

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СОСТАВЛЕНИЮ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Харьковский национальный медицинский университет

Рассмотрено влияние терапии антипсихотиками второго поколения на качество жизни больных параноидной шизофренией с абдоминальным ожирением. Для коррекции психологически нежелательных эффектов выбранной терапии предложено использование психообразовательной программы, сформированной с учетом особенностей составляющих качества жизни и социальной адаптации, в том числе отрицательно влияющих на комплаентность больных. Результаты исследования показали эффективность психообразовательной программы, разработанной с учетом особенностей качества жизни и реадaptации пациенток с параноидной шизофренией и сопутствующим абдоминальным ожирением.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, абдоминальное ожирение, психообразовательная программа.

Параноидная шизофрения (ПШ) занимает центральное место среди психической патологии не только по тяжести проявления симптоматики, но и по последствиям, в том числе социальным, для конкретного пациента и для общества в целом [1, 2].

Несмотря на приверженность врачей к атипичным антипсихотическим препаратам как более приемлемым для лечения шизофрении в настоящее время, их побочные эффекты значимо снижают качество жизни больных. Одним из нежелательных действий этих препаратов является абдоминальное ожирение, которое у женщин нередко сопровождается субъективными тягостными ощущениями, сниженной самооценкой, что может быть основанием для недостаточного комплаенса этих больных [3–5].

В настоящее время предлагается много методик для улучшения качества жизни психически больных и борьбы с субъективно осознаваемыми побочными эффектами длительной поддерживающей терапии атипичными антипсихотиками. Среди них особое место занимает психообразование как активный, осознаваемый больными, относительно недорогостоящий метод психологической коррекции. Предложены различные методики составления модуля для психообразовательной программы, в основном формируемые по анкетам и общепринятым взглядам на недостаточность знаний больных ПШ о данном заболевании, его проявлениях и последствиях. Особенности составления психообразовательных программ для таких больных с учетом выраженности побочных эффектов поддерживающей терапии, в частности ожирения, в доступной нам литературе описаны

недостаточно, что и было основанием для проведения данной работы [6–11].

Цель исследования — изучить влияние разработанных дифференцированных психообразовательных программ на качество жизни и социальную реадaptацию женщин, больных ПШ с абдоминальным ожирением.

В исследовании приняли участие 34 пациентки с ПШ с непрерывным типом течения. Все больные находились на стационарном лечении в Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3. Критериями включения были: установленный диагноз ПШ, непрерывный тип течения; возраст 18–55 лет; прием атипичных антипсихотических препаратов не менее 1 года; наличие абдоминального ожирения.

Критерии исключения: тяжелая сопутствующая соматическая патология, лишение дееспособности; длительный прием типичных нейролептиков.

В исследовании использовались клинко-психопатологический и анамнестический методы для изучения психического статуса и характера течения болезни, методики PANSS и CGI для количественной оценки выраженности психопатологических симптомов течения заболевания, шкалы SF-36, PSP, EQ-5D для оценки качества жизни и уровня социальной адаптации обследуемого контингента, TSQM и метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии для изучения комплаентности и приверженности больных терапии.

Все больные на первом этапе обследования соответствовали тяжелому психическому расстройству, характерному для периода обострения основного заболевания, что подтверждено

клинико-психопатологическим методом и результатами оценки по шкалам PANSS и CGI. На этом этапе у больных также определялся низкий уровень качества жизни и социальной адаптации, что отражено в результатах методик SF-36, PSP, EQ-5D.

Оценка исходного уровня приверженности терапии пациенток по методу прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии показала наличие его низкого уровня (29,9±2,6 балла) в основном за счет недостаточно осознанного отношения к медикации (16,3±1,8 балла) и факторов, связанных с пациентом (7,1±0,8 балла). В меньшей степени на комплайенс влияли факторы, связанные с близкими (4,3±0,3 балла), врачом (2,3±0,3 балла). Данный вывод также подтверждают результаты использования шкалы TSQM, а именно — недостаточная субъективная осознаваемая эффективность терапии (47,8±2,5 балла), удобства (52,1±2,5 балла) и общая удовлетворенность лечением (42,9±2,8 балла), наличие побочных действий (77,9±2,0 балла).

У обследованных пациенток выявлен низкий уровень самооценки качества жизни по шкале SF-36, прежде всего за счет факторов общего здоровья (GH) — 17,5±0,3 балла и эмоционального функционирования (RE) — 3,9±0,2 балла. Больные также имели низкий уровень социального функционирования (38,2±2,5 балла по методике PSP и 10,8±0,3 балла по методике EQ-5D).

Все больные приняли участие в психообразовательной программе, проводившейся в закрытых группах по 6–7 человек. Каждое занятие длилось 45 мин. Структура занятия включала теоретическую часть, состоявшую из пассивного усвоения информации, последующее двустороннее обсуждение и формирование когнитивного навыка.

Теоретическая нагрузка модуля была составлена в соответствии с исходными данными психометрических методик, полученных при предварительном исследовании выбранного контингента.

В ходе проведения комплайенс-ориентированной части модуля больным была предоставлена информация о принимаемых медикаментах, их основных и побочных эффектах. Делался акцент на том, что имеющиеся побочные эффекты атипичных антипсихотиков значительно отличаются от таковых у типичных препаратов, а их положительные эффекты превосходят таковые у препаратов I поколения. Была подробно изложена информация о необходимости регулярного приема препаратов и важности постоянной их концентрации в плазме крови.

При обсуждении основного побочного эффекта — абдоминального ожирения — пациенткам была предоставлена информация о его распространенности, клинических типах и основном патогенетическом механизме развития (положительный энергетический баланс).

С целью улучшения качества жизни отдельным блоком обсуждались составляющие ролевого функционирования и субъективно осознаваемых составляющих общего здоровья.

На втором этапе работы, после проведения психообразовательных занятий, больные были повторно обследованы с использованием вышеуказанных психометрических шкал. Была выявлена значимая динамика показателей PANSS: снижение интенсивности позитивных симптомов (с 28,7±1,0 до 18,3±2,1 балла, $p < 0,001$), общих симптомов (с 55,8±1,9 до 42±2,2 балла, $p < 0,001$), тогда как выраженность негативных симптомов снизилась недостоверно (с 31,8±1,1 до 28,9±2,7 балла). Оценка психического состояния по методике общего клинического впечатления CGI также показала некоторое улучшение. Так, в исходном состоянии усредненный показатель общего клинического впечатления среди обследованных пациенток составил 5,9±0,1 балла, после проведения психообразовательных программ он снизился до 4,3±1,9 балла.

Оценка качества жизни пациенток по методике SF-36 до и после проведения психообразовательных программ

Шкала	Исходное состояние	После проведения психообразовательных программ
Физическое функционирование (PF)	23,9±0,8	24,7±1,3
Жизнеспособность (VT)	16,4±0,4	17,0±0,2
Психологическое здоровье (MH)	22,4±0,5	23,5±1,4
Эмоциональное функционирование (RE)	3,9±0,2	5,2±0,8, $p < 0,001$
Ролевое (физическое) функционирование (RP)	5,5±0,3	6,5±0,9
Социальное функционирование (SF)	5,2±1,3	6,1±0,2
Общее здоровье (GH)	17,5±0,3	19,3±0,9, $p < 0,05$
Боль (P)	3,8±0,5	2,3±0,6, $p < 0,05$

Нами был проведен анализ динамики самооценки качества жизни пациенток с использованием методики SF-36 (таблица).

Все больные отметили повышение качества жизни по результатам самооценки по сравнению с исходным состоянием. Данные изменения обусловлены нормализацией общего психического, эмоционального, ролевого, социального показателей и их опосредованного влияния на показатели здоровья, субъективно осознаваемой боли как на социальную составляющую болезни. **В то же время** показатели физического функционирования и жизнеспособности как биологические составляющие основного патологического процесса не претерпели значимых изменений.

Отсутствие динамики подшкалы жизнеспособности и **физического функционирования** свидетельствует о том, что, несмотря на субъективно ощущаемое благополучие, зависящее от эмоций и общего психического состояния, не меняется самооценка показателей конкретных физических нагрузок, обусловленных наличием ожирения и присутствовавших витальных эмоций, связанных с основным заболеванием, поскольку они являются биологической составляющей патологического процесса.

Необходимо отметить, что психообразование как психологическая составляющая комплексного лечения пациенток с ПШ **показала свою эффективность** в работе по улучшению качества жизни данной категории больных.

Общее значение социального функционирования по шкале PSP возросло с $38,2 \pm 2,5$ до $64,7 \pm 2,2$ балла, $p < 0,001$. Динамика данного показателя обусловлена улучшением самообслуживания, личностных и **социальных взаимоотношений**. Показатели социально полезной деятельности и уровня агрессивности в поведении не претерпели значимой динамики. Это прежде всего обусловлено исходным невысоким уровнем агрессивности **в поведении; в то же время** социально полезная деятельность, такая, как учеба и работа, была по-прежнему ограничена в выбранном контингенте наличием абдоминального ожирения и **значительной выраженностью дефицитарной психосимптоматики**.

Аналогичная динамика, но менее выраженная, прослеживается по методике EQ-5D, показатель которой недостоверно возрос с $10,8 \pm 0,3$ до $11,7 \pm 0,9$ балла.

Отмечается также положительная динамика в **приверженности терапии** больных, обусловленная комплаенс-ориентированной составляющей модуля психообразовательной программы. По составляющим шкалы TSQM эффективность терапии достоверно возросла с $47,8 \pm 2,5$ до $76,4 \pm 0,3$

балла, $p < 0,001$. Общая удовлетворенность лечением также улучшилась с $42,9 \pm 2,8$ до $54,5 \pm 1,1$ балла, $p < 0,01$. Также было выявлено снижение показателя субъективно осознаваемой тяжести побочных действий $77,9 \pm 2,0$ до $64,4 \pm 1,2$ балла, $p < 0,01$. Это свидетельствует об улучшении самооценки состояния больных и опосредованно ведет к их большей приверженности терапии.

Оценка комплаентности пациенток с использованием метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии **показала возрастание** данного показателя с $29,9 \pm 2,6$ до $38,9 \pm 0,7$ балла, $p < 0,001$. Положительная динамика суммарного составляющего комплаенса обусловлена улучшением таких составляющих, как отношение больных к **медикации с $16,3 \pm 1,8$ до $22,4 \pm 0,7$ балла**, $p < 0,05$, а также значения факторов, связанных с пациентом, возросших с $7,3 \pm 0,8$ до $9,2 \pm 0,6$ балла, $p < 0,001$.

Таким образом, результаты исследования позволили сделать следующие выводы.

Дифференцированный подход к составлению модуля для психообразовательной программы для больных ПШ и **абдоминальным ожирением** показал свою эффективность.

Больные ПШ с непрерывным типом течения и сопутствующим абдоминальным ожирением отмечают снижение качества жизни, социальной адаптации и комплаентности, обусловленные основным побочным действием поддерживающей антипсихотикотерапии атипичными препаратами — абдоминальным ожирением. Этот нежелательный эффект — основной неблагоприятный фактор, затрудняющий психическую и **социальную** реабилитацию данного контингента больных после периода активного психоза и являющийся базисом формирования составляющих неудовлетворительного качества жизни, таких как ролевое функционирование и общее здоровье, что, в свою очередь, обуславливает снижение ресоциализации и комплаентности больных.

Обозначенные факторы являются субъективно осознаваемыми и **психологически обусловленными**, что делает их мишенью для социо-психологического (психообразовательного) вмешательства.

Литература

1. *Данилов Д. С.* Современные методы оптимизации терапевтического сотрудничества врача и больного при лечении шизофрении / Д. С. Данилов // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — № 108 (4). — С. 99–104.
2. *Марута Н. А.* Использование интегративного показателя качества жизни **в диагностике, терапии и реабилитации** больных шизофренией /

- Н. А. Марута // Арх. психиатрии.— 2004.— Т. 10, вып. 2 (37).— С. 4–9.
3. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 4 (65).— С. 39–47.
 4. Сінайко В. М. Корекція проявів метаболічного синдрому у хворих на параноїдну шизофренію / В. М. Сінайко, О. В. Земляніцина // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 149–150.
 5. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 10–14.
 6. Еричев А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А. Н. Еричев // Соц. и клинич. психиатрия.— 2007.— № 3.— С. 43–47.
 7. Кожина А. М. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, Г. А. Самардакова // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 130.
 8. Семенова Н. Д. Проблема образования психически больных / Н. Д. Семенова, Л. И. Сальникова // Социал. и клинич. психиатрия.— 1998.— Т. 8, № 4.— С. 30–39.
 9. Серазетдинова Л. Г. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике / Л. Г. Серазетдинова, Н. Н. Петрова, О. В. Малеванная // Обзорение психиатрии и мед. психологии.— 2012.— № 1.— С. 37–42.
 10. Dixon L. Update on family psychoeducation for schizophrenia / L. Dixon, C. Adams // Schizophr. Bull.— 2000.— Vol. 26, № 1.— P. 5–20.
 11. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature / W. R. McFarlane, L. Dixon [et al.] // J. of Marital and Family Therapy.— 2003.— Vol. 29, № 2.— P. 223–245.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО СКЛАДАННЯ ПСИХООСВІТНІХ ПРОГРАМ ДЛЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ІЗ СУПУТНІМ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Л. Д. КОРОВІНА, В. М. СІНАЙКО

Розглянуто вплив терапії антипсихотиками другого покоління на якість життя хворих на параноїдну шизофренію з абдомінальним ожирінням. Для корекції психологічно небажаних ефектів обраної терапії запропоновано використання психоосвітньої програми, сформованої з урахуванням особливостей складових якості життя та соціальної адаптації, в тому числі таких, що негативно впливають на комплаєнтність хворих. Результати дослідження показали ефективність психоосвітньої програми, розробленої з урахуванням особливостей якості життя та реадaptaції пацієнток із параноїдною шизофренією та супутнім абдомінальним ожирінням.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, абдомінальне ожиріння, психоосвітня програма.

DIFFERENTIATED APPROACH TO DRAWING PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAMS FOR WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH ACCOMPANYING ABDOMINAL OBESITY

L. D. KOROVINA, V. M. SINAYKO

The effect of the second-generation antipsychotics on the quality of life of patients with paranoid schizophrenia with abdominal obesity is featured. For correction of psychological adverse effects of the therapy it is proposed to use psychoeducational program formed with the account of constituents of the quality of life and social adaptation, including those adversely affecting compliance of the patients. The findings of the research showed the effectiveness of psychoeducational program developed considering the features of the quality of life and rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia and associated with abdominal obesity.

Key words: paranoid schizophrenia, abdominal obesity, psychoeducational program.

Поступила 03.07.2013