

Особенности адаптации больных шизофренией при раннем выявлении и коррекции риска несоблюдения терапии

Е.Г. Дмитриева, А.В. Семке, Н.А. Бохан, В.В. Дубровская

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

РЕЗЮМЕ.

Цель исследования: определение влияния раннего выявления риска нарушений в терапии и последующей коррекции с помощью специализированного лечебно-реабилитационного комплекса на адаптацию больных шизофренией.

Пациенты и методы. В исследование включены 68 больных с верифицированным диагнозом шизофрении по МКБ-10, проходивших стационарное лечение в клинике НИИ психического здоровья. С помощью «Способа прогнозирования нарушений в соблюдении терапии для последующей коррекции у пациентов, страдающих шизофренией» выявлялись больные, относящиеся к группе риска нарушающих терапию. Эти больные были включены в специализированный лечебно-реабилитационный комплекс с целью повышения приверженности терапии. Далее проводилось оценка динамики медикаментозного комплаенса с помощью «Метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии» числа регоспитализаций по причине нарушений терапии и адаптационного процесса с помощью методик, разработанных в НИИ психического здоровья.

Результаты. В группе больных шизофренией с выявленным при поступлении риском нарушений терапии и прошедших комплекс специализированных лечебно-реабилитационных мероприятий повысился уровень медикаментозного комплаенса, сократилось число регоспитализаций, а также доля регоспитализаций по причине нарушения поддерживающей терапии, увеличилась доля больных, формировавших наиболее благоприятные типы адаптации и благоприятные индивидуальные компенсаторно-приспособительные защиты. В течение полугода после завершения стационарного этапа без активной поддержки со стороны психиатрической службы наблюдалась обратная динамика достигнутых улучшений в адаптации.

Выводы. Раннее выявление больных шизофренией с риском несоблюдения и терапии и включение их в специализированный лечебно-реабилитационный курс повышает медикаментозный комплаенс и улучшает адаптацию больных шизофренией. Однако без постоянного активного участия со стороны психиатрической службы достигнутый положительный эффект постепенно утрачивается.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: шизофрения, психофармакотерапия, медикаментозный комплаенс, адаптация

КОНТАКТ: egdtomsk@mail.ru

Введение

Шизофрения – хроническое и зачастую инвалидизирующее заболевание. Помимо лечения обострений важной проблемой является адаптация больного в социуме после завершения госпитального этапа лечения. Существует множество факторов, оказывающих влияние на адаптацию таких больных, но безусловно успешная адаптация высокого качества возможна только на базе длительных и устойчивых периодов ремиссии заболевания [1–4]. В связи с этим особое внимание в современном лечении шизофрении уделяется предупреждению рецидивов заболевания. Длительность ремиссий достигается преимущественно благодаря регулярному применению больными поддерживающего антипсихотического лечения [5–8]. Это придает решению проблемы соблюдения предписанной терапии больными шизофренией важное значение [9, 10].

Согласно данным разных источников, частота случаев несоблюдения терапии у больных шизофренией составляет в среднем 50 %, при этом показатели несоблюдения могут колебаться от 4 % случаев несоблюдения (в исследованиях, где больные принимали депо-формы препаратов) до 72 % [11] случаев несоблюдения. Кроме того, приверженность лечению может меняться с течением времени у одного и того же больного [12]. Проспективные исследования показывают, что треть пациентов, по-

ступивших в психиатрические стационары, прекращали прием лекарств уже через 6 месяцев [13, 14]. После первого психотического эпизода шизофренией 53,6 % больных прекратили прием поддерживающей терапии в течение года [15].

Основным способом как лечения обострений, так и формирования длительных ремиссий является психофармакотерапия; сначала в условиях специализированного стационара, а после окончания госпитализации самостоятельно под патронажем психиатра амбулаторного звена [16, 17]. Успех психофармакотерапевтического лечения напрямую зависит от того, насколько полноценно больной будет принимать лекарства. На этапе поступления в стационар особенно важным представляется адекватно оценить приверженность пациента психофармакотерапии (медикаментозный комплаенс) и выявить больных, которые могут нарушать предписанное лечение, и как крайний вариант даже саботировать, а зачастую скрывать отказ от лечения от врачей и родственников [18–21]. Обзор способов оценки приверженности терапии, существующих в настоящее время (Drug Attitude Inventory (DAI) [22], Medication Adherence Rating Scale (MARS) [23], «Шкала оценки медикаментозного комплаенса в психиатрии» [24]), показывает, что все они основаны на предыдущем опыте получения терапии и качестве ее соблюдения, эти способы не могут быть применены при первичном поступлении. На базе

клиник НИИ психического здоровья Томского НИМЦ разработан «Способ прогнозирования нарушений в соблюдении терапии для последующей коррекции у пациентов, страдающих шизофренией» [25], который основан на сочетании преморбидных особенностей больных и может быть применен уже при первичном поступлении и отсутствии опыта психотерапии у больного.

В последние десятилетия проведено множество имеющих разные объемы выборок и длительность исследований, посвященных влиянию различных психотерапевтических и реабилитационных методик на формирование медикаментозного комплаенса и адаптацию больных шизофренией [26]. Их результаты в целом схожи и свидетельствуют об отсутствии существенных различий в качестве медикаментозного комплаенса между группами больных шизофренией, получающих специализированную комплаенсорегулирующую психотерапию и получающих другие виды психотерапии. Однако больные, которые участвуют в любом психотерапевтическом и реабилитационном процессе, имеют более высокий медикаментозный комплаенс, чем больные, не участвующие в нем совсем. Однако практически отсутствуют данные о влиянии на формирование медикаментозного комплаенса и адаптацию, раннее выявление у больных склонности к несоблюдению лечения и их включение в персонализированные лечебно-реабилитационные программы, направленные на повышение приверженности терапии.

Целью исследования явилось изучение особенностей и динамики адаптационного процесса больных шизофренией при раннем выявлении у них риска нарушений в соблюдении режима терапии и своевременной коррекции на госпитальном и амбулаторном этапах.

Материал и методы

Было обследовано 68 больных шизофренией, проходивших стационарное лечение в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Критериями включения являлись: верифицированный диагноз шизофрении по МКБ-10 (F20.00, F20.01, F20.02, F20.6), возраст от 18 лет и старше, способность больного читать и писать на уровне, достаточном для выполнения оценочных процедур, связанных с проведением исследования, а также способность дать письменное информированное согласие. Критериями исключения служили: наличие коморбидных психических расстройств, тяжелое соматическое заболевание, требующее госпитализации в профильный соматический стационар.

В день поступления сплошной выборкой у всех пациентов, включенных в исследование, проводили оценку с помощью «Способа прогнозирования нарушений в соблюдении терапии для последующей коррекции у пациентов, страдающих шизофренией» [25]; выявляли больных, относящихся к группе риска несоблюдения терапии. Больные с выявленным риском несоблюдения были включены в основную группу; больные без риска несоблюдения терапии составили группу сравнения. Основная группа включала 40 больных (18 женщины и 22 мужчины), в группе сравнения было 28 больных (12 женщин и 16 мужчин). Средний возраст больных основной группы составил $34,2 \pm 7,3$ лет; средний возраст в группе сравнения $29,8 \pm 5,6$ лет. Средняя продолжительность заболевания в основной группе составила $4,8 \pm 2,6$ лет, в группе сравнения $6,9 \pm 3,8$ лет.

Больные, относящиеся к группе риска несоблюдения терапии, получали персонализированный лечебно-реабилитационный курс. Он заключался

Таблица 1. Динамика медикаментозного комплаенса до и после лечебно-реабилитационного курса

Группа	Уровень медикаментозного комплаенса при поступлении (в баллах)	Уровень медикаментозного комплаенса после лечебно-реабилитационного курса (в баллах)
Больные, получавшие лечение согласно технологии	$28 \pm 2,4$	$35 \pm 2,3^*$
Больные, получавшие классический терапевтический комплекс	$32 \pm 1,4^*$	$33 \pm 1,4$

* $p < 0,05$.

Таблица 2. Характеристика регоспитализаций после завершения госпитального этапа лечения

Группа	Среднее количество регоспитализаций в течение полугодия (приходящееся на одного больного)	Доля регоспитализаций по причине нарушения поддерживающего лечения, %
Больные, получавшие персонализированный терапевтический комплекс	$0,4 \pm 0,15$	37
Больные, получавшие классический терапевтический комплекс	$0,7 \pm 0,53^*$	61*

* $p < 0,05$.

в поэтапном индивидуальном подборе психофармакотерапии и суппоративных психотерапевтических методик (рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия, образовательные программы для самих больных и их родственников), задачей которых являлось смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования, улучшение качества рабочего альянса «врач – больной», построение сотрудничества в процессе фармакотерапии и активное вовлечение больного в процесс подбора терапии. После завершения стационарного этапа больным было предложено продолжить посещение групповых психотерапевтических занятий. Больные группы сравнения получали стандартный психофармакотерапевтический комплекс.

У всех больных оценивали уровень медикаментозного комплаенса при поступлении и на момент выписки с помощью «Метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии» [25]. Определяли тип компенсаторно-приспособительных защит согласно методике Г.В. Логвинович, А.В. Семке [27] в катamnестический период до обострения и госпитализации, через месяц после выписки из стационара и через полгода после выписки из стационара. Также отслеживали количество регоспитализаций в течение полугода после завершения стационарного этапа.

Данные, полученные в исследовании, были формализованы с помощью таблиц и статистически обработаны согласно рекомендациям для статистического анализа медицинских данных [28]. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows версии 6.0 (SatatSoft, Inc., USA для Windows). Поскольку выборка не была достаточно большой, нормальность распределения не проверяли и для сравнения групп использовали непараметрические методы: U-критерий Манна – Уитни (вариант сравнения независимых групп) и для сравнения относительных частот качественного признака в двух группах применяли метод сравнения доверительных интервалов относительных частот. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

При проведении исследования были соблюдены принципы Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации, все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании, которое было одобрено локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Результаты

При сравнении комплаенса в двух группах согласно «Методу прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии» [24] на момент поступления ожидаемо уровень в группе с риском несоблюдения был ниже ($28 \pm 2,4$ баллов), чем в группе сравнения ($32 \pm 1,4^*$); данное различие имело статистическую значимость ($p < 0,05$). После окончания стационарного этапа лечения уровень





медикаментозного комплаенса в группе с риском несоблюдения составил $35 \pm 2,3$ баллов, в группе сравнения – $33 \pm 1,4$ баллов; статистически значимого различия между группами не было. При сравнении на момент поступления и после окончания стационарного этапа в обеих группах произошел рост комплаенса, но со статистической значимостью повышение его уровня отмечалось только в группе больных с риском несоблюдения, которые получали персонализированный лечебно-реабилитационный комплекс. Сравнительные результаты описанной динамики представлены в табл. 1.

После завершения стационарного этапа отслеживали количество регоспитализаций в психиатрические стационары больных обеих групп в течение полугода. Результаты наглядно представлены в табл. 2. Больные из группы риска несоблюдения, получившие персонализированный лечебно-реабилитационный комплекс, регоспитализировались реже, и процент поступлений, связанных с нарушением в соблюдении лечения, был ниже, чем в группе сравнения; данные различия имели статистическую значимость ($p < 0,05$).

Динамика индивидуальных компенсаторно-приспособительных защит наглядно представлена на рис. 1–3. В катamnестический период до обострения в группе больных с риском несоблюдения терапии преобладал такой тип компенсаторно-приспособительной защиты, как «социальная оппозиция» – 42,5 %, в группе сравнения с таким типом не было ни одного человека; меньше всего был представлен тип защиты «гуттаперчивая капсула» – 12,5 %, в то время как в группе сравнения такой тип был преобладающим – 47,4 %; эти различия имели статистическую значимость ($p < 0,05$).

В группе больных с риском несоблюдения терапии на фоне прохождения специализированного лечебно-реабилитационного курса и через месяц после выписки из стационара, когда можно оценить функционирование больного в период ремиссии в социуме, динамика компенсаторно-приспособительных защит была следующей. По сравнению с ситуацией при поступлении статистически значимо выросла доля больных, формирующих тип защиты «гуттаперчивая капсула», преимущественно это были больные, которые при поступлении имели тип защиты «укрытие под опекой». Также более чем в 2 раза возросло число больных, формирующих тип защиты «экологическая ниша»: 27,5 % против 10 % при поступлении. Почти в 2 раза уменьшилось количество больных, формирующих такой неблагоприятный тип защиты, как «социальная оппозиция».

В течение полугода наблюдения, которое характеризовалось снижением количества групповых занятий и встреч с лечащим врачом, наблюдалось начало обратной динамики. Вновь стала увеличиваться доля менее благоприятных типов компенсаторно-приспособительных защит и уменьшаться доля более благоприятных.

Динамика типов адаптации в исследовании наглядно представлена на рис. 4–6. В катamnестический период до обострения в группе больных с риском

несоблюдения преобладали интравертный и экстравертный типы адаптации (по 35 % всех больных этой группы). Интегративный тип адаптации был лишь у 10 % больных в группе с риском несоблюдения, что со статистической значимостью было меньше, чем в группе сравнения, там интегративный тип адаптации формировали 42,9 % больных. С деструктивным типом адаптации в группе с риском несоблюдения было 20 % больных, в группе сравнения такие больные отсутствовали.

Через месяц после завершения стационарного этапа лечения в группе больных с риском несоблюдения терапии доля больных с интегративным типом адаптации увеличилась в 3 раза и составила 35 % по сравнению с 10 % больных в катamnестический период. В 2 раза уменьшилась доля больных с деструктивным типом адаптации: при поступлении в группу было 20 % таких больных, через месяц после завершения стационарного этапа их доля составила 10 %.

Через полгода после завершения стационарного этапа в группе больных с риском несоблюдения терапии на 15 % уменьшилось число больных с интегративным типом адаптации, их доля составила 20 %. Доля больных с деструктивным типом адаптации увеличилась на 5 % и составила 15 % всех больных в группе. Также на 10 % увеличилось количество больных, формирующих экстравертный тип, их доля составила 35 %. Доля больных с интравертным типом адаптации осталась прежней. При сравнении различий со статистической значимостью выявлено не было.

Обсуждение

В данном исследовании впервые в клинической психиатрической практике был применен новый способ прогнозирования нарушений соблюдения терапии на этапе поступления в стационар в сочетании с ранней коррекцией с помощью специализированного лечебно-реабилитационного комплекса и изучено их влияние на динамику адаптационного процесса у больных шизофренией. Результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что раннее выявление больных шизофренией с риском несоблюдения терапии и своевременное их включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий положительно сказывается на дальнейшей адаптации таких больных после завершения стационарного этапа. В течение полугодового катamnестического наблюдения в основной группе больных улучшился медикаментозный комплаенс, сократилось число регоспитализаций, а также уменьшилась доля регоспитализаций по причине нарушения поддерживающей терапии.

Больные с выявленным риском несоблюдения терапии, формировавшие в катamnестический период менее адаптивные типы индивидуальных компенсаторно-приспособительных защит («укрытие под опе-

кой» и «социальная оппозиция»), после завершения специализированного лечебно-реабилитационного курса в течение месяца формировали преимущественно более адаптивные компенсаторно-приспособительные защиты («гуттаперчивая капсула», «экологическая ниша»). Однако спустя 6 месяцев после завершения госпитального этапа наблюдалась обратная динамика адаптационного процесса с увеличением доли менее благоприятных компенсаторно-приспособительных защит.

Схожей была динамика типов адаптации в основной группе. В катamnестический период в группе с риском несоблюдения терапии менее всего был представлен интегративный тип адаптации с клинической и социальной компенсацией, являющийся наиболее благоприятным. Основную долю занимали больные с частично компенсированными типами адаптации, а 20 % больных обладали деструктивным типом адаптации, при котором больные были клинически и социально дезадаптированы. Через месяц после завершения специализированного лечебно-реабилитационного курса отмечалась положительная динамика: в 3 раза увеличилась доля больных с интегративным типом и в 2 раза уменьшилась доля больных с деструктивным типом адаптации. Через полгода после завершения стационарного этапа наблюдалось увеличение доли наименее скомпенсированного типа адаптации: число больных с деструктивным типом увеличилось на 5 %. Доля больных, формировавших интегративный тип адаптации, уменьшилась на 15 %.

С учетом специфики динамики адаптационных особенностей можно говорить о том, что раннее выявление больных шизофренией с риском несоблюдения терапии и включение их в специализированный лечебно-реабилитационный курс улучшает адаптационный процесс. Однако без постоянного активного участия со стороны психиатрической службы достигнутый положительный эффект постепенно утрачивается.

Некоторые ограничения настоящего исследования требуют пояснения. Отсутствие большой выборки материала исследования и небольшой по длительности период наблюдения не дает возможности однозначно трактовать результаты. Вместе с тем полученные результаты нельзя назвать случайными, целесообразно дальнейшее изучение данного вопроса с расширением методологии на более крупных выборках.

Заключение

Согласно полученным результатам, раннее выявление больных шизофренией с риском нарушений терапии и включение их в специализированный лечебно-реабилитационный комплекс, повышающий приверженность терапии, положительно сказывается на адаптационном процессе этих больных и сокращает число регоспитализаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Становление и развитие взглядов на адаптацию больных шизофренией // Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. – Томск: Изд-во ООО «Интегральный Переплет», 2018. – С. 158–173.
2. Корнетова Е.Г., Семке А.В. К проблеме терапии первого психотического эпизода // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 17–19.
3. Juckel G., de Bartolomeis A., Gorwood P. et al. Towards a framework for treatment effectiveness in schizophrenia // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2014. – Vol. 10. – P. 1867–1878.
4. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Цукарзи Э.Э. Стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии при шизофрении: методические указания Министерства здравоохранения РФ. – М., 2017.
5. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М.: Восток, 1996.
6. Мосолов С.Н. Полвека нейролептической терапии: основные итоги и новые рубежи // Новые достижения в терапии. – М., 2002. – С. 47–81.
7. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Капилетти С.Г. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств: доказательная медицина – клинической практике. – М., 2012. – С. 11–61.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление при шизофрении (recovery): предложения к 11-му пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 4. – С. 34–39.
9. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3 (49). – С. 209–210.
10. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.
11. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R., Leckband S.G., Jeste D.V. Prevalence of and risk factors for medication non adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature // *J Clin Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63. – P. 892–909.
12. Kane J.M. Compliance issues in outpatient treatment // *Clin Psychopharmacol*. – 1985. – Vol. 5. – P. 22S–27S.
13. Kamali M., Kelly B.D., Clarke M., Browne S., Gervin M., Kinsella A., Lane A., Larkin C., O'Callaghan E. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia // *Eur Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21. – P. 29–33.
14. Linden M., Godemann F., Gaebel W., Köpke W., Müller P., Müller-Spahn F., Pietzcker A., Tegeler J. 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.
15. Novak-Grubic V., Tavcar R. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder // *Eur Psychiatry*. – 2002. – Vol. 17. – P. 148–154.
16. Хасан А., Фалкай П., Воброк Т. с соавт. Всемирная федерация обществ биологической психиатрии: обновленная редакция 2012 г. по длительной терапии шизофрении и тактике ведения пациентов с индуцированными антипсихотическими препаратами побочными эффектами. Ч. 2 // Современная терапия психических расстройств. – 2014. № ТВ2. – С. 3–36.
17. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э. Психофармакотерапия шизофрении // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Ю.А. Александровского. – М., 2018. – С. 299–328.
18. Семке А.В., Федоренко О.Ю., Лобачева О.А., Рахматова Л.Д., Корнетова Е.Г., Смирнова Л.П., Микилев Ф.Ф., Щигорева Ю.Г. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонализированного подхода к антипсихотической терапии. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 19–25.
19. Корнетова Е.Г., Микилев Ф.Ф., Семке А.В., Лебедева В.Ф., Павлова О.А., Мальцева Ю.Л., Каткова М.Н., Горбачевич Л.А. Пути совершенствования реабилитационной тактики при шизофрении с риском развития негативного симптомокомплекса // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 3 (92). – С. 9–13.
20. Бородюк Ю.Н., Дмитриева Е.Г., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Смирнова Л.П., Паршукова Д.А., Козлова С.М. Особенности адаптации больных параноидной шизофренией при нейролептической терапии с развитием метаболического синдрома // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 5 (87). – С. 86–91.

REFERENCES

1. Kornetova E.G., Semke A.V., Kornetov A.N., Ivanova S.A., Lobacheva O.A., Semenyuk K.A., Bojko A.S., Bohan N.A. Stanovlenie i razvitie vzglyadov na adaptaciyu bol'nyh shizofreniej // Shizofreniya: biopsihosotsial'naya model' i konstitutsional'no-biologicheskij podhod. – Tomsk: Izd-vo ООО «Integral'nyj Pereplet», 2018. – S. 158–173.
2. Kornetova E.G., Semke A.V. K probleme terapii pervogo psihoticheskogo epizoda // *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – № 4. – S. 17–19.
3. Juckel G., de Bartolomeis A., Gorwood P. et al. Towards a framework for treatment effectiveness in schizophrenia // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2014. – Vol. 10. – P. 1867–1878.
4. Mosolov S.N., Potapov A.V., Cukarzi E.E. Standartizirovannye kliniko-funktsional'nye kriterii remissii pri shizofrenii: Metodicheskie ukazaniya Ministerstva zdravooohraneniya RF. – M., 2017.
5. Mosolov S.N. Osnovy psihofarmakoterapii. – M.: Vostok, 1996.
6. Mosolov S.N. Polveka nejrolepticheskoy terapii: osnovnye itogi i novye rubezhi // *Novye dostizheniya v terapii*. – M., 2002. – S. 47–81.
7. Mosolov S.N., Cukarzi E.E., Kapiletti S.G. Antipsihoticheskaya farmakoterapiya shizofrenii: ot nauchnyh dannyh k klinicheskim rekomendatsiyam // *Biologicheskie metody terapii psihicheskikh rasstrojstv: dokazatel'naya medicina – klinicheskoy praktike*. – M., 2012. – S. 11–61.
8. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Remissii i lichnostno-social'noe vosstanovlenie pri shizofrenii (recovery): predlozheniya k 11-mu peresmotru MKB // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. – 2008. – № 4. – S. 34–39.
9. Dmitrieva E.G., Danilenko O.A., Kornetova E.G., Semke A.V., Lobacheva O.A., Gutkevich E.V., Katkova M.N. Komplains i ego vliyaniye na adaptaciyu pacientov s shizofreniej. // *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2014. – № 3 (49). – S. 209–210.
10. Neznakov N.G., Vid V.D. Problema komplainsa v klinicheskoy psikiatrii // *Psikiatriya i psihofarmakoterapiya*. – 2004. – T. 6, № 4. – S. 159–162.
11. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R., Leckband S.G., Jeste D.V. Prevalence of and risk factors for medication non adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature // *J Clin Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63. – P. 892–909.
12. Kane J.M. Compliance issues in outpatient treatment // *Clin Psychopharmacol*. – 1985. – Vol. 5. – P. 22S–27S.
13. Kamali M., Kelly B.D., Clarke M., Browne S., Gervin M., Kinsella A., Lane A., Larkin C., O'Callaghan E. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia // *Eur Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21. – P. 29–33.
14. Linden M., Godemann F., Gaebel W., Köpke W., Müller P., Müller-Spahn F., Pietzcker A., Tegeler J. 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.
15. Novak-Grubic V., Tavcar R. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder // *Eur Psychiatry*. – 2002. – Vol. 17. – P. 148–154.
16. Hasan A., Falkai P., Vobrok T. s soavt. Vsemirnaya federaciya obshchestv biologicheskoy psikiatrii: obnoblennaya redakciya 2012 g. po dital'noj terapii shizofrenii i taktike vedeniya pacientov s inducirovannymi antipsihoticheskimi preparatami pobochnymi effektami. Ch. 2 // *Sovremennaya terapiya psihicheskikh rasstrojstv*. 2014. № TV2. – S. 3–36.
17. Mosolov S.N., Cukarzi E.E. Psihofarmakoterapiya shizofrenii // *Psikiatriya: nacional'noe rukovodstvo / pod red. N.G. Neznanova, Yu.A. Aleksandrovskogo*. – M., 2018. – S. 299–328.
18. Semke A.V., Fedorenko O.Yu., Lobacheva O.A., Rahmazova L.D., Kornetova E.G., Smirnova L.P., Mikilev F.F., Shchigoreva Yu.G. Klinicheskie, epidemiologicheskie i biologicheskie predposylki adaptacii bol'nyh shizofreniej kak osnova personificirovannogo podhoda k antipsihoticheskoy terapii. // *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2015. – № 3 (88). – S. 19–25.
19. Kornetova E.G., Mikilev F.F., Semke A.V., Lebedeva V.F., Pavlova O.A., Mal'ceva Yu.L., Katkova M.N., Gorbachevich L.A. Puti sovershenstvovaniya reabilitatsionnoj taktiki pri shizofrenii s riskom razvitiya negativnogo simptomokompleksa // *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2016. – № 3 (92). – S. 9–13.
20. Borodyuk Yu.N., Dmitrieva E.G., Kornetova E.G., Semke A.V., Lobacheva O.A., Smirnova L.P., Parshukova D.A., Kozlova S.M. Osobennosti adaptacii bol'nyh paranojdnj shizofreniej pri nejrolepticheskoy terapii s razvitiem metaboličeskogo sindroma // *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2015. – № 5 (87). – S. 86–91.

21. Микилев Ф.Ф., Корнетова Е.Г., Лобачева О.А., Корнетов А.Н., Семке А.В. Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 58–64.
22. Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity // Psychol Med. – 1983. – Vol. 13. – P. 177–183.
23. Fialko L., Garety P.A., Kuipers E., Dunn G., Bebbington P.E., Fowler D., Freeman D. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS) // Schizophr Res. – 2008, Mar. – Vol. 100 (1–3). – P. 53–59. – Epub 2007, Dec 20.
24. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии. – СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2007.
25. Дмитриева Е.Г., Семке А.В., Корнетова Е.Г., Бохан Н.А., Бородюк Ю.Л., Мальцева Ю.Л. Способ прогнозирования нарушений в соблюдении терапии для последующей коррекции у пациентов, страдающих шизофренией. Пат. № 2611934 РФ от 1 марта 2017 г. Приоритет от 11 января 2016 г. Заявка № 2016100396.
26. Бурягина Л.А., Ушаков Ю.В., Мосолов С.Н. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психосоциального подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями // Современная терапия психических расстройств. – 2009. – № 3. – С. 19–26.
27. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.
28. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа Сфера, 2006.
21. Mikilev F.F., Kornetova E.G., Lobacheva O.A., Kornetov A.N., Semke A.V. Psihometricheskaya ocenka simptomov i klinicheskaya dinamika shizofrenii v zavisimosti ot konstitucional'no-morfologicheskogo tipa bol'nyh // Byulleten' sibirskoy mediciny. – 2016. – T. 15, № 2. – S. 58 – 64.
22. Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity // Psychol Med. – 1983. – Vol. 13. – P. 177–183
23. Fialko L., Garety P.A., Kuipers E., Dunn G., Bebbington P.E., Fowler D., Freeman D. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS) // Schizophr Res. – 2008, Mar. – Vol. 100 (1–3). – P. 53–59. – Epub 2007, Dec 20.
24. Lutova N.B., Borcov A.V., Vuks A.Ya., Vid V.D. Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplajensa v psixiatrii. – SPb: Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psixonevrologicheskij institut im. V.M. Bekhtereva, 2007.
25. Dmitrieva E.G., Semke A.V., Kornetova E.G., Bohan N.A., Borodyuk Yu.L., Mal'tseva Yu.L. Sposob prognozirovaniya narushenij v soblyudenii terapii dlya posleduyushchej korrekcii u pacientov, stradayushchih shizofreniej. Pat. № 2611934 RF ot 1 marta 2017 g. Prioritet ot 11 yanvarya 2016 g. Zayavka № 2016100396.
26. Burygina L.A., Ushakov Yu.V., Mosolov S.N. Sravnitel'naya effektivnost' medikamentoznogo i kompleksnogo medikamentozno-psihosotsial'nogo podhodov pri okazanii ambulatornoj pomoshchi bol'nym paranoidnoj shizofreniej s chastymi obostreniyami // Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv. – 2009. – № 3. – S. 19 – 26.
27. Logvinovich G.V., Semke A.V. Pervichnye i vtorichnye narusheniya adaptacii pri shizofrenii. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1995.
28. Rebrova O.Yu. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh: Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA. – M.: Media Sfera, 2006.

The Adaptive Features of Schizophrenia Patients in Early Revealing and Correction of the Non-Compliance with a Therapy

Dmitrieva E.G., Semke A.V., Bokhan N.A., Dubrovskaya V.V.

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

SUMMARY:

Objective – to define the effects of early revealing of the non-compliance risk in therapy and correction with the help of a specialized treatment and rehabilitation complex for adaptation in patients with schizophrenia.

Patients and Methods. The study included 68 patients with a verified diagnosis of schizophrenia according to ICD-10, undergoing in-patient treatment at the Mental Health Research Institute Clinic. Using the "Method of predicting violations in adherence to therapy for subsequent correction in patients with schizophrenia"; patients who were at risk of disrupting therapy were identified. These patients were included in a specialized treatment and rehabilitation complex in order to increase adherence to therapy. Further, an assessment of the dynamics of drug compliance with the help of the "Method for predicting drug compliance in psychiatry", the number of rehospitalizations due to treatment disorders and adaptation process using methods developed in the Research Institute of Mental Health.

Results. In the group of patients with schizophrenia, when the risk of treatment disorders was detected and the complex of specialized treatment and rehabilitation measures were performed, the level of drug compliance increased, the number of rehospitalizations decreased, as well as the share of rehospitalizations due to disruption of maintenance therapy, the proportion of patients who formed the most favorable types of adaptation increased and favorable individual compensatory-adaptive protection. Within six months after the completion of the stationary stage, without active support from the psychiatric service, the reverse dynamics of the improvements achieved in adaptation was observed.

Conclusions. Earlier, the identification of patients with schizophrenia with a risk of non-compliance and therapy and their inclusion in a specialized treatment and rehabilitation course increases drug compliance and improves the adaptation of patients with schizophrenia. However, without the constant active participation from the psychiatric service, the positive effect achieved is gradually lost.

KEY WORDS: schizophrenia, pharmacotherapy, medication compliance, adaptation

CONTACT: egdtomsk@mail.ru