

УДК 616.89-008.441.44

Поддерживающее лечение: клинико-социальные характеристики пациентов



Насинник О.А.

Насинник О. А.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Резюме. Изучено 499 пациентов, госпитализированных в неотложном (принудительном) порядке. Обобщены клинико-социальные характеристики подгрупп пациентов и предложена типология пациентов по их отношению к поддерживающему лечению. Предложенная нами типология способствует проведению лечения с учетом характеристик пациента и участия близких лиц.

Ключевые слова: неотложная госпитализация, принудительная госпитализация, несоблюдение лечения, клинико-социальные характеристики, типология.

Maintenance treatment: clinical and social characteristics of patients

Nasinnik O.A.

National Medical Academy of Postgraduate Education of P.L. Shupyk

Resume. Was studied 499 patients which were hospitalized urgently (compulsory) at psychiatric hospital. Were generalized the clinical and social characteristics of subgroups of patients and proposed a typology of patients according to their relation to the maintenance treatment. Our proposed typology promotes treatment, taking into account the characteristics of the patient and the participation of close persons.

Keywords: emergency hospitalization of persons with psychiatric disorders, involuntary hospitalization, noncompliance to treatment, typologies.

Введение

Перемещение акцента оказания психиатрической помощи со стационара на внебольничную помощь происходит преимущественно «сверху» — с внедрения законодательства, направленного на защиту прав пациентов. Прежде всего, требуется осознанное согласие пациента на амбулаторную помощь или на госпитализацию. Отсутствие согласия служит основанием для стационарного лечения в принудительном порядке при наличии непосредственной опасности для себя или для окружающих или беспомощном состоянии вследствие тяжелого психического расстройства (ТПР). Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке оказывается при выявлении ТПР, вследствие которого будет причинен значительный вред своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае не оказания психиатрической помощи. Такие ситуации зачастую наблюдаются при обострениях, рецидивах психического расстройства. Несмотря на все имеющиеся недостатки психотропной терапии, она на сегодня при психических расстройствах является в большинстве случаев единственным средством (включающем психотерапию и реабилитационные программы) предотвращения, как рецидива, так и углубления дефекта, сохраняющей приемлемое для пациента качество жизни. Однако подход «снизу», а именно работа с пациентами по предотвращению их

госпитализации, хотя бы для начала, путем достижения оптимального уровня соблюдения терапевтических рекомендаций наблюдается в меньшей доле. Но без этого идея «лечения в наименее ограничительных условиях» останется только в проекте. Еще больше, чем обучение пациента, усилий следует приложить для развития навыков самопомощи у пациента в соответствии с развивающейся за рубежом в последние годы моделью «Помощи при хронических заболеваниях, в том числе психиатрических». Большинство лиц нуждается в помощи и поощрении для активного участия в самопомощи и успешного осуществления разных задач. Так называемая «поддержка самопомощи» заключается в систематическом осуществлении медицинским персоналом поддерживающих вмешательств и обучении (образования) пациента с целью повышения его навыков и уверенности в регулировании состояния здоровья, в том числе проведении регулярной оценки прогресса и проблем, постановка целей и проблемноразрешающей поддержки» [1]. В то же время, формирование навыков самопомощи у пациентов и терапевтические стратегии в отношении них должны учитывать клинические и социальные особенности пациентов и, прежде всего, мотивацию к продолжению лечения в амбулаторных условиях. В предыдущей работе нами предложена типология пациентов по их отношению к поддерживающему лечению [2].

Целью работы являлось изучение клинико-социальных особенностей подгрупп пациентов с тяжелым психическим расстройством по фактору отношения их к поддерживающему лечению и разработке соответствующих рекомендаций по улучшению соблюдения лечения.

Материал и методы исследования

Материалом исследования являлись сплошные выборки пациентов, госпитализированных в неотложном (недобровольном) порядке в Киевскую городскую клиническую психоневрологическую больницу № 1 (КГКПНБ № 1) и Житомирскую областную психиатрическую больницу № 1 (ЖОПБ № 1) — всего 499 лиц. Материал собственных клинических наблюдений с использованием оценочных шкал представлен лицами, получающими психиатрическую помощь как в добровольном, так и недобровольном порядке в КГКПНБ № 1 (253 чел., 50,7%). Пациенты из ЖОПБ № 1 изучены по медицинской документации (246 чел., 49,3%). Для реализации поставленных задач применялись следующие методы исследования: аналитико-теоретический, клинико-анамнестический, социально-демографический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. Для верификации клинических данных нами использовались исследовательские шкалы BPRS и PSAS, CGI-S и CGI-I, GAF и PSP, а также OAS.

Результаты и обсуждение

Нами в предыдущей работе были изложены теоретические и клинические предпосылки формирования типологии пациентов в отношении соблюдения рекомендаций врача, прежде всего лечебных. Было предложено четыре подгруппы пациентов:

- 1) Соконтролируемые (4,4%) — контроль лечения совместный с кем-то, чаще всего с близким человеком, с врачом.
- 2) Субконтролируемые, подконтрольные (13,8%) — состоящие под чьим-либо контролем, чаще всего контроль осуществляет член семьи. Это пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные подчиняться и способные подчиняться требованиям близких родственников или лечащего врача.
- 3) Неконтролируемые (43,3%) — лица, утратившие контроль преимущественно в результате заболевания, в том числе при его обострениях, рецидивах.
- 4) Бесконтрольные (9,0%) — в эту подгруппу входят лица с выраженными дефектными состояниями или выраженной умственной несостоятельностью, формально

утратившие компетентность, не ориентирующиеся в ситуации и своем состоянии и, основное, лишенные ухода и надзора.

Для 147 пациентов (29,5%) принадлежность к конкретной подгруппе определить не удалось, что обусловлено отсутствием достаточного срока наблюдения пациентов, чаще всего это отмечалось при первичной госпитализации или было связано с неопределенностью данных касательно их отношения к лечению.

Рассмотрим клинико-социальные особенности подгрупп пациентов по фактору отношения их к поддерживающему лечению и разработке соответствующих рекомендаций по улучшению соблюдения лечения.

Соконтролируемые — контроль лечения совместный с кем-то, чаще всего с близким человеком, с врачом), 22 чел. (4,4%). Это лица, способные контролировать свое лечение. У них отмечается осознание болезни, частичная или полная критика ко времени последней госпитализации. Эти пациенты принимают лечение аккуратно, соответственно рекомендациям. Они не склонны к аутоагрессивному поведению, а также к злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ). Они в ряде случаев просят увеличить дозу препарата, готовы принимать несколько препаратов, сами интересуются лечением, подбирают себе новые препараты, просят, советуются, но быстро и отказываются от лечения, заметив несоответствие препарата своим ожиданиям. Соконтролируемые из-за внутренней неуверенности, сомнений, отсутствия готовности к приему, например, незнакомого им препарата, требуют коррекции отношения к лечению, подробных разъяснений. Они исполнительные, согласны выполнять рекомендации, но до того времени, пока есть поддержка со стороны, требуют постоянного мотивирования, стимулирования. Отказы от приема препарата звучат преимущественно от их «попечителя». При этом близкий человек обнаруживает хорошее знание переживаний пациента, его самочувствия и высказывает необходимость достижения прежнего или более лучшего уровня здоровья. В ряде случаев усматривается, что пациент принимает лечение как бы в виде одолжения, или из-за уважения к близкому человеку. При утрате критики, например, при нарастании бредовых идей отношения, отравления в сторону «попечителя», пациенты постепенно обнаруживают недоверие, они переходят к негативным формам реагирования, уклонению от приема, и наконец, сопротивляются лечению. У них сравнительно с неконтролируемой и бесконтрольной подгруппами более высокий уровень образования ($p < 0,049$), и реже отмечаются отказы от лечения ($p < 0,042$).

Сравнения по имеющимся подгруппам ряда характеристик (возраста пациентов, длительности лечения, числа предыдущих госпитализаций, нозологической принадлежности) достоверных различий не обнаруживает. Данная подгруппа отличается от неконтролируемой меньшей длительностью заболевания ($Z = -2,649$, $p < 0,008$) и степенью дефекта ($Z = -2,125$, $p < 0,034$). Также меньшая длительность заболевания ($5,00 \pm 1,73$), как и длительность обострения ($3,20 \pm 1,70$) до последней госпитализации выявляются при сравнении с подгруппой неконтролируемых пациентов, соответственно $4,54 \pm 1,54$ ($Z = -2,370$, $p < 0,018$) и $4,15 \pm 1,66$ ($Z = -2,325$, $p < 0,020$). Пациенты соконтролируемой подгруппы имеют меньшие проявления по степени дефекта, в сравнение с подгруппой неконтролируемых ($Z = -2,604$, $p < 0,009$). Данная подгруппа отличается лучшими показателями, как от пациентов подгруппы субконтролируемых, по разделам шкалы PSP: социальная деятельность ($p < 0,002$), отношения с близкими ($p < 0,012$) и самообслуживание ($p < 0,027$), так и от пациентов подгруппы неконтролируемых по этим же разделам (соответственно $p < 0,004$, $p < 0,001$ и $p < 0,012$). Категории опасности по подгруппам различий не имеют, за исключением сравнения подгруппы соконтролируемых с бесконтрольными, с превалированием в последней признаков непосредственной опасности для близких ($p < 0,047$) и недифференцированной опасности ($p < 0,012$).

Субконтролируемые (подконтрольные) — состоящие под чьим-либо контролем (69 чел., 13,8%). Пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные подчиняться и способные подчиняться требованиям близких родственников или лечащего врача принимать лечение. Их относительно более высокий уровень образования отличается только от образования в подгруппе бесконтрольных ($p < 0,046$). Пациенты из данной подгруппы доставлялись в больницу в состоянии психомоторного возбуждения, фиксированными (11 чел., 44,0%). Частота физического удерживания пациентов данной подгруппы больше, чем в подгруппе соконтролируемых ($p < 0,004$) и неконтролируемых ($p < 0,009$). В зависимости от сложившихся взаимоотношений склонны к обману, утаиванию препаратов, заявляя, что они их принимают, или же могут, отвергая препарат, ссылаться на неблагоприятные, побочные эффекты лечения. Достаточно утратить внешний контроль, как нарастает отказ от лечения, они прекращают прием или указывают, что забыли принять препарат. При невозможности установить постоянный контроль во внебольничных условиях при лечении пациентов

из этой подгруппы желательно переходить на препараты пролонгированного действия.

Неконтролируемые — лица, утратившие контроль преимущественно в результате заболевания — 216 чел. (43,3%). В эту подгруппу входит большинство пациентов, страдающих шизофренией (83 чел., 85,6%) с апатико-диссоциативным дефектом (59 чел., 60,8%) в выраженной степени (46 чел., 47,4%). Это лица с выраженным снижением критики, уходящие из-под контроля или отвергающие заботу как близких, так и медработников, лекарства сами не принимают, подчиняются лишь настойчивым требованиям близких или в неотложных ситуациях, преимущественно в условиях стационара. В ряде случаев необходимо применении мер физического удерживания или изоляции, что обнаруживает различия с субконтролируемой группой ($p < 0,004$). Нарастание психотических расстройств сопровождается грубым нарушениям критики. Исследователи отмечают, что 78% лиц с агрессивным поведением и несоблюдением лечения обнаруживали такие разновидности поведения вне больницы, а утрата критики играет второстепенную роль в несоблюдении лечения [3]. Рецидивы у данной подгруппы пациентов частые в связи с несоблюдением режима лечения (более половины пациентов — 56 чел., 52,8%) поступали многократно в больницу). Длительность обострения при последнем рецидиве больше среди пациентов данной подгруппы в сравнение с подгруппой соконтролируемых ($p < 0,019$). По уровню образования некоторое превалирование обнаруживается только при сравнении с группой бесконтрольных ($p < 0,036$). У ряда пациентов еще до начала заболевания проявлялись ассоциальные тенденции. Им свойственно саморазрушающее поведение в виде злоупотребления любыми психоактивными веществами, в анамнезе повторные суицидальные намерения и нелетальные суицидальные попытки. Сравнение с подгруппой субконтролируемых выявляет преобладание ведущих причин обострения заболевания в виде отказа от приема поддерживающего лечения и злоупотребления ПАВ ($Z = -3,705$, $p < 0,001$), а также склонности к злоупотреблению алкоголем и наркотиками ($Z = -3,316$, $p < 0,001$). Следует отметить, что исследователи находят большую частоту несоблюдения лечения у лиц с коморбидной патологией [4], в особенности злоупотребления алкоголем или наркотиками [5]. Также отмечается относительно большая длительность заболевания. Все пациенты отказывались от приема поддерживающего лечения, игнорировали рекомендации участковых врачей-психиатров. Двое пациентов, принадлежащих к этой

подгруппе, находились на специальном учете (СУ), всего же среди изученных 499 лиц было 3 три человека со СУ. В приемном отделении они высказывали несогласие с госпитализацией и лечением, продолжали отказываться от лечения и в отделении, в связи с чем составляли около половины (29 чел., 42,6%) из числа принудительно госпитализированных лиц данной подгруппы. В амбулаторных условиях периоды несоблюдения лечения у них больше, чем регулярного приема, но врачу они никогда не сообщают о своем несогласии с лечением, открыто не отказываются от лечения, готовы менять препараты, просят выписать что-то из новых средств. 14 пациентам (43,8%) этой группы перед выпиской обоснованно рекомендовалась амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке (АПППП). Эти пациенты нуждаются в применении во внебольничных условиях, прежде всего в условиях АПППП, пролонгированных препаратов, как рекомендуется большинством автором в случаях уклонения пациента от лечения [6-8].

Бесконтрольные — 45 чел. (9,0%). В эту подгруппу входят лица с выраженными дефектными и дементными состояниями, формально утратившие компетентность, не ориентирующиеся в ситуации и в своем состоянии и, основное, лишены ухода и надзора. Такие пациенты госпитализируются в среднем реже ($1,30 \pm 0,40$), чем пациенты из других подгрупп. Сравнение со средней частотой госпитализаций, например, в группе бесконтрольных ($3,38 \pm 1,06$), выявляет значимые различия ($Z = -3,160$, $p < 0,002$). Стационарирование обычно связано с беспомощным состоянием пациента. Показатель общего функционирования у них до последней госпитализации и при поступлении очень низкий ($30,30 \pm 1,95$), значимо отличается от этого показателя в других подгруппах пациентов ($p < 0,001$). В процессе лечения общее функционирование значительно улучшилось в данной подгруппе, в среднем на $27,6 \pm 13,62$ баллов, и достигнутый уровень функционирования не отличается от других подгрупп пациентов. В приемном отделении большинство из изученных пациентов отказывались от стационарного лечения, однако без статистически значимых различий с другими подгруппами пациентов, и в последующем подписали согласие на дальнейшее стационарное лечение. Отсутствие решений комиссии врачей-психиатров о принудительной госпитализации связано с отсутствием признаков опасности, низкими проявлениями агрессии, в частности, агрессии к окружающим — $1,50 \pm 1,5$, в сравнение с неконтролируемой группой — $10,13 \pm 2,22$ ($Z = -2,393$, $p < 0,017$); общей оценке агрессии по шкале

OAS, соответственно $7,50 \pm 2,49$ и $17,50 \pm 2,76$ ($Z = -2,138$, $p < 0,033$); беспокойному и агрессивному поведению по шкале PSP, соответственно $3,30 \pm 0,95$ и $4,560 \pm 0,93$, $Z = -2,301$, $p < 0,021$. Однако в решении о принудительной госпитализации следует учитывать отсутствие у этих пациентов способности к принятию решения о лечении в силу беспомощного состояния. Оказание психиатрической помощи пациентам данной подгруппы должно учитывать необходимость постоянного надзора, оформления в установленном порядке опекуна и тщательное инструктирование по уходу и лечению лиц, участвующих в помощи.

Выводы

Таким образом, среди пациентов распространены несоблюдение лечения, стигматизация и боязнь психиатрической службы, что проявляется в частоте повторных госпитализаций, затягивании нелеченных обострений и несвоевременной обращаемостью за помощью, которая тогда уже часто становится принудительной. Нами предложена типология пациентов по их отношению к лечению. За основу типологии взята способность пациента к контролю своего психического состояния с учетом роли близких или значимых для пациента лиц. Определены такие подгруппы пациентов:

- 1) соконтролируемые — придерживаются рекомендаций врача-психиатра, однако нуждаются в поддержке и дополнительном мотивировании со стороны близкого лица относительно приема препаратов;
- 2) субконтролируемые — пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные и способные подчиняться требованиям близких родственников принимать рекомендуемые врачом-психиатром препараты;
- 3) неконтролируемые — пациенты, которые не считают себя нуждающимися в лечении, пренебрегают поддерживающей терапией, чаще вообще прекращают лечение в амбулаторных условиях;
- 4) бесконтрольные — лица с беспомощным состоянием, формально утратившие компетентность, не ориентируются в окружающей ситуации и, основное, лишены постоянного ухода и надзора.

Данная типология, в зависимости от клинико-социальных характеристик пациента, позволяет выбрать способы сотрудничества с пациентом (его родственниками) и улучшить соблюдение поддерживающего лечения.

Работа по улучшению соблюдения лечения должна быть целенаправленной и сфокусированной на конкретных задачах в зависимости

от принадлежности пациента к той или иной группе. В группе соконтролируемых необходимо разделенное (совместное) согласие на прием препарата с детальными разъяснениями сущности страдания и действия психотропного препарата. Такие же подробные разъяснения потребуются для значимых лиц пациентов из группы субконтролируемых. Конечно, все пациенты будут нуждаться в их осознанном согласии на лечение, детальном разъяснении о сущности их страдания и необходимости поддерживающего лечения, но объемы предоставляемой информации будут связаны с их способностями по ее пониманию и усвоению.

Пациенты из неконтролируемой группы требуют особого внимания лечащих врачей, разработки стратегий преодоления негативно-го отношения к службе, наращивания критических способностей, модификации способов

введения препарата с предпочтением пролонгированных препаратов, а также целенаправленных разъяснительной и обучающей методик. Особый риск будут составлять пациенты из бесконтрольной группы, лишенные социальной поддержки, что в ряде случаев потребует организации опекуна и обучения опекунов навыкам работы с пациентами, в том числе по соблюдению ими лечения.

Предложенная нами типология способствует проведению лечения с учетом характеристик пациента и содействия близких лиц, а также улучшению работы лечащего врача в виде налаживания терапевтического контакта и предъявления адекватных разъяснений пациенту и его близким. Кроме того типология значима для адекватных рекомендаций стационара относительно оформления амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке.

Литература

1. Patient Self-Management Support Programs: An Evaluation. Final Contract Report. AHRQ Publication No. 08-0011, November 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville // <http://www.ahrq.gov/qual/ptmgmt>.
2. Насинник О. А. Несоблюдение поддерживающего лечения / О. А. Насинник // Психічне здоров'я. — 2014. — № 4 (45). — С.32–38.
3. Alia-Klein N. Insight Into Illness and Adherence to Psychotropic Medications are Separately Associated With Violence Severity in a Forensic Sample / N. Alia-Klein, Th. M. O'Rourke, R. Z. Goldstein [et al.] // Aggressive Behavior. — 2007. — Vol. 33, № 1. — P. 86–96.
4. Mahmood K. T. Adherence to Drug Therapy In Psychiatric Patients / K.T. Mahmood, N. Khalid, Z. Makhdom // Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. — 2010. — Vol. 2, № 11. — P. 700–703.
5. Hill M. Nonadherence to Medication Four Years After a First Episode of Psychosis and Associated Risk Factors / M. Hill, N. Crumlish, P. Whitty [et al.] // Psychiatric Services. — 2010. — Vol. 61, № 2. — P.189–192.
6. Taylor D. Psychopharmacology and adverse effects of antipsychotic long-acting injections: a review / D. Taylor // British Journal of Psychiatry. — 2009. — Vol. 195, № 52. — P.13–19.
7. Kane J. M. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections / J. M. Kane, C. Garcia-Ribera // British Journal of Psychiatry. — 2009. — Vol. 195, № 52. — P. 63–67.
8. Patel M. X. Increased use of antipsychotic long-acting injections with community treatment orders / M. X. Patel, J. Matonhodze, M. K. Baig [et al.] // Therapeutic Advances in Psychopharmacology. — 2011. — Vol. 1, № 2. — P. 37–45.