

БОЛЬНЫЕ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ОТКАЗАМИ ОТ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Г. Шашкова, Н.Д. Семенова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН» им. В.П.Сербского Минздрава России

Проблема несоблюдения режима терапии с отказом от приема препаратов и наблюдения врачом-психиатром больными шизофренией многие годы является одной из наиболее актуальных в практической психиатрии. За последние годы в России сохраняется стойкая тенденция к снижению числа больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, наблюдающихся в амбулаторной психиатрической службе. Это происходит как за счет сокращения диспансерной группы, в том числе резкого уменьшения числа впервые взятых под наблюдение больных, так и снижения выявляемости расстройств, которая в настоящее время в 2 раза меньше показателей, полученных в международных эпидемиологических исследованиях [4]. Это свидетельствует о том, что значительная часть больных с дебютом заболевания выпадает из поля зрения психиатров, длительное время не получает адекватной помощи, обращаясь в диспансер уже на поздних этапах болезни с хронифицированной психопатологической симптоматикой и значительными социальными потерями. Помимо этого, увеличивается число больных, которые после психотических эпизодов с госпитализацией, игнорируют наблюдение в ПНД и медикаментозную терапию, что приводит, как минимум, к повторным обострениям.

Игнорирование специализированной комплексной помощи на ранних этапах заболевания способствует развитию более выраженных дефицитарных расстройств, нейрокогнитивного дефицита, нарушению социальной адаптации, росту инвалидизации [14]. Именно поэтому формирование мотивации к получению специализированной психиатрической помощи у больных шизофренией приобретает первостепенное значение для обеспечения успешности лечебно-реабилитационных мероприятий [4, 8, 9, 13, 15, 36].

Принятие пациентом решения о согласии на лечение представляет собой сложный когнитивный акт, в котором субъективная дезадаптация на фоне

болезни, способность следовать терапевтическим рекомендациям, страх осложнений играют существенную роль [7]. По мнению ряда исследователей [24, 42], единой теории, объясняющей некомплаентность, не существует; есть целый ряд теорий, имеющих свои сильные и слабые стороны. Проблема комплаенса включает в себя совокупность различных факторов, различных по степени значимости и влияния. Идентифицировано порядка 250 таких факторов [35], среди которых выделяют связанные с медикаментозной терапией, клинической картиной состояния пациента, его личностью, наличием критики к болезни, взаимоотношениями с окружающей средой, врачом. По многочисленным литературным данным, частота несоблюдения больными схемы приема антипсихотиков колеблется в весьма широком диапазоне (11–80%), причем имеются указания на то, что в первый год назначения терапии режим нарушают до половины всех больных, во второй – до 75% [6, 41]. Наиболее изучены аспекты, связанные с терапией: переносимостью лекарств, их действием и побочными эффектами [25, 26, 40, 43]. Однако не они чаще являются определяющими в формировании некомплаентного поведения больных шизофренией, особенно в случаях отказа от лечения. Помимо клинических проявлений заболевания, характера и выраженности продуктивной симптоматики, значительная роль в нем принадлежит таким важнейшим составляющим, как отсутствие критики к факту психической болезни и состоянию, амбивалентное отношение к заболеванию и лечению, опасения, связанные с приемом психотропных препаратов, стигматизация и самостигматизация и другим факторам, участвующим в формировании решения больного об отказе сотрудничать с врачом. Недавние исследования в этой области на первое место ставят отсутствие или недостаточность критики к состоянию и перенесенному психозу, а также анозогнозию, которые связаны со специфическими нарушениями мышления при шизофрении и тяжестью продук-

тивной симптоматики [18, 25, 30, 31, 34, 40]. Исследователи трактуют игнорирование пациентом своей болезни как определенный способ совладания – способ преодоления стресса от самого факта наличия психической болезни [20].

Показана прямая связь некомплаентности больных шизофренией с болезнями зависимости: возрастание числа некомплаентных пациентов среди лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркозависимых [21, 25, 26, 40].

Ряд исследователей отмечает позитивную роль доверительных отношений с лечащим врачом-психиатром в обеспечении комплаенса [29, 31], тогда как отсутствие поддержки и стигма – наличествуют среди факторов, способствующих его нарушению [25, 40].

Многие исследователи отмечают высокий риск повторных госпитализаций и, соответственно, рост государственных расходов на психиатрическую помощь некомплаентным больным шизофренией [19, 22, 27, 28, 39].

На основании обзора основных исследований последних лет, касающихся факторов, влияющих на комплаенс, и последствий его несоблюдения, выделены три ключевых причины некомплаентности: отсутствие понимания болезни, неверие в медикаментозную терапию и злоупотребление психоактивными веществами; в качестве следствия некомплаентности отмечены высокий риск рецидива, повторной госпитализации и суицида [24].

В связи с этим продолжает возрастать и обосновывается целым рядом исследований значимость психосоциальных вмешательств для обеспечения комплаенса и оптимизации лечения больных шизофренией (особенно с первым психотическим эпизодом на этапе формирования медикаментозной ремиссии после острого психотического приступа) у больных шизофренией, начиная с психиатрического стационара и с продолжением терапии уже в амбулаторных условиях [3, 5]. В ходе психосоциальной терапии проблемные элементы последовательно прорабатываются с использованием различных техник из арсенала мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческой психотерапии.

В наших предыдущих работах [14] показана тенденция к снижению числа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, как входящих, так и не входящих в диспансерную группу наблюдения и получающих помощь в диспансере филиала ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ» ПНД №8 г.Москвы. Эта тенденция сохраняется и по настоящее время. Уменьшается число впервые взятых на «Д» наблюдение, увеличивается число снятых с него (отметим, что это происходит не за счет стойкого улучшения состояния), а также больных, получающих помощь вне диспансерного наблюдения. Так, анализ посещаемости диспансера больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на одном

участке ПНД в 2015 году показал, что 5,2% больных с первым психотическим эпизодом не явились в диспансер после выписки из стационара, 28,1% больных не посетили диспансер в течение года, обращались менее двух раз в году, то есть практически не получали постоянного лечения – 24,2%. Регулярно обращались и получали медикаментозную терапию только 41,9% больных. Отметим, что сходная ситуация наблюдалась на всех участках. Таким образом, из общего числа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся в ПНД, лишь менее половины регулярно посещают врача и получают препараты.

Последующий анализ посещаемости ПНД больными исследуемого контингента показал сохранение этой тенденции: на общее число всех наблюдающихся больных с диагнозами шизофрения и расстройства шизофренического спектра в течение года пришлось в 2016 году – 0,8 посещений (1 926 больных; 1 480 посещений), в 2017 – 1 (1 909 больных; 1 934 посещений), то есть в целом, – не более одного посещения в год.

Целью настоящего исследования было выявить контингент больных манифестными формами шизофрении и шизоаффективным расстройством с периодами отказа от лечения среди общего числа больных данных нозологических групп в популяции мегаполиса с развитой структурой внебольничной службы психиатрической помощи и наличием ее современных организационных форм (отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, дневной стационар, реабилитационное отделение) и описать его основные группы для определения и разработки дифференцированных, адекватных для них форм преодоления некомплаентности.

Проведено выборочное клинико-катамнестическое исследование 162 больных с манифестными формами шизофрении и шизоаффективного расстройства, имевших периоды отказа от посещения ПНД и лекарственной терапии в период 2013–2018 годы. Все больные на момент обследования наблюдались в ПНД №8, 76% находились под диспансерным наблюдением, 89% имели в анамнезе одну и более госпитализаций или лечение в условиях дневного стационара ПНД (67%). В исследование вошли пациенты 18–65 лет с возрастом перенесенного первого психотического эпизода 18 лет и выше (средний возраст 36,5 лет). Из исследования были исключены больные, амбулаторные карты которых были сданы в архив: не явившиеся в ПНД после госпитализации в связи с перенесенным первым психотическим эпизодом, отказавшиеся посещать диспансер, а также снятые с «Д» наблюдения, не обращавшиеся в ПНД и повторно не госпитализированные. Для сравнения была обследована контрольная группа из 50 больных, сопоставимых по клиническим параметрам с исследуемой, однако без периодов отказа от лечения.

Выявлено, что среди изученного контингента достоверно ($p < 0,001$) преобладали больные с отказом

Распределение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по диагнозам и вариантам отказа от лечения

Диагноз на момент отказа от наблюдения	Не пришли в ПНД после выписки из ПБ в связи с первым психотическим эпизодом n %	Отказались от посещения ПНД и лечения в течение первого года после перенесенного психотического эпизода n %	Периоды отказа от лечения и наблюдения в ПНД на всем протяжении заболевания n %	Всего n %
Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения F20.01, F20.02	31,9	105,9	148,6	2716,7
Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения F20.00	10,6	74,3	2616,0	3421,0
Шизофрения с периодом наблюдения менее года F20.X9	53,1	1811,1	-	2314,2
Шизоаффективное расстройство F25	63,7	2515,4	-	3119,1
Острые и транзиторные психотические расстройства с симптомами шизофрении F23.1, F23.2	84,9	3924,1	-	4729,0
Всего	2314,2	9961,1	4020,7	162100

от посещения ПНД и лечения в течение первого года после первой госпитализации в ПБ (I группа, 122 больных, 75,3%), то есть на ранних этапах заболевания (табл. 1). Этим объясняется высокая частота предварительных диагнозов: F20.X9, F23.1, F23.2, которые в дальнейшем были изменены на «шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастанием дефекта F20.01» (5 больных), «шизофрения параноидная, непрерывный тип течения F20.00» (3 больных), «шизоаффективное расстройство F25» (4 больных). 23 (14,3%) больных не явились в ПНД после выписки из психиатрического стационара, остальные 99 (61,1%) отказались от лечения в течение первого года после выписки. Большинство из них (67%) не наблюдались в диспансерной группе. Согласие на наблюдение в ПНД следовало, как правило, после повторных госпитализаций в ПБ или лечения в условиях дневного стационара в связи с обострением психотической симптоматики или нарастанием признаков дефекта и социальной дезадаптации. Некомплаентные пациенты с периодами отказа от лечения на всем протяжении заболевания были представлены больными параноидной шизофренией с многолетним течением заболевания, и в основной массе часто госпитализируемыми.

Для сравнения исследуемых групп больных и группы контроля были выбраны наиболее типичные факторы, оказывающие влияние на решение пациента отказаться от лечения (табл. 2). Изучена представленность этих характеристик в исследуемых группах больных с отказом от лечения и группе контроля. Для статистической обработки материала использовался метод χ^2 Пирсона (результаты достоверны при $p < 0,05$).

Отсутствие или недостаточность критики к факту перенесенного психоза отмечены у 80% больных основной группы, что оказалось достоверно выше, чем в группе контроля – 54% ($\chi^2 = 13,317$; $df = 1$;

$p < 0,0003$). Это наблюдалось как в случаях качественных ремиссий после перенесенного первого острого психотического эпизода с полным исчезновением продуктивной симптоматики в процессе лечения в рамках шизоаффективного расстройства, так и при неполных ремиссиях с остаточной продуктивной симптоматикой при ранней выписке из ПБ или непрерывно текущих формах процесса. При первом варианте больные при наличии критики к перенесенному психозу после выписки из ПБ были уверены в своем полном выздоровлении и отсутствии необходимости в дальнейшем наблюдении. У 5 больных был отмечен феномен своеобразной психологической защиты с «амнезией» перенесенного психотического состояния. При этом больные затруднялись вспомнить свои болезненные переживания, ссылаясь на плохую память, активно отрицали факты, отраженные в медицинской документации, хотя ранее подробно рассказывали о них, оценивали произошедшее с ними как случайность, ошибку, пытались дать рациональное объяснение случившемуся (переутомление, конфликтная ситуация, недосыпание и т.п.). Подобную трактовку психотической симптоматики демонстрировала и другая часть больных с остаточной продуктивной симптоматикой: больные активно диссимулировали ее как в острой стадии психоза, так и на этапе формирующейся ремиссии, в контакте с врачом занимали позицию жертвы врачебной ошибки или «происков» врагов, категорически отрицали неправильное поведение на момент госпитализации или стремились рационально обосновать это неправильное поведение.

В группе контроля на момент обследования также были выявлены случаи наличия неполной критики к болезни и частичного или полного отрицания факта психического заболевания. В то же время отрицание болезни и неадекватная оценка своего состояния, с одной стороны, и выполнение требований лечащего

Некоторые характеристики больных манифестными формами шизофрении и расстройствами шизофренического спектра с периодами отказа от лечения и группы контроля

Характеристики	Количество больных с отказом от лечения в течение первого года после манифестного психотического эпизода I группа n=122 (100%)		Количество больных с периодами отказа от лечения на всем протяжении заболевания II группа n=40 (100%)		Всего больных n=162 (100%)		Контроль III группа n=50 (100%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Полное или частичное отсутствие критики к состоянию	89	73,0	39	97,5	129	80,0	27	54,0
Сохранение продуктивной симптоматики после выписки из стационара	87	71,3	31	77,5	118	72,8	12	24,0
Отсутствие динамического наблюдения	63	51,6	4	10,0	67	41,4	15	30,0
Страх стигмы психического заболевания	31	25,4	12	30,0	43	26,5	14	28,0
Страх ограничения в правах (трудоустройство, учеба, вождение автотранспорта и др.)	36	29,5	10	25,0	46	28,4	12	24,0
Одиночество, отсутствие поддержки родственников	24	19,7	31	77,5	55	34,9	3	6,0
Болезни зависимости (хр.алкоголизм, наркомания, токсикомания)	18	14,7	21	52,5	39	24,1	4	8,0
Выраженные изменения личности	7	5,7	38	95,0	45	27,8	14	28,0
Выраженные побочные эффекты или плохая переносимость терапии	14	11,4	6	15,0	20	12,3	8	16,0
Негативное отношение родственников к наблюдению и лечению в ПНД	57	46,7	7	17,5	64	40,0	2	4,0
Участие во внебольничных программах психосоциальной реабилитации	53	43,4	24	60,0	77	47,5	49	98,0
Недостаточная информированность о течении, клинических проявлениях и прогнозе заболевания	61	50,0	4	10,0	65	40,1	48	96,0
Конфликтные отношения с врачами	16	13,1	28	70,0	44	27,1	3	6,0

врача в отношении медикаментозной терапии, с другой, здесь являлись проявлением амбивалентности, за счет которой удавалось мотивировать больных на продолжение лечения. Это подтверждается достоверными различиями ($\chi^2=40,897$; $df=1$; $p<0,0001$) между основной группой и группой контроля по пункту «участие в программах психосоциальной реабилитации». Все больные контрольной группы, в отличие от основной, участвовали в программах (психообразование) как в период нахождения в ПБ, так и в ПНД и его полустационарных отделениях. Соответственно, недостаточная информированность о клинических проявлениях, течении и прогнозе заболевания также способствовала некомплаентности больных основной группы в сравнении с контрольной ($\chi^2=44,589$; $df=1$; $p<0,0001$).

Достоверные различия между основной группой и контрольной были выявлены и по пункту «сохранение продуктивной симптоматики после выписки из стационара» ($\chi^2=38,170$; $df=1$; $p<0,0001$). Среди больных с отказом от лечения преобладали лица с несформировавшейся некачественной ремиссией или ее отсутствием; это было особенно характерно для больных II группы с отказами от лечения на всем протяжении болезни.

Причины, связанные с медикаментозным лечением, были отмечены во всех группах больных на всех этапах наблюдения и при разной длительности заболевания. При этом достоверных различий между группами выявить не удалось. После первого психотического эпизода больные часто самостоятельно прекращали терапию, убежденные в том, что состояние нормализовалось и дальнейший прием препаратов не нужен, может им навредить, вызывает неприятные субъективные жалобы. Как правило, комплаенс восстанавливался при ухудшении состояния и рецидиве симптоматики. Больные с осложнениями в процессе психофармакотерапии в виде сформировавшихся нейролептического или психоэндокринного синдромов также нередко прекращали терапию или искали альтернативных форм помощи с возможностью использования новых, более безопасных препаратов (21%), однако выраженность побочных эффектов и необходимость их коррекции, как правило, вынуждали их возвращаться в ПНД. Из 122 пациентов, выписанных из больницы после первого психотического эпизода и не захотевших наблюдаться в ПНД, 12 человек в дальнейшем обращались к психиатрам частным образом, из них на регулярной основе – только 6; 7

больных повторно госпитализировались в клиники НИИ и наблюдались там (это были преимущественно работающие или учащиеся пациенты). Решение о наблюдении в диспансере принималось, как правило, после повторных обострений с госпитализацией, когда больной и его родственники осознавали необходимость регулярного посещения врача и длительной медикаментозной терапии с возможностью обеспечения бесплатными психотропными препаратами. Еще одной причиной для этого могла быть нарастающая социальная дезадаптация части таких больных, когда они в связи с наличествующим психическим состоянием теряли работу, не могли продолжать учебу, и, в зависимости от клинической картины состояния, все это требовало активного полипрофессионального психосоциального вмешательства (инвалидность была оформлена 32% этих больных).

По пунктам «страх стигмы психического заболевания» и «страх ограничения в правах» в исследуемых группах и группе контроля не удалось выявить достоверных различий.

Для группы недавно заболевших значимым фактором оказалось отсутствие динамического наблюдения после первой госпитализации ($\chi^2=21,366$; $df=1$; $p<0,0001$ – I–II гр; $\chi^2=32,290$; $df=1$; $p<0,0001$ – I–III гр.). Если на этапе несформированной терапевтической ремиссии больные не брались на диспансерное наблюдение в ПНД, то контроль их состояния амбулаторными службами, а также дальнейшая лечебно-реабилитационная работа крайне затруднялась. Также достоверно значимым для всех групп оказался фактор наличия продуктивной психотической симптоматики на момент отказа от наблюдения ($\chi^2=38,173$; $df=1$; $p<0,0001$). Следствием этого можно считать тот факт, что на момент клинико-катамнестического обследования у 89% больных в анамнезе отмечались повторные госпитализации, причем в 76% – в течение первых 3-х лет после первой госпитализации. При сравнении I и II групп выявлены различия между ними по фактору негативного отношения родственников к наблюдению и лечению их близких в ПНД. Родственники недавно заболевших (I группа) достоверно чаще, чем родственники пациентов второй группы и группы контроля поддерживали больных в решении отказаться от лечения ($\chi^2=10,682$; $df=1$; $p<0,0011$; $\chi^2=28,533$; $df=1$; $p<0,0001$).

Для больных II группы с периодами отказа от лечения на протяжении всего течения заболевания особо значимыми оказались следующие характеристики: одиночество с отсутствием поддержки родственников ($\chi^2=23,429$; $df=1$; $p<0,0001$), наличие сопутствующих болезней зависимости (хроническим алкоголизм, наркомания, токсикомания $\chi^2=23,429$; $df=1$; $p<0,0001$) и выраженность личностных изменений в виде психопатоподобного или шизофренического дефекта, ($\chi^2=40,437$; $df=1$; $p<0,0001$),

конфликтные отношения с врачами ($\chi^2=66,624$; $df=1$; $p<0,0001$).

Большую часть таких некомплаентных больных с периодами отказа от лечения на всем протяжении заболевания составляли больные параноидной шизофренией с многолетним течением заболевания и частыми госпитализациями. Их отличали наличие хронифицированной продуктивной психотической симптоматики с грубыми расстройствами поведения, выраженные изменения личности с психопатизацией или проявлениями специфического постпроцессуального дефекта, частая отягощенность сопутствующими болезнями зависимости, социальная запущенность, отсутствие близких родственников (заинтересованных в судьбе больных и адекватно оценивающих их состояние), резко сниженная критика к болезни и своему поведению вместе с негативным отношением к врачу. Эти больные представляли собой стабильную проблемную часть контингента отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) из-за невозможности обеспечить им контроль постоянной антипсихотической терапии. Такие больные, как правило, не посещали ПНД самостоятельно, не принимали лекарств, регулярно попадали в больницу, часто – в недобровольном порядке. После выписки из больницы в ОИОПП больные какое-то время удерживались дома, активно наблюдались на дому, получали нейролептики-пролонги, однако быстро начинали нарушать режим и полностью игнорировать терапию. 4 больных с хронифицированной бредовой симптоматикой и полным отрицанием факта заболевания воспринимали контакты с психиатрическими службами как «преследование со стороны врагов». Даже находясь на диспансерном наблюдении, они категорически отказывались от наблюдения в ПНД и терапии. Часть из них попадала в больницу в недобровольном порядке в периоды обострений. Эти больные активно уклонялись от контактов с психиатрами, за исключением тех, которых можно отнести к одной из следующих категорий: требование «снятия с учета» и страх сообщения диагноза, выдача медицинской документации для обращений в разные инстанции с целью признания себя психически здоровыми.

Таким образом, настоящее исследование показало существование проблемы некомплаентных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с периодами отказа от наблюдения в ПНД и лечения. Выявлена разнородность данного контингента, причем наиболее значимыми для эффективных полипрофессиональных вмешательств являются пациенты, перенесшие первые психотические эпизоды болезни. Учет этих отличий позволяет определить направления работы с данным контингентом для профилактики некомплаентного поведения и мотивирования больных на контакт с психиатрической службой и на медикаментозную терапию.

Выводы

1. Проведенное выборочное исследование 162 амбулаторных больных с манифестными формами шизофрении и расстройствами шизофренического спектра с периодами отказа от наблюдения в ПНД и лечения продемонстрировало неоднородность данного контингента, представленного как больными на начальных, так и на отдаленных этапах заболевания. Выявлено достоверное преобладание больных с некомплаентным поведением на начальных этапах заболевания в течение первого года после первого психотического эпизода.

2. При сравнении больных основной группы в целом, с отказом от лечения в течение первого года после манифестного психотического эпизода (I гр.) и нарушением комплаенса на протяжении всего течения заболевания (II гр.) с группой контроля установлены достоверные различия между ними по пунктам «отсутствие или неполная критика к заболеванию и своему состоянию», «сохранение продуктивной симптоматики после выписки из психиатрического стационара», «отсутствие диспансерного наблюдения после первой госпитализации», «выраженные изменения личности», «одиночество, отсутствие поддержки родственников», «сопутствующие болезни зависимости», «негативное отношение родственников к наблюдению и лечению в ПНД», «участие во внебольничных программах психосоциальной реабилитации», «недостаточная информированность о клинических проявлениях, течении и прогнозе заболевания», «конфликтные отношения с врачами». Не выявлено статистически значимых различий между группами по пунктам «страх стигмы психического заболевания», «страх ограничения в правах», «выраженные побочные эффекты или плохая переносимость терапии».

3. Для больных на начальных этапах заболевания (I гр.), представленных больными шизофренией и шизоаффективным расстройством, значимыми факторами являются «отсутствие или неполная критика к заболеванию и своему состоянию», «сохранение продуктивной симптоматики после выписки из психиатрического стационара», «отсутствие диспансерного наблюдения после первой госпитализации», «недостаточная информированность о клинических проявлениях, течении и прогнозе заболевания»; для больных с нарушением комплаенса на всем протяжении заболевания (II гр.), представленных пациентами с диагнозом параноидной шизофрении – «отсутствие или неполная критика к заболеванию и своему состоянию», «сохранение продуктивной симптоматики после выписки из психиатрического стационара», «выраженные изменения личности», «одиночество, отсутствие поддержки родственников», «сопутствующие болезни зависимости», что предполагает учет этих различий при прогнозе риска некомплаентного поведения.

4. Отсутствие или недостаточность критики к болезни являются основным фактором формирования некомплаентного поведения. Они наблюдались как в случаях ремиссий после перенесенного острого психотического эпизода с полным исчезновением продуктивной симптоматики, так и при неполных ремиссиях с остаточной продуктивной симптоматикой. Типичным является феномен неприятия факта наличия психического заболевания с формированием защитных механизмов вытеснения, рациональная трактовка болезненных симптомов, бредовая трактовка факта госпитализации, диссимуляция психотической симптоматики.

5. Отказ от наблюдения и лечения значительно чаще отмечается на начальных этапах заболевания, после первых психотических эпизодов. Более активное назначение диспансерного наблюдения после выписки из стационара таким больным будет способствовать обеспечению преемственности лечебно-реабилитационного процесса (стационар, амбулаторные полустационары – дневной стационар, ОИОПП, отделение реабилитации, участковая психиатрическая служба) с учетом современной практики ранней выписки после купирования острой психотической симптоматики в психиатрическом стационаре с «долечиванием» пациента во внебольничных условиях.

6. Некомплаентные больные с периодами отказа от лечения на всем протяжении заболевания в подавляющем большинстве представлены больными параноидной шизофренией – хрониками с многолетним течением заболевания и частыми госпитализациями. Их отличают наличие хронифицированной продуктивной психотической симптоматики с нарушениями поведения, выраженные изменения личности с психопатизацией или проявлениями специфического дефекта, частая отягощенность сопутствующими болезнями зависимости, социальная запущенность, отсутствие близких родственников, резко сниженная критика к болезни и своему поведению в сочетании с негативным отношением к врачу. Они не посещают ПНД самостоятельно, не принимают лекарств, регулярно попадают в больницу, часто – в недобровольном порядке. Оптимальным для них представляется более продолжительное, в сравнении с другими, пребывание в условиях стационара для достижения полноценной ремиссии с последующим активным ведением в ПНД с участием ОИОПП и использованием дюранных антипсихотиков.

7. Осторожный и дифференцированный подход к ранней выписке заведомо некомплаентных больных с остаточной продуктивной симптоматикой, сопутствующими болезнями зависимости и нарушениями поведения является не только оправданным, но подчас и необходимым.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабин С.М., Васильева А.В., Шлафер А.М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т.14, № 1. С. 9–16.
2. Винидиктова Г.И., Висневская Л.Я. Дифференциация контингентов больных и замещающая госпитализация больных функция дневного стационара // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т.24. № 2. С. 29–32.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Медпрактика-М, 2004. 491 с.
4. Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А. и исследовательская группа. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т.27. № 3. С. 5–9.
5. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т.17, № 3. С. 48–55.
6. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакология. 2004. Т.6. № 4 С. 159–162.
7. Рассказова Е.И. Самодетерминация как фактор отношения к здоровью и болезни: апробация методики принятия решения в отношении лечения // Психологическая диагностика. 2010. № 2. С. 112–135.
8. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 4. С. 31–35
9. Семенова Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия, 2009. Т.19, № 2. С. 76–83.
10. Семенова Н.Д. Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия, 2010, Т.20, № 1, С. 52–64.
11. Семенова Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 1.
12. Семенова Н.Д., Костюк Г.П., Кузьменко А.Ю. и соавт. Метод краткосрочного инструктажа по психообразованию и оценка его эффективности в работе с больными параноидной шизофренией с частыми рецидивами в условиях психоневрологического диспансера (ПНД) // Московская медицина. 2016. С. 186–187.
13. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2016. № 1. С. 32–36.
14. Шашкова Н.Г., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А. Динамика амбулаторных контингентов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и диспансерное наблюдение на современном этапе // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т.28. № 1. С. 36–43.
15. Шашкова Н.Г., Семенова Н.Д. Мотивация к получению специализированной психиатрической помощи у больных шизофренией как необходимое условие лечебно-реабилитационного процесса // Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке [Электронный ресурс]: материалы региональной научной конференции; г. Ростов-на-Дону, 8 июня 2018 г. / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра психиатрии и наркологии. Ростов-на-Дону, 2018. 240 с. С. 228–232.
16. Шендеров К.В., Винидиктова Г.И., Костюк Г.П., Михалев М.А., Белицин Д.Н., Висневская Л.Я., Воробьев А.М., Лапшин А.О., Петрухина Н.С., Сегренева-Воробьева Н.М., Шашкова Н.Г. Сравнительный анализ контингента и используемых лечебно-реабилитационных подходов в полустационарных подразделениях психоневрологического диспансера (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 1. С. 5–13.
17. Шендеров К.В., Шашкова Н.Г., Лапшин А.О. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи: особенности контингента и оценка эффективности комплексного лечения // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 33–39.
18. Acosta F., Bosch E., Sarmiento G., Juanes N., Caballero-Hidalgo A., Mayans T. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables // Schizophr. Res. 2009. Vol. 107. P. 213–217.
19. Ahn J., McCombs J., Jung C., Croudace T., McDonnell D., Ascher-Svanum H. et al. Classifying patients by antipsychotic adherence patterns using latent class analysis: characteristics of nonadherent groups in the California Medicaid (Medi-Cal) program // Value Health. 2008. Vol. 11. P. 48–56.
20. Aldebot S., de Mamani A. Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia // J. Nerv. Men. Dis. 2009. P. 580–584.
21. Ascher-Svanum H., Faries D., Zhu B., Ernst F., Swartz M., Swanson J. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 67. P. 453–460.
22. Byerly M., Nakonezny P., Lescouffair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia // Psychiatr. Clin. North Am. 2007. Vol. 30. P. 437–452.
23. Gaebel W. et al. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison // Br. J. Psychiatr. 2005. Т. 187. N 3. С. 248–255.
24. Higahsy K., Medic G., Littlewood K.J., Diez T., Granstrom O., De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review // Ther. Adv. Psychopharmacol. 2013. Vol. 4. P. 200–218.
25. Hudson T., Owen R., Thrush C., Han X., Pyne J., Thapa P., Sullivan G. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. 2004. Vol. 65. P. 211–216.
26. Janssen B., Gaebel W., Haerter M., Komaharadi F., Lindel B., Weimann S. Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic // Psychopharmacology. 2006. Vol. 229. P. 236.
27. Kozma C., Weiden P. Partial compliance with antipsychotics increases mental health hospitalizations in schizophrenic patients: analysis of a national managed care database // Am. Health Drug Benefits. 2009. Vol. 2. P. 31–38.
28. Laan W., Does Y., Sezgi B., Smeets H., Stolker J., Wit N. et al. Low treatment adherence with antipsychotics is associated with relapse in psychotic disorders within six months after discharge // Pharmacopsychiatry. 2010. Vol. 43. P. 221–224.
29. Linden M., Godemann F., Gaebel W., Kopke W., Muller P., Muller-Spahn F. et al. A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years // Schizophr. Bull. 2001. Vol. 27. P. 585–596.
30. Liu-Seifert H. Factors associated with adherence to treatment with olanzapine and other atypical antipsychotic medications in patients with schizophrenia // Compr Psychiatry. 2012. Vol. 53. P. 107–115.
31. Loffler W., Kilian R., Toumi M., Angermeyer M. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment // Pharmacopsychiatry. 2003. Vol. 36. P. 105–112.
32. Medic G., Higashi K., Littlewood K., Diez T., Granström O., Kahn R. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis // Neuropsychiatric Dis. Treatment. 2013. Vol. 9. P. 119–131.
33. Morken G., Widen J., Grawe R. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia // BMC Psychiatry. 2008. Vol. 8. P. 32.
34. Olfson M., Marcus S., Wilk J., West J. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia // Psychiatr. Serv. 2006. Vol. 57. P. 205–211.
35. Phillips E. Patient compliance. Bern: H.Huber, 1988. P. 20.
36. Semenova N., Gurovich I., Papsouev O., Minyaycheva M. Motivating the Unmotivated: Enhancing Motivation in Persons with Schizophrenia Group // Eur. Psychiatry. 2015. Vol. 30. P. 1683.
37. Semenova N., Palin A. Training Multi-disciplinary Team to Work On Motivational Enhancement with Schizophrenia Patients: Effects of Staff's Skills and Attitudes // Eur. Psychiatry. 2015. Vol. 30. P. 875.
38. Semenova N., Palin A., Gurovich I. Mental health staff: To promote resilience, to reduce the risk of burnout // Eur. Psychiatry. 2016. Vol. 33. P. S604–S605.
39. Valenstein M., Copeland L., Blow F., McCarthy J., Zeber J., Gillon L. et al. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission // Med. Care. 2002. Vol. 40. P. 630–639.
40. Velligan D., Weiden P., Sajatovic M., Scott J., Carpenter D., Ross R. et al. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness // J. Clin. Psychiatry. 2009. Vol. 70, Suppl. 4. P. 1–46.
41. Weiden P. Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice // J. Clin. Psychiatry. 2007. Vol. 68, Suppl. 14. P. 14–19.
42. Weinden P.J., Shaw F., Mann J.J. Causes of neuroleptic non-compliance // Psychiatr. Ann. 1986. Vo. 16. P. 571–575.
43. Weimann S. Switching antipsychotics in inpatient schizophrenia care – predictors and outcome // J. Clin. Psychiatry. 2004. Vol. 65. P. 1099–1105.

БОЛЬНЫЕ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ОТКАЗАМИ ОТ НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Г. Шашкова, Н.Д. Семенова

Проведено выборочное клинико-катамнестическое исследование 162 амбулаторных больных с манифестными формами шизофрении и расстройствами шизофренического спектра с периодами отказа от наблюдения в ПНД и лечения. Выделены две группы больных: с некомплаентным поведением в течение первого года после манифестного психотического эпизода и на протяжении всего заболевания с достоверным преобладанием случаев начального этапа заболевания. При сравнении с группой контроля установлены достоверные различия по отношению

к основным факторам, оказывающих влияние на решение больного отказаться от лечения, среди которых основным является отсутствие или недостаточность критики к болезни. С учетом полученных данных предлагаются рекомендации по профилактике и преодолению некомплаентного поведения, среди которых существенное место занимает психосоциальная терапия, и в частности, психообразовательные методы.

Ключевые слова: амбулаторные больные шизофренией, некомплаентное поведение, диспансерное наблюдение.

PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDER THAT REFUSE OUTPATIENT GUIDANCE AND TREATMENT

N.G. Shashkova, N.D. Semyonova

The article reports about a clinical-follow-up investigation of 162 psychiatric outpatients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder that ever refused observation and treatment in a psychiatric dispensary. The authors distinguish two patient groups: those noncompliant during the first year following the first psychotic episode and those continuously noncompliant in the course of disease, with significant prevalence of initial stage cases. In comparison with controls, these patients showed significant

differences concerning the key factors influencing their decisions to refuse treatment, the most obvious being lack of insight. On the basis of these findings, the authors offer recommendations on prevention and treatment of noncompliant behaviour including psychosocial interventions and especially use of psychoeducation.

Key words: outpatient schizophrenic patients, noncompliant behaviour, treatment.

Шашкова Нина Геннадьевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: ngshashkova@gmail.com

Семенова Наталья Дмитриевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: niyami@yahoo.com