

Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении

Мадорский В.В., руководитель реабилитационного центра «Надежда», г. Ростов-на-Дону

РЕЗЮМЕ. В статье анализируется результативность за 18 месяцев наблюдения различных подходов к реабилитации больных шизофренией. Наилучшие результаты приносит сочетание психофармакотерапии с индивидуальной и семейной психотерапией: при длительности проведения комплексной психосоциальной терапии более года частота возвращения пациентов к труду повышается до 88,5%, частота регоспитализации снижается до 11,5%. Решающим фактором успеха является комплаенс с членами семьи больного.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психореабилитация шизофрении, комплаентность, психотерапия

Efficiency of different psychorehabilitation strategies in treatment of schizophrenia

Madorsky Vladimir Victorovich, director of rehabilitation center "Nadezhda", Rostov-on-Don, Russia.

SUMMARY: The article is devoted to analysis of results of 18 month study of different approaches to psychorehabilitation of schizophrenia. It was stated, that the best results are coming from using the combination of psychopharmacotherapy with individual and family psychotherapy in a period more than a year: 88,5% of patients returns to work, and only 11,5% of them had need in rehospitalization. The most important factor of success was the compliance with the members of the patient's family.

KEY WORDS: psychorehabilitation, schizophrenia, compliance, psychotherapy.

Современные подходы в терапии шизофрении предусматривают обязательное использование психообразования и психореабилитационных программ. Вместе с тем, имеется достаточно мало литературы, описывающей конкретный практический опыт использования различных психореабилитационных методик и подробный анализ их результативности.

Длительно шизофрения считалась чисто биологической проблемой. Однако в последние 20 лет появилось много работ психиатров – представителей как психотерапевтического, так и биологического направлений, подчёркивающих, что психосоциальные факторы в течении шизофренического процесса играют не менее важную роль, чем биологические (4). Отмечено, что психопатологические феномены определяют собой в картине шизофрении не все и не всегда. Удельный вес и автономия факторов психосоциальной природы достаточно велики (7). Нет полной корреляции уровня социальной дезадаптации и выраженности конфликтных отношений с глубиной дефицитарных проявлений, нет жесткой связи между уровнем самосознания и «регистрами» психопатологических расстройств (15). Многообразие клинических картин зависит от включения в них большого числа различных проявлений компенсации и адаптации, в том числе и явлений психологической защиты (2). Эти механизмы могут оказывать на психопатологические феномены непосредственное патопластическое воздействие. Так, чрезмерное развитие аппарата внутреннего отреагирования отрицательных эмоций путем фантазирования может содействовать образованию более выраженной продуктивной симптоматики и обогащать галлюцинации и бред больного дополнительным содержанием (3). Личностные структуры тесно связаны с весьма кардинальными психопатологическими параметрами – так, прослеживается связь между складом личности больных шизофренией и последующей прогрессивностью процесса (1). Психогенные патологические развития личности могут наблюдаться не только на этапе ремиссии, как это было принято думать раньше, но и при активно текущем шизофреническом процессе. В связи с этим в современной психиатрии пересматривается взгляд на шизофрению как на чисто биологическое заболевание, и она всё чаще характеризуется как патология, имеющая также и социопсихологические

корни. Правильные ожидания эффективности биологических средств лечения шизофрении должны, прежде всего, учитывать априорные, теоретически заложенные границы их возможностей. Фармакологически можно повысить активность больных, однако фармакология не устраняет сложившихся личностных установок, мотивов, продолжающих опосредовать поведение, одним словом, психологических структур, функционирующих в относительной автономии от психопатологических (5). Психологическая реакция личности на психическое заболевание, тесно связанная с особенностями личности и нередко являющаяся наиболее важным фактором в саногенезе становления ремиссии, оказывается практически недоступной лекарственной коррекции (14). Автономно действующие психосоциальные факторы обладают достаточно мощным воздействием на долговременное течение заболевания: длительные безлекарственные ремиссии оказываются обусловленными не психопатологическими, а психосоциальными предикторами (16). Факторы неблагоприятного социального окружения в состоянии низвести уровень рецидивирования больных, получающих депо-препараты, до отмечаемого на плацебо или без лекарств (20). Да и достигаемая с помощью психофармакотерапии стабильность состояния не ведёт сама по себе автоматически к оптимальному трудоустройству и социальной адаптации (17). Достижение реального на данный момент предела возможностей биологической терапии и недостаточная интенсивность социальной реабилитации обуславливают недостаточный эффект терапии в большой группе больных умеренно прогрессивной шизофренией при формировании стабилизированных состояний (11).

Согласно данным Л.Г. Мовиной (10), применение психореабилитационных методик в комплексе с медикаментозным лечением приводит к продолжению улучшения состояния больных после окончания курса стационарного лечения. По окончании стационарного лечения у пациентов отмечается регрессия выраженности психопатологических расстройств по шкале PANSS с 77,34 до 53,45 (на 30,1%), что статистически не отличается от результатов контрольной группы, где проводилась только психофармакотерапия, однако, по результатам 2-летнего катамнестического наблюдения, в основной группе наблюда-

лась дальнейшая регрессия данного показателя ещё на 13,7% до величины 43,49, т.е. общее снижение PANSS за 2 года составило 43,8%, в то время как в контрольной группе выраженность психопатологических расстройств по шкале PANSS (Kay S.R. et al. 1986) осталась на прежнем уровне. Лучшими, чем в контрольной группе, были и социальные исходы: пациенты значимо чаще устраивались на работу – 33,8% против 14,63% в контрольной группе). Однако данный способ лечения вследствие использования только поведенческих, поддерживающих и психообразовательных методик психотерапии не приводит к коррекции глубинных подсознательных проблем и патологических защит личности, являющихся одним из важнейших звеньев в патогенезе шизофрении (6).

Данная работа посвящена анализу эффективности конкретных практических подходов к решению психологических и социальных проблем больных шизофренией и изучению их результативности как в краткосрочном, так и в отдалённом периодах.

Материал и методы

В нашей работе отражён результат тринадцатилетнего использования различных разновидностей психофармакотерапии, психотерапии, психосоциальной терапии и психореабилитации больных шизофренией на базе различных стационаров Ростовской области, ЛРНЦ «Феникс» и реабилитационного центра «Надежда» (9). Первично она была начата как исследование возможностей индивидуальной психотерапии, затем в работе стала использоваться семейная терапия, трудотерапия, психообразование, в отдельных случаях – групповая терапия. Исследовались возможности проведения как изолированной психосоциальной терапии, так и в сочетании с психофармакотерапией.

Работа проводилась бригадным методом. В состав бригады входили врач-психиатр и врач-психотерапевт, иногда в работе также участвовали клинические психологи. Нами были изучены результаты лечения в вышеуказанных лечебных учреждениях 164 больных шизофренией, катamnестическое наблюдение за которыми удалось осуществить в течение 18 месяцев (максимально – 5 лет). В соответствии с задачами работы нами были использованы клинический, клинко-катamnестический, психотерапевтический и статистический методы исследования.

Критерием включения в исследование был установленный психиатрами, не участвовавшими в данном исследовании, диагноз шизофрении. Диагностическая квалификация изученных случаев опиралась, в первую очередь, на систематику, принятую в отечественной клинической психиатрии, концептуально обоснованную А.В. Снежневским и его школой (13), поскольку разрешающая способность современных официальных классификаций психических заболеваний, в частности МКБ-10 и DSM-IV, для решения задач настоящего исследования представлялась недостаточной. Все больные основной группы были осмотрены лично.

Критериями исключения из программы были наличие любых других психических заболеваний не шизофренического спектра и возраст менее 14 и старше 60 лет. Среди исследованных больных были 164 мужчин в возрасте от 14 до 60 лет (средний – 29,1).

В качестве контрольной использовалась сопоставимая с основной по возрасту и соотношению типов течения шизофренического процесса группа из 65 мужчин в возрасте от 18 до 57 лет (средний – 31,2), методом случайной выборки избранных из числа лиц, в период с 2003 по 2005 г. проходивших стационарное лечение в условиях психосоматического отделения ГБ № 7 г. Ростова-на-Дону и затем наблюдавшихся у районного психиатра.

Распределение больных по возрасту и семейному положению в основной и контрольной группах было сходным – отмечалось некоторое преобладание пациентов от 18 до 40 лет. В основной группе в родительских семьях жили 87 (53,0%) пациентов, свою семью имели 48 (29,3%), одинокими были 29 (17,7%). В контрольной группе эти показатели составляли соответственно 41 (63,1%), 41 (63,1%) и 9 (13,8%) больных. Сходным в основной и контрольной группах было распределение типов течения шизофренического процесса: в основной группе у 28 (17,1%) пациентов отмечалось малопрогредиентное, у 42 (25,6%) – рекуррентное, у 79 (48,2%) – шубообразное, у 15 (9,2%) – непрерывнотекущее течение заболевания. В контрольной группе эти показатели составляли 10 (15,4%), 14 (21,5%), 34 (52,3%) и 7 (10,8%) больных. При этом пациенты основной клинической группы имели существенно более высокий образовательный уровень: среди них 48 (29,3%) имели высшее образование, неоконченное высшее было у 25 (15,2%), среднее специальное – у 32 (19,5%), среднее – у 41 (25,0%), неоконченное среднее – у 18 (11,0%). В контрольной группе высшее образование имели лишь 18 (11,0%) больных, неоконченное высшее – 12 (18,5%), среднее специальное – 18 (27,7%), среднее – 23 (35,4%), неоконченное среднее было у 5 (7,7%).

В основной и клинической группе отмечались существенные отличия в синдромальных характеристиках больных при поступлении на лечение. Онейроидный синдром в основной группе был диагностирован у 7 (4,2%) пациентов, в контрольной – у 5 (7,7%); галлюцинаторно-параноидный – у 7 (4,2%) и 15 (32,1%), соответственно.

Если в контрольной группе существенно выше был уровень психотических расстройств, характеризующихся обилием драматичной, но хорошо поддающейся купированию с помощью психофармакотерапии продуктивной симптоматики, то в основной группе значительно более высоким было количество случаев с плохо поддающейся обычному лекарственному лечению негативной и псевдоневротической симптоматикой (паранойальной, истероформной и обсессивно-компульсивной).

Длительность течения шизофренического процесса до поступления у больных основной и контрольной групп была также различной. В основной группе основное количество больных – 75 (45,8%) страдало шизофренией от 1 до 5 лет (до 1 года – 17 (10,4%), от 5 до 10 лет 29 (17,7%), более 10 лет 43 (26,3%)). Это было связано с тем, что на лечение в негосударственные медицинские центры обычно попадали пациенты, у которых уже был опыт неэффективного лечения в обычных психиатрических стационарах. Однако они, а чаще их родственники продолжали искать выход из сложившейся патовой ситуации «от психических болезней не умирают, но и не выздоравливают», перебирая новые и новые варианты лечения. В контрольной группе вдвое выше (43,1%) была

доля пациентов, болеющих шизофренией более 10 лет, часто вполне адаптировавшихся в своей роли хронического душевнобольного, «имеющего полное право жить за счёт родственников или государства» (из числа больных основной группы инвалидность по шизофрении на момент начала заболевания имели 37 (22,6%) больных, в контрольной группе – 49 (75,4%)). До 1 года в контрольной группе шизофренией болели 12 (18,5%) пациентов, от 1 до 5 лет – 10 (15,4%), от 5 до 10 лет – 15 (23,1%).

Длительность течения шизофренического процесса до поступления у больных основной и контрольной групп также отличалась. В основной группе у 26 (15,5%) пациентов с момента обострения до поступления на лечение проходило не более 2 месяцев, у 35 (21,3%) – от 2 до 6, у 27 (16,6%) – от 6 до 12 месяцев, у 33 (20,0%) – от 1 до 2 лет, у 43 (26,2%) – более 2 лет. Соответствующие показатели для больных контрольной группы составляли: не более 2 месяцев – 42 (64,6%), от 2 до 6 месяцев – 10 (15,4%), от 6 до 12 месяцев – 3 (4,6%), от 1 до 2 лет – 6 (9,2%), более 2 лет – 4 (6,2%). Больные контрольной группы попадали на лечение раньше с момента манифестации или обострения шизофрении, и, благодаря большей выраженности продуктивной симптоматики и меньшему времени, прошедшему с момента обострения, были потенциально более курабельными, нежели пациенты основной группы.

Следует ещё раз отметить существенные отличия основной и контрольной групп в отношении более высокого образовательного уровня среди больных основной группы и большего удельного веса пациентов с установленной инвалидностью в контрольной группе. Это было связано с тем, что многие пациенты основной группы, не имея исходно инвалидности, обращались за амбулаторным лечением непосредственно в лечебно-реабилитационный центр «Феникс» или реабилитационный центр «Надежда». Их мотивами при этом было избежать плохих условий содержания в стационарах и неизбежной (в их представлении) постановки на диспансерный учёт. Их родственники, как правило, оплачивавшие курс реабилитации, в большинстве своём были настроены на скорейший возврат больных к учёбе или работе. Заболевание пациента его родственниками воспринималось катастрофально – как нечто, с чем в жизни смириться совершенно невозможно. К самим пациентам это отнеслось в значительно меньшей степени.

Пациенты же контрольной группы зачастую ложились в стационар в качестве бесплатного обязательного этапа перед продлением группы инвалидности, при этом они и члены их семей совершенно не планировали их дальнейшую трудовую деятельность. Среди пациентов контрольной группы и их родственников доминировали представления о неизлечимости и безусловном неуклонном прогрессировании шизофрении, что, как следствие, приводило к выводам о бессмысленности каких-либо попыток борьбы с болезнью. При этом, в отличие от родственников больных основной группы, они смирялись с неизбежным негативным исходом в виде тяжёлых эмоционально-волевых нарушений и инвалидности. Фактором, заставлявшим членов семьи как-то сплотиться и начать что-либо реально предпринимать, обыкновенно оказывалась непосредственная угроза совершения общественно опасных действий или самоубийства больного либо существенные материальные потери

Таблица 1. Основной клинический синдром при поступлении у больных основной и контрольной групп

Синдромы	Основная	Контрольная
Онейроидный	7 (4,2%)	5 (7,7%)
Галлюцинаторно-параноидный	7 (4,2%)	15 (32,1%)
Маниакально-параноидный	17 (10,4%)	5 (7,7%)
Депрессивно-параноидный	27 (16,6%)	9 (13,8%)
Паранойальный	3 (1,8%)	0 (0%)
Психопатоподобный	15 (9,3%)	7 (10,8%)
Депрессивный	12 (7,3%)	7 (10,8%)
Негативные изменения личности	31 (18,9%)	5 (7,7%)
Зависимое поведение	8 (4,9%)	5 (7,7%)
Истероформный	10 (6,2%)	3 (4,6%)
Соматизированная депрессия	8 (4,9%)	3 (4,6%)
Обсессивно-компульсивный или обсессивно-фобический	19 (11,6%)	2 (3,0%)

(например, развитие маниакального состояния с неконтролируемой тратой денег, kleптомании или игровой зависимости).

Все пациенты основной группы получали психофармакотерапию. Кроме того, 65 из них получали помощь в виде индивидуальной психотерапии, проводившейся по специально разработанной нами методике, включавшей в себя когнитивно-поведенческую психотерапию, тренировку когнитивных функций (способ защищён патентом РФ № 2367479 от 20.09.2009 г.) и работу с визуализацией образов в гипнотическом трансе (8) (1 группа больных). Целями индивидуальной терапии сначала с помощью психотерапевта, а потом и самостоятельно были обучение пациента стабилизировать своё психическое состояние и учиться успешно справляться с жизненными проблемами. У 12 пациентов (2 группа) проводилась только семейная терапия по разработанному нами методу, в основе которого лежала стратегическая семейная психотерапия Хейли (14,17) (патент РФ № 2371209 от 27.10.2009 г.). Подобным образом приходилось работать при выраженном негативизме пациентов. У 87 проводилась интегративная психотерапия, при которой индивидуальная психотерапия сочеталась с семейной, трудотерапией и психообразовательной работой (3 группа больных). Группы 1 и 3 были сопоставимы по возрасту, типу и длительности течения заболевания. Во 2 группу были включены больные с выраженным негативизмом, исключавшим возможность параллельного проведения индивидуальной психотерапии. Из числа больных основной группы до 10 сеансов индивидуальной терапии было проведено у 64 (42,1%), от 10 до 20 – у 24 (15,8%), от 20 до 50 – у 40 (26,5%), более 50 – у 24 (15,7%) больных. Число проведенных сеансов семейной терапии составило в 42 случаях (42,4%) от 1 до 3, в 37 (37,2%) случаях – от 3 до 10, в 20 (20,2%) случаях – более 10. Мы всегда рекомендовали больным шизофренией длительную работу с психотерапевтом (не менее года), однако реально длительность работы определялась самими больными и членами их семей. В таблице 2 отражается распределение длительности прохождения курса психотерапии больными из основных клинических групп.

Таблица 2. Длительность прохождения курса психотерапии больными основных клинических групп.

Группа	Более 1 года	6–12 мес.	3–6 мес.	Менее 3 мес.
1. Индивидуальная психотерапия + психофармакотерапия № = 65	6 (9,2%)	8 (12,3%)	11(16,9%)	40(61,5%)
2. Семейная психотерапия + психофармакотерапия № = 12	3 (25%)	2(16,7%)	2(16,7%)	5(41,7%)
3. Интегративная психотерапия + психофармакотерапия № = 87	26 (29,9%)	12(13,8%)	15(17,2%)	34 (39,1%)

Качество лечения и стойкость достигнутых результатов определялась с использованием клинического метода, с помощью шкалы PANSS, и самоотчетов больных и общей суммы баллов по всем шкалам. С учётом длительного характера работы и наблюдения оценка состояния больных производилась при поступлении, а также на 3, 6, 12 и 18 месяцы. Кроме того, важными критериями для нас были сохранение трудоспособности больных и способность справиться с проявлениями болезни без госпитализации.

Комплаентность пациентов и членов их семей мы оценивали в баллах по разработанной нами шкале (9), где 1 балл соответствовал формальному согласию на присутствие на сеансе под «нажимом» психиатра или близких, 2 балла – добровольное согласие посещать сеансы при нерегулярности посещений сеансов, отсутствии интереса к психотерапии, невыполнение домашних заданий, 3 балла – добровольное регулярное посещение сеансов, периодически – интерес к ним, изредка – выполнение домашних заданий, 4 балла –

работа на сеансах с интересом, регулярность посещений, выполнение домашних заданий в 30–70% случаев, 5 баллов – активная заинтересованность к получению психотерапевтической помощи, четкое выполнение всех домашних заданий.

Достоверность полученных данных проверялась с использованием критериев Фридмана и Крускала-Уоллиса.

Результаты терапии

Учитывались средние значения баллов в группах продуктивных и негативных симптомов. Полученные результаты отражены на диаграммах 1, 2 и 3.

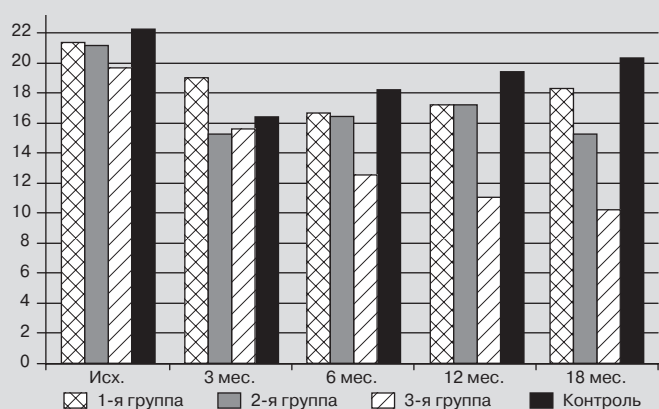
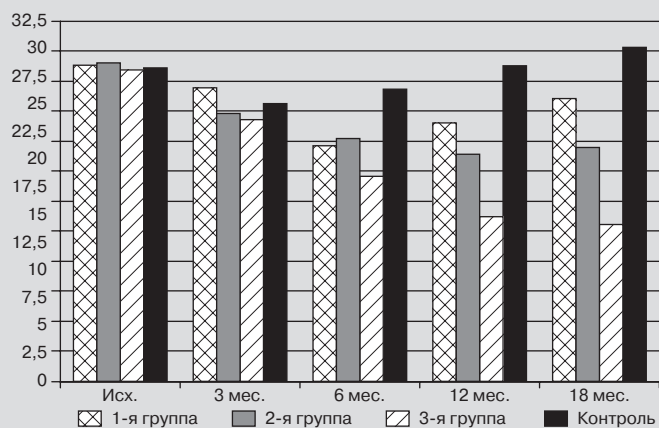
Из представленных диаграмм видно, что в период до 3 месяцев достоверных различий в эффективности лечения между основной и контрольной группами не выявлялось. Однако потом состояние пациентов контрольной группы вследствие прогрессивного течения шизофренического процесса начинало, несмотря на проводимую лекарственную терапию, прогрессивно ухудшаться, и по прошествии года оно становилось хуже, чем до начала лечения.

У больных основной группы, которым кроме психофармакотерапии проводили и индивидуальную психотерапию, улучшение продолжалось примерно до 6 месяцев, после чего достигнутые улучшения начинали вступать в противоречие с дисфункциональным стилем общения в семье, вследствие чего постепенно начинался «откат назад». Вместе с тем по прошествии 18 месяцев состояние пациентов, получавших индивидуальную терапию, оставалось лучшим, чем до начала лечения.

У больных основной группы, с которыми кроме психофармакотерапии проводилась семейная терапия, после характерного для всех групп быстрого улучшения состояния на фоне активного лекарственного лечения в первые 3 месяца, в течение всех 18 месяцев наблюдения шла медленная, постепенная регрессия негативной шизофренической симптоматики при относительной стабильности позитивной.

Наилучшие результаты отмечались у тех больных основной группы, в лечении которых кроме медикаментозного лечения использовалась интегративная психотерапия. Улучшение их состояния продолжалось по всем шкалам в течение всего периода наблюдения, но особенно активно оно шло в течение первых 12 месяцев.

Критерий Фридмана, рассчитанный нами для группы интегративной психотерапии и фармакотерапии (в других группах число больных, прошедших лечение более года, было недостаточным), указал на статистическую значимость различий в величине баллов шкал PANSS, измеренных в различные моменты времени. Для позитивных симптомов он составил 16,2, для негативных – 19,5, для суммарного балла – 21,9 при $\chi^2_{\text{крит.}} = 13,3$.

**Диаграмма 1.** Динамика продуктивной симптоматики в баллах по шкале PANSS в различных клинических группах**Диаграмма 2.** Динамика негативной симптоматики в баллах по шкале PANSS в различных клинических группах

Для определения того, одинаково ли эффективны индивидуальная, семейная и интегративная психотерапия на различных промежутках времени, нами был использован критерий Крускала-Уоллиса. Статистически значимых различий между группами с различными методами терапии при продолжительности терапии до 3 месяцев (значение критерия составило 4,1 при $\chi^2_{\text{крит.}} = 6,0$) обнаружено не было. При больших сроках терапии такая зависимость появлялась, причём её степень закономерно возрастала с увеличением длительности работы: от 3 до 6 месяцев значение критерия Крускала-Уоллиса составило 8,3; 6–12 месяцев – 9,5; более 12 месяцев – 12,4.

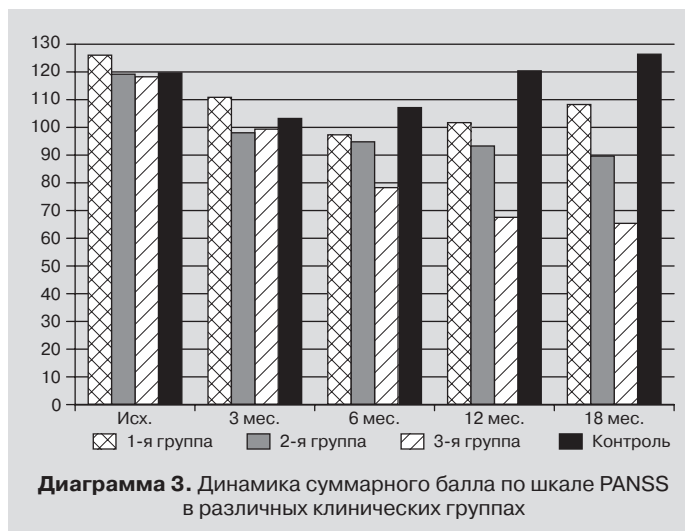
Из представленных диаграмм очевидно, что позитивная динамика в той или иной степени отмечалась при всех вариантах дополнения психофармакотерапии психотерапией, но наиболее выраженной она была при использовании интегративного подхода. Следует отметить, что именно этот вариант реабилитации с использованием когнитивно-поведенческой психотерапии, тренировки когнитивных функций и работы с визуализацией образов в гипнотическом трансе обеспечивал максимальную регрессию негативной симптоматики, являющейся наиболее резистентной к традиционным методам лечения шизофрении. В то же время, анализ показывает, что при использовании только индивидуальной терапии без вовлечения в работу семьи больного, позитивная динамика состояния пациента уже через несколько месяцев вновь сменяется негативной, хотя и не столь выраженной, как в группе, получавшей только психофармакотерапию. По нашим наблюдениям, это было связано с тем, что изменения состояния больного начинали представлять собой угрозу для сложившегося в семье патологического равновесия сил и распределения ролей, за чем следовала негативная реакция семейной системы (19). Члены семьи начинали отрицательно относиться к посещению больным психотерапевта, у них возникали и обострялись функциональные заболевания, существенно усиливалась внутрисемейная тревога. Следовавшее за этим ухудшение состояния пациента приводило к возвращению семьи в обычное, уже ставшее привычным патологическое состояние.

Для уточнения характера изменений высших психических функций на фоне комплексной терапии, включавшей в себя медикаментозное лечение, индивидуальную и семейную психотерапию, а также меры по социально-трудовой реадaptации пациентов, нами было предпринято изучение данных экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) в динамике у 32 пациентов 3-й группы в начале работы и через 2 года.

У всех пациентов в той или иной степени выявлялось повышение выразительности мимических и пантомимических проявлений, их экспрессивная насыщенность и синтонность происходящему.

Продуктивность непосредственного запоминания 10 слов увеличилась с 8,45 до 9,17. В исследовании опосредованного запоминания процент правильного воспроизведения увеличился с 64,8% до 81,2%; пиктограммы становились менее лаконичны, схематичны и более адекватны и стандартны, что косвенно свидетельствует о регрессе нарушений мотивационной сферы.

На диаграмме 4 приведены данные исследования способности к долговременной концентрации актив-



ного внимания (отсчет по таблицам Шульте, отраженное среднее время в секундах в зависимости от повторения).

Исходя из полученных данных, у пациентов отмечалось повышение уровня концентрации внимания и темпа сенсомоторных реакций.

У 26 из 32 пациентов были отмечены положительные изменения в сфере мышления. В операциональной сфере уменьшалось количество смысловых соскальзываний, переходя с уровня искажения на уровень неравномерности процесса обобщения с уравниванием значимости главных и второстепенных признаков предметов и понятий, отмечалось усиление категориального строя мышления. В мотивационной сфере мышления повышался потребностно-мотивационный компонент психической активности, вследствие чего отчётливо улучшалась продуктивность всех психических функций.

По данным Стандартизованного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), у 15 из 32 больных выросли показатели шкалы психопатии (противоположной шкале шизофрении), что отражало развитие компенсаторных механизмов личности, у 3 профиль стал соответствовать нормативным показателям. У всех пациентов отчётливо снизились показатели шкалы шизофрении, а также показатели по шкалам, соответствующим клинко-психопатологическому синдрому в момент начала работы. При этом следует отметить, что практически у всех пациентов полученные данные с учётом шкал достоверности расценивались как невалидные.

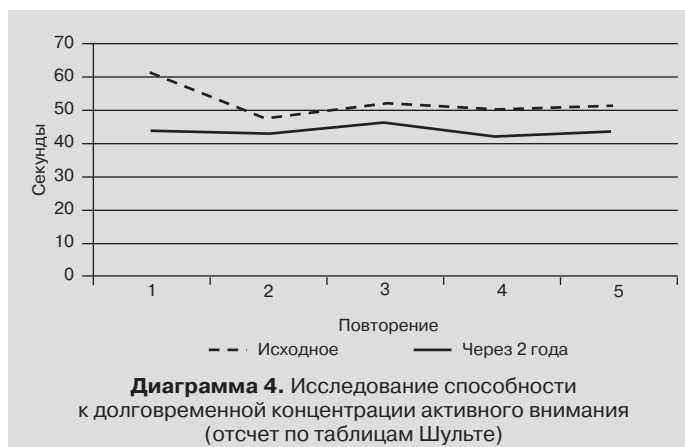


Таблица 3. Зависимость показателей качества социально-трудовой реабилитации от длительности участия в психореабилитационной программе.

Длительность работы в психореабилитационной программе	Число больных	Отсутствие необходимости в постоянном приёме психотропных препаратов	Работают или учатся	Рецидивы, потребовавшие стационаризации
Более 12 мес.	26	8 (30,8 %)	23 (88,5%)	3 (11,5%)
6–12 мес.	12	2 (16,7%)	4 (66,7%)	2 (16,7%)
3–6 мес.	15	1 (6,7%)	3 (20,0%)	5 (33,3%)
Менее 3 мес.	34	1 (2,9%)	5 (14,7%)	15 (44,1%)
Всего по группе интегративной психотерапии	87	12 (13,8%)	34 (40,2%)	25 (28,8%)
Контрольная группа	65	2(3,1%)	11 (16,9%)	45 (69,2%)
Значение коэффициента Крамера	–	0,346	0,654	0,316
χ^2 наблюдаемое	–	10.39	37.16	8.69

Таким образом, по данным ЭПИ, можно с уверенностью сказать о том, что практически всегда на фоне длительного лечения, включавшего в себя полноценную психофармакотерапию, индивидуальную и семейную психотерапию и меры по социально-трудовой адаптации пациентов 3-й группы, у них в той или иной степени отмечалась стойкая регрессия шизофренических расстройств моторики, мышления, эмоционально-волевой сферы, в то время как у больных контрольной группы отмечалось стандартное для шизофрении прогрессивное течение процесса с углублением выраженности болезни. Следует отметить, что данные ЭПИ далеко не всегда отражали динамику клинического состояния больных. Возможно, это связано с тем, что положительные изменения в состоянии во многом достигались за счёт коррекции именно личности пациентов, а стандартно используемая в ЭПИ для анализа личности методика СМЛ, как мы указывали выше, достоверных результатов у наших больных, как правило, не давала, что связано с особенностями личностного реагирования больных шизофренией (негативизм, разноплановость и т.д.).

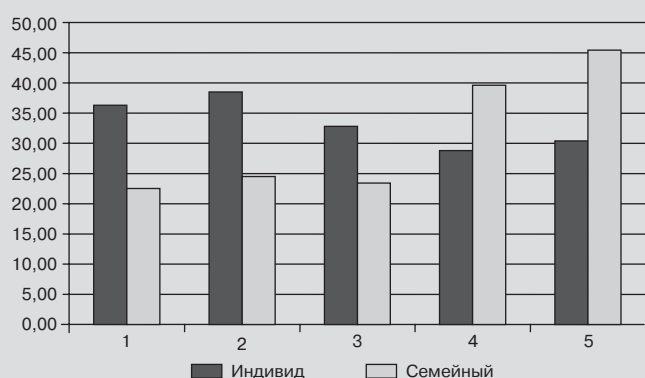
Качество социально-трудовой реабилитации является другим, не менее значимым, чем клинические данные, показателем динамики ремиссии. Оно оценивалось в 3 группе больных, получавших интегративную психотерапию через 18 мес с момента начала работы по трём параметрам: способности стабилизировать своё психическое состояние с помощью

психокоррекционных приёмов при отсутствии необходимости в постоянном приёме психотропных препаратов, возвращению пациента к работе либо учёбе и отсутствию необходимости в повторных госпитализациях в психиатрические стационары. Мы проследили зависимость этих показателей от длительности участия больных в психореабилитационной программе. Для сравнения приведены аналогичные показатели пациентов контрольной группы. Результаты отражены в таблице 3.

Таким образом, между длительностью лечения и наличием рецидивов существует слабая статистически значимая взаимосвязь, между длительностью лечения и отсутствием необходимости в постоянном приеме психотропных препаратов существует слабая статистически значимая взаимосвязь, между длительностью лечения и социальной реализацией (работают или учатся) существует заметная статистически значимая взаимосвязь. Эти данные были подтверждены исследованием коэффициента ассоциации, применяемого для исследования связи между качественными признаками. Выявлено, что между видом терапии и наличием рецидива, требующего стационаризации (значение коэффициента ассоциации составило – 0,696), между видом терапии и качеством социальной реабилитации пациентов, выражающейся в наличии учебы или работы, существует подтвержденная и статистически значимая взаимосвязь (0,518). Между видом терапии и отсутствием необходимости в постоянном приеме психотропных препаратов (0,669) существуют подтвержденные и статистически значимые взаимосвязи.

Результаты исследования соотношения индивидуального и семейного комплаенса и достигнутыми результатами лечения отражены в диаграмме 5.

Из данной диаграммы видно, что существенное значение для эффективности лечения имел комплаенс с членами семьи больного. Анализ достоверности полученных данных с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена показал, что между исходным комплаенсом самого пациента и достигнутой регрессией суммарного балла по шкале PANSS у пациентов 2 и 3 подгрупп через 18 месяцев взаимосвязь практически отсутствует (0,126). В то же время присутствует заметная статистически значимая взаимосвязь между комплаентностью членов семьи и достигнутой регрессией суммарного балла по шкале PANSS у пациентов 2 и 3 подгрупп через 18 месяцев

**Диаграмма 5.** Соотношение исходного индивидуального и семейного комплаенса и достигнутой регрессии суммарного балла по шкале PANSS у пациентов 2 и 3 подгрупп через 18 мес.

(0,634). Таким образом, наше исследование показывает малую значимость формального согласия на те или иные методы терапии амбивалентного больного шизофренией, то время как последовательное и целенаправленное, согласованное с медперсоналом поведение близких оказывается чрезвычайно важным для получения стойких положительных результатов лечения.

Обсуждение

Проведенное исследование демонстрирует, что наилучших результатов в лечении шизофрении можно добиться только при сочетанном использовании современных достижений психофармакотерапии, интегративной психотерапии и психореабилитации, что невозможно без полипрофессионального (бригадного) оказания помощи. Более того, данные катмнеза показывают, что в этом случае мы можем добиться обратного развития не только продуктивных, но и негативных расстройств. Несмотря на то, что по обычным психиатрическим критериям (большая выраженность продуктивной симптоматики, меньшая – негативной, более раннее поступление на лечение с момента развития обострения) больные контрольной группы были более перспективны, у пациентов основной группы (в особенности в 3-й подгруппе, где проводилась интегративная психотерапия) были отмечены существенно лучшие непосредственные и тем более отдалённые результаты лечения и, что не менее важно, социально-трудовой реадaptации. У больных, получавших комплексное лечение с включением интегративной психотерапии, резко (с 16,9% до 88,5%) повышается и частота возвращения пациентов к труду, существенно снижается стоимость оказания помощи за счёт уменьшения частоты регоспитализации с 69,2% до 11,5%.

Наш опыт подтверждает, что практически никогда, кроме самых мягких форм эндогенных процессов, без вовлечения в полноценную работу всех более или менее значимых членов семьи нам не удастся добиться стойких положительных результатов. Больной шизофренией, как правило, материально, эмоционально не отделен от своей семьи. Шизофрения же подобна психологическому раку, который надо удалять во всём организме в пределах здоровых тканей, и при котором попытка заниматься только основной опухолью неизбежно ведёт к краху! Необходимо сообщать об этом членам семьи в процессе психообразовательной работы так же откровенно и последовательно, как это делают онкологи. Их значительно меньше волнует то, насколько шокирующим для больного и членов его семьи будет известие о том, что у него рак, по сравнению с необходимостью донести информацию о том, какое именно вмешательство необходимо для того, чтобы пациент имел шансы на выздоровление, сколько это будет стоить и что должны сделать члены семьи для благополучного решения проблем. Если же пациент или его родственники ведут себя непоследовательно или отказываются от необходимого лечения, то квалифицированный онколог просто занимается теми, кто реально готов последовательно сражаться за своё выздоровление (или, если больной в тяжёлом состоянии, то общается с теми родственниками, которые готовы бороться за жизнь пациента), передавая некомплаентных больных под наблюдение по-

ликлиники. У нас, психиатров, огромное количество больных, которые нуждаются в нашей квалифицированной помощи, намного больше, чем специалистов, которые в состоянии эффективно помогать. И поэтому нам, квалифицированным специалистам, необходимо помнить бессмертные принципы сортировки раненых Пирогова, и в первую очередь помогать именно тем, кому возможно быстро и эффективно помочь. В современной психиатрии этот принцип мало-помалу начинает внедряться, например, открываются клиники первого эпизода с максимально интенсивным лечением. Однако в данном случае в качестве критерия отбора избираются клинические особенности самого больного (малое время болезни и острота симптоматики), которые, как показывает наш опыт, всё же не настолько важны, как организованность, дисциплина и чёткость действий членов семьи пациента. Именно характеристики семейной системы (объектные отношения) и ответственность больного и членов его семьи, как показал ещё Кернберг (6), являются решающими обстоятельствами, позволяющими достичь оптимальных результатов. В нашей работе также было выявлено, что результат во многом зависит от вовлечения в работу именно членов семьи больного, и что комплаенс с больным на ранних этапах лечения, достижение которого является часто весьма затруднительным, в случае оказания помощи с опорой на членов семьи оказывается не столь важным. Только индивидуальная психотерапия, проводимая с больными шизофренией, оказывается наиболее эффективной лишь на первых этапах работы, и стойкие изменения при ней формируются лишь на срок около полугода, после чего болезнь продолжает прогрессировать. В случае вовлечения в длительную (не менее полугода, а лучше год и более) психотерапевтическую работу всех членов семьи этого не происходит, и регрессия продуктивной и негативной симптоматики продолжается и после 18 месяцев. Также необходимо помнить, что результаты психореабилитационной терапии, какой бы активной она не была, продолжающейся менее полугода, оказываются недостаточно стойкими – в этих случаях вскоре снова начинается прогрессирование заболевания, и отдалённые результаты постепенно начинают приближаться к показателям контрольной группы.

Хотелось бы также в связи с этим отметить, что психотерапевтические методики, пригодные для лечения невротиков, не срабатывают у пациентов с тяжёлыми психическими заболеваниями (4, 6, 16). Если в невротических случаях наилучшие результаты достигаются при воздействии именно на пациента, то при тяжёлых расстройствах эффективнее оказывается воздействие на контекст жизненной ситуации, на окружение больного. Хирург не начнёт оперировать, пока в операционной не наведён порядок и не созданы асептические условия. Ту же роль в психиатрии играет чёткая регламентация жизни людей, личность которых не готова эффективно реагировать на постоянно меняющиеся условия быденной жизни, проявления двойственности в общении с окружающими. Безусловно, среди больных шизофренией существуют пациенты с мягкими, неврозоподобными формами, и в их лечении основную роль играет именно индивидуальная психотерапия, зачастую прямо направленная на сепарацию от родительской семьи и начало самостоятельной жизни.

Такие пациенты часто осознанно относятся к необходимости длительной психотерапевтической работы, готовы к принятию на себя ответственности за свою судьбу и даже нередко настаивают на том, чтобы работа производилась без включения в нее других членов семьи. Мы обычно соглашаемся на это при условии заключения психотерапевтического контракта не менее чем на полгода, и что чисто индивидуальная работа проводится только при условии её эффективности, а в ближайшие, чётко оговоренные сроки, пациент должен начать либо учиться, либо работать полный день. Мы заранее оговариваем, что если в её процессе возникнут непреодолимые трудности, то психотерапевт вправе поставить вопрос о вовлечении в психотерапевтический процесс других членов семьи.

К сожалению, огромное большинство больных шизофренией из-за характерных для этого заболевания мотивационных нарушений к подобному стилю работы не готово. Поэтому процесс психосоциальной терапии у них требует обязательного подключения семейной системы, работы полипрофессиональной бригады (12,16).

Наиболее «узким» местом в лечении шизофрении являются именно негативные расстройства, проявляющиеся в мотивационных нарушениях, нейрокогнитивном дефиците, неспособности к распознаванию своих и чужих эмоций и проблемно-решающему поведению, отсутствию осознания своей болезни. Каждый из элементов предложенной нами системы реабилитации является необходимым для коррекции. Эффективная биологическая терапия направлена на коррекцию медиаторных, токсических и аутоиммунных расстройств, приводящих к специфической шизофренической ранимости личности и развитию психозов. Кроме того, биологическая терапия приводит к ограничению способности пациента поддерживать прежний стиль внутрисемейного реагирования, что также создаёт условия для изменения характера внутрисемейных отношений и поиска больным новых возможностей для реализации себя во внешнем мире. Визуализация образов (8) является как бы нейрокогнитивным тренингом, обучающим больных мыслить последовательно и использовать в образах методики проблемно-решающего поведения, которые затем они могут использовать и в жизни. Психосообразование и когнитивно-поведенческая терапия также помогают развивать навыки совладания со сложными ситуациями в реальной жизни; кроме того, они способствуют восстановлению критического отношения к болезни, что резко улучшает результаты терапии. Семейная терапия позволяет весьма эффективно работать с мотивационными нарушениями и алекситимией, при этом первичный этап управляемой дестабилизации семейной системы способствует разрушению устойчивого патологического состояния психики больного, тесно связанной с эмоциональным состоянием родственников. Кроме того, как неоднократно отмечалась (11,12,19) сама по себе способность родственников спокойно и уверенно, без грубости, ненависти и страха справиться с неадекватным поведением психически больного пусть даже с применением мер физического стеснения, вызывает у пациента чувство безопасности реальности, в которой он функционирует, способствуя тем самым стабилизации эмоционального состояния. Продол-

жавшаяся далее трансформация семейной системы, сопровождавшаяся повышением эффективности функционирования всех её членов, подкреплённая директивами, основанными на терапии тяжёлым испытанием по Хейли (16,19), позитивной коннотации или парадоксальной интенции, делала невозможным возврат к прежним стереотипам реагирования как больного, так и других членов семьи. Это, в свою очередь, давало возможность достижения выраженных и стойких положительных результатов лечения.

Выводы:

1. Основными стратегиями в реабилитации шизофрении являются:

- создание в микросоциальном окружении пациента стройной иерархической структуры с чётко прописанными правами и обязанностями всех её членов, ответственностью за невыполнение своих обязанностей и главой, способным обеспечивать соблюдение всех этих законов. В такой структуре не остаётся места для неопределённости отношений;
- эффективная биологическая терапия, направленная на коррекцию медиаторных, токсических и аутоиммунных расстройств, приводящих к специфической шизофренической ранимости личности и развитию психозов. Кроме того, биологическая терапия приводит к ограничению способности пациента поддерживать прежний стиль внутрисемейного реагирования, что также создаёт условия для изменения характера внутрисемейных отношений и поиска больным новых возможностей для реализации себя во внешнем мире;
- индивидуальная психотерапия, включающая в себя когнитивно-поведенческую психотерапию, и, как возможные дополнительные элементы – тренировку когнитивных функций и работу с визуализацией образов в гипнотическом трансе. Целями индивидуальной терапии является обучение пациента сначала с помощью психотерапевта, а потом и самостоятельно стабилизировать своё психическое состояние и учиться успешно справляться с жизненными проблемами;
- психообразование, проводимое как с самим пациентом, так и с членами его семьи, и социально-трудовая реабилитация.

2. Успех в работе с больными шизофренией напрямую зависит от активности участия и заинтересованности в оказании помощи членов семьи больного, а также от способности психотерапевта успешно корректировать патологические формы семейного взаимодействия, для чего возможно использовать директивный подход стратегической семейной терапии.

3. Длительность работы в программе психосоциальной терапии не должна быть менее 6 месяцев (оптимально – год и более).

4. При длительности проведения комплексной психосоциальной терапии более года с 16,9% до 88,5% повышается частота возвращения пациентов к труду, с 69,2% до 11,5% снижается частота регоспитализации.

5. Самой важной психотерапевтической составляющей реабилитационного процесса при шизофрении является именно семейная психотерапия, справедливо рассматриваемая многими специалистами как ключ к успеху в лечении шизофрении. Без

её использования, как и при отсутствии регулярной психофармакотерапии, в большинстве случаев прогрессирование болезни через некоторое время вновь возобновляется. Однако и другие составляющие (гипнотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, инициационная терапия, терапия творческим

самовыражением) тоже важны, так как от проведения их зависит качество ремиссии болезни.

6. Эффективное лечение шизофрении невозможно без согласованных действий чётко иерархически выстроенной полипрофессиональной врачебной бригады.

Литература

1. Беляев Б.С. Особенности преморбидных свойств личности больных параноидной шизофренией // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. – М., 1982. – С. 41–44.
2. Бовин, Р.Я. О клинических эффектах нейролептиков. – Журн. невропатол. и психиат. – 1984. – № 3. – С. 413–418.
3. Бурковский Г.В., Коробельников К.В., Пинк Э. Преморбидная структура личности больных шизофренией и особенности клинической картины заболевания // Реабилитация больных психозами. – Л., 1981. – С. 76–87.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб., «Питер», 2001.
5. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией. – Журн. невропатол. и психиат. – 1985. – № 12. – С. 1813–1819.
6. Кернберг О.Ф. Тяжёлые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 464 с.
7. Ледер С. Психотерапия в медицине на современном этапе развития // Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. – Л., 1988. – С. 13–18.
8. Мадорский В.В. Использование проективной гипнотерапии в проработке нарциссической ярости при шизофрении. XV съезд психиатров России. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 313.
9. Мадорский В.В. Практическая психотерапия шизофрении. – Ростов н/Д, ООО «Донской Издательский Дом», 2011. – 344 с.
10. 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.
11. Недува, А.А. Типология резистентных к терапии состояний больных шизофренией. – Журн. невропатол. и психиат. – 1986. – № 3. – С. 424–428.
12. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство (под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера) – М., ИД «МЕДПРАКТИКА-М», – 2007. – 260 с.
13. Руководство по психиатрии. Под ред. академика А.В. Снежневского. М., Медицина, – 1983.
14. Саарма, Ю.М. Биологические и социальные факторы в саноогенезе психически больных // Вопросы методологии в психиатрии (материалы симпозиума). – М., 1984. – С. 93–98.
15. Свердлов Л.С. К проблеме компенсации при шизофрении // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – С. 47–54.
16. Хейли, Джей. Терапия тяжёлым испытанием. Необычные способы менять поведение. М., Независимая фирма «Класс», 1998.
17. Diamond, R. Drugs and the quality of life: the patients point of view // J. Clin. Psychiat. – 1985. – N. 5 (sec. 2). – P. 29–35.
18. Fenton W., McGlashan T. Sustained remission in drugfree schizophrenic patients // Am. J. Psychiat. – 1987. – N. 144. – P. 1306–1309.
19. Haley, Jay. Strategies of therapy. N.Y., Triangle Press, 1990.
20. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Rating Manual // New York – 1986.
21. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: experience in the United Kingdom // J. Clin. Psychiat. – 1984. – N. 5 (sec. 2). – P. 43–49.

Анонс

К 50-летию юбилею отдела терапии психических заболеваний Московского НИИ психиатрии Минздрава под редакцией профессора С.Н. Мосолова вышел в свет очередной сборник оригинальных работ «Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике)». Освещаются теоретические и практические аспекты применения новых медикаментозных и нелекарственных методов лечения психических расстройств. Особое внимание уделяется систематическому анализу данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), отвечающих требованиям доказательной медицины, с целью обобщения этих сведений в виде конкретных клинических рекомендаций, терапевтических алгоритмов и практических советов по ведению отдельных категорий психически больных. Из этих же практических соображений по каждому психофармакологическому классу приводятся клинико-биологические классификации, современные научные данные по фармакодинамике и фармакокинетике препаратов.

Книга содержит несколько глав по терапии основных психических заболеваний, включая шизофрению, рекуррентную депрессию, биполярное аффективное расстройство, тревожные расстройства, а также главы по резистентности и интолерантности к психофармакотерапии и по нелекарственным методам терапии. Последняя целиком посвящена современным методам стимуляции мозга – электросудорожной терапии и транскраниальной магнитной стимуляции. Каждую главу предваряет обзорная статья по проблеме с приведением данных систематических обзоров (мета-анализов) и имеющихся в доступной литературе РКИ. В ней также даются необходимые сведения по основным группам применяемых при этом заболеваниях психотропных препаратов. В каждом разделе приводятся также результаты собственных терапевтических исследований по оценке сравнительной эффективности и переносимости новых лекарственных средств и методов лечения на различных этапах терапии.

Книга предназначена прежде всего для практических врачей-психиатров, но также будет интересна научным сотрудникам, преподавателям ВУЗов, неврологам, фармакологам и врачам других специальностей.

Книгу можно приобрести в интернет-магазине. Электронный адрес: <http://www.mbookshop.ru>.

Редакция

