

Н. Г. Старинець

К вопросу о депрессиях в неврологической практике

*Винницкий государственный медицинский университет
им. М. И. Пирогова (г. Винница)*

За последние 20 лет отмечают распространение депрессивной симптоматики среди разных возрастных групп населения. Это увеличение потребностей в медицинском обслуживании пациентов. В отличие от депрессий среди больных общесоматической сети, клинические особенности депрессивных расстройств в неврологической практике до сих пор изучены недостаточно.

Целью этой работы было изучение и клиническое исследование депрессивных расстройств у пациентов неврологического отделения. Среди методов исследования было применено клиническое наблюдение, индивидуальное интервью, описания пациентами собственных ощущений. Для оценки депрессий применяли шкалу Бека.

По результатам исследования депрессивные расстройства отмечали в 43,8 % случаев. Легкая степень выраженности депрессии составляет 51,5 %, средняя — 14 %, тяжелая — 33,6 %. Наличие депрессивных расстройств зависело от пола, но не зависело от места жительства пациента. Была установлена зависимость определенных депрессивных расстройств от неврологической патологии (нозологии).

N. G. Starynets

Depressions in neurology revised

*Vinnitsya State Medical University
(Vinnitsya)*

Growing extension of depressive symptoms has been marked in different groups of patients during the last 20 years. It causes significant increase in the patients needs in medical service. Clinical peculiarities of depressive disorders in neurology have not been studied yet as opposed to depressions in patients treated in general medical care network.

The aim of this work was to study presence of depressive disorders in patients of neurological department. The following methods of research were used: clinical observation, individual interview, patients' description of their emotions and senses. The Beck Scale was used for evaluation of depressions.

As a result, depressive disorders were diagnosed in 43.8 % of patients. 51.5 % of them were patients with mild depression, 14 % — with moderate depression, and 33.6 % — with severe depression. Depressive disorders were associated with patients' sex, but didn't depend on their residence. A clear correlation with the neurological pathology (its nosology) was defined.

УДК 616.89-008.447-036.6-056

С. Г. Ушенин, канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького, зав. отд-ем кризисных состояний ОКПБ г. Донецка
Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, Областная клиническая психиатрическая больница (г. Донецк)

**ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ НЕКОМПЛАЙЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

В настоящее время в Украине происходит кардинальная реформа основ психиатрической службы с приближением ее к современному мировым стандартам. Этот подход заключается в постепенном уменьшении коечного фонда с упором оказания стационарной помощи при острых психотических состояниях, что соответствует принципам, выработанным Всемирной психиатрической ассоциацией [1].

Зачастую дальнейшее течение заболевания во многом зависит от успешности коррекции психопатологической симптоматики при первом психотическом эпизоде (ППЭ) с созданием у больных психологической установки на лечение и реабилитацию, разработки индивидуальной тактики лечения [2]. Однако, несмотря на появление новых, высокоэффективных препаратов, обладающих минимальными побочными эффектами, авторы научных работ отмечают, что такие больные зачастую отказываются от приема медикаментов, тем самым провоцируя повторные рецидивы [3].

В связи с тем, что парадигма лечения психозов все более фокусируется не на снятии симптомов, а на предупреждении рецидивов, проблема соблюдения-несоблюдения больными дальнейшего поддерживающего лечения, или проблема комплайентности-нонкомплаентности, а также факторы и причины, способствующие согласию или отказу от терапии, в последние годы вызывают пристальный интерес многих исследователей [4—7]. Долгосрочное последовательное ведение больного при минимизации обострений и достижении максимально возможного социального

приспособления и качества жизни становится своеобразным «золотым стандартом» для психиатров.

Существует несколько концептуальных моделей комплайентности, в которых исследовательские подходы в изучении данной проблемы значительно разнятся. В частности, выделяется биомедицинская модель — с фокусированием на таких аспектах, как лечебный режим и побочные эффекты; бихевиористская модель — с акцентом на средовых влияниях и развитии поведенческих навыков; образовательная модель, центрированная на улучшении взаимоотношений между пациентом и врачом; модель популярных в обществе представлений о здоровье, основанная, в первую очередь, на рациональной оценке полезности, а также препятствий к лечению; модель саморегулирующихся систем, в рамках которых анализируются когнитивные и эмоциональные реакции на угрозу заболевания [8]. Отсутствие сопоставимости между ними вызывает вполне обоснованную критику данных моделей со стороны оппонентов.

Большинство современных медицинских исследований базируется на биомедицинской модели. Согласно ей, комплайентность-нонкомплаентность упрощенно понимается как согласие-отказ больного на лечение и выполнение врачебных рекомендаций или как «степень совпадения поведения пациента с даваемыми ему медицинскими советами» [9]. Вместе с тем, кроме согласия пациента с лечением, что больше связано с субъективным отношением больного к терапии, степенью соответствия его представлений о терапевтическом

процессе с представлениями врача, существует и важная проблема исполнения врачебных рекомендаций, которая относится больше к поведенческому аспекту функционирования пациента.

Положение усугубляется тем, что еще нет четко разработанных и стандартизированных методов оценки причин как отказа больных от лечения, так и нерегулярного его приема.

Целью настоящего исследования явилось изучение причин некомплайентного поведения пациентов с первым психотическим эпизодом на этапе их последующего амбулаторного лечения, влияния на них ряда клинических, демографических и социальных факторов.

Для этого были обследованы 46 пациентов (31 мужчина и 15 женщин), лечившихся в отделении кризисных состояний ОКПБ (г. Донецк). Критериями для включения в исследование являлся повторный психотический эпизод, развившийся в течение прошедших 12 календарных месяцев после первой госпитализации. В качестве контрольной группы были обследованы 26 пациентов (14 мужчин и 12 женщин) со стойкой ремиссией, удерживающейся более 12 календарных месяцев, которые регулярно принимали поддерживающее медикаментозное лечение. В группе с повторными обострениями «классические» нейролептики принимали 24 человека; 22 больным было назначено поддерживающее лечение атипичными антипсихотиками. В контрольной группе поддерживающее лечение «классическими» нейролептиками получали 8 человек, атипичными антипсихотиками — 18 человек.

Исследование проводилось на основании разработанного структурированного клинического интервью с больными и их родственниками. Одновременно анализировалась степень редукции психопатологической симптоматики после первого психотического эпизода (значения шкал позитивных и негативных симптомов PANSS на момент первой госпитализации больного в стационар и на момент выписки), проводилась оценка ряда демографических и психосоциальных факторов, могущих оказывать влияние на степень комплайентности пациентов.

Статистическая обработка данных проводилась в пакете «Медстат», использовались как параметрические, так и непараметрические методы; данные считались достоверными при $p < 0,05$.

Анализ полученных данных показал, что только в двух случаях (4,3 %) причиной регоспитализации не являлось нарушение больными схемы и длительности приемов препаратов. В 7 случаях (15,2 %) назначенные препараты принимались больными нерегулярно, обрывы в приеме медикаментов достигали нескольких недель с одновременной самовольной корректировкой схемы поддерживающего лечения. В остальных 37 случаях (80,4 %) больные через непродолжительное время после выписки самовольно прекращали прием медикаментов.

При этом как пациентам, так и их родственникам при выписке из стационара в той или иной степени сообщалось о необходимости приема поддерживающего лечения. Однако практически все больные (41 человек или 89,1 %) в дальнейшем отказались от амбулаторного наблюдения по месту жительства, либо осматривались психиатрами по принуждению близких родственников.

При анализе уровня социальной поддержки было отмечено, что в 67,4 % случаев больные с повторными обострениями (31 пациент) не состояли в браке, либо

находились в разводе. В контрольной группе не состояли в браке или находились в разводе 5 пациентов. Таким образом, брак являлся одним из статистически достоверных факторов ($p < 0,01$), способствующих соблюдению больными схем лечения. Кроме того, обращало на себя внимание то, что 26 пациентов (56,5 %) из основной группы воспитывались в неполных семьях. Этот показатель был выше, чем у больных контрольной группы (11 человек или 45,8 %), однако не являлся статистически достоверным.

Также было проанализировано влияние ряда других переменных на уровень комплайентности-нон-комплаентности обследуемого контингента. Среди них был возраст начала заболевания, гендерные различия, уровень и степень редукции психопатологической симптоматики. Полученные данные отражены в таблице.

Демографические и клинические характеристики пациентов с первым и повторным психотическими эпизодами

| Переменные | Основная группа | Контрольная группа |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Возраст, лет: | 23,5 ± 0,57 | 26,3 ± 0,96 |
| мужчины | 23,0 ± 0,69 | 26,6 ± 1,37 |
| женщины | 24,5 ± 1,00 | 25,9 ± 1,40 |
| Средние баллы по шкале PANSS: | | |
| на момент поступления | 38,5 ± 1,14 | 36,9 ± 1,61 |
| на момент выписки | 20,2 ± 0,80 | 19,6 ± 1,11 |

При анализе полученных данных отмечено, что среди повторно госпитализированных в стационар пациентов преобладали мужчины. Мужской пол, в сравнении с контрольной группой, достоверно чаще ($p < 0,05$) являлся фактором, предрасполагающим к некомплайентному поведению. Кроме того, обращал на себя внимание более молодой возраст лиц с повторным психотическим эпизодом по сравнению с контрольной группой как в целом, так и по гендерным категориям. В то же время отсутствовали статистически достоверные различия в возрасте больных основной и контрольной групп в целом и у женщин. У мужчин было выявлено достоверное преобладание лиц младшей возрастной категории среди повторно госпитализированных в стационар ($p < 0,05$).

Сопоставляя данные по шкалам позитивной и негативной симптоматики шкалы PANSS между пациентами с регоспитализациями и контрольной группы, мы не нашли никаких достоверных различий между значениями по обеим группам как до начала, так и после окончания лечения.

При анализе основных причин отказа от приема препаратов у больных основной группы на первом месте (27 больных или 58,7 %) стояло убеждение пациентов, что дальнейшая медикаментозная терапия в амбулаторных условиях нецелесообразна. Часть пациентов при этом высказывала опасение по поводу возможного вреда от принимаемых медикаментов, развития привыкания к ним, нарушения работы внутренних органов. Второй распространенной причиной отказа от назначенных схем лечения (18 пациентов или 39,1 %) являлось появление побочных эффектов, негативно отражающихся на повседневной жизни больных, снижающих эффективность их социальной функционирования. При этом отмечалось статистически достоверное преобладание побочных эффектов в группе больных, принимающих «классические» нейролептики

(16 человек против 2 человек, получавших атипичные антипсихотики; $p < 0,001$). Лишь в 1 случае причиной отказа являлась дороговизна препарата.

При изучении клинико-динамических особенностей течения ППЭ и его клинико-психопатологической структуры, психологических и поведенческих особенностей пациентов с повторным психотическим эпизодом нами были условно выделены 3 основных типа патологического приспособительного поведения — регрессивный, дезадаптивный и невротический. Данные формы реагирования были тесно связаны с феноменом некомплайентности, приводящим к отказу от лечения.

Поведение больных с регрессивным типом приспособительного поведения характеризовалось снижением или утратой мотивационных компонентов, целевой ориентации, снижением контактов с окружающими, наличием элементов дефицитарной симптоматики. При дезадаптивном типе приспособительного поведения у таких пациентов отмечались ригидные модели поведения, сочетающиеся с нарушениями социального функционирования и продуктивности, эксплозивными формами реагирования, злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами. Наконец, при невротическом типе приспособительного поведения у больных отмечалась высокая степень отрицания реальности с проявлением нарочитого равнодушия к заболеванию, проблемам его исхода и прогноза, то есть, феноменом «невротического отрицания».

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующие выводы.

1. В подавляющем большинстве случаев повторные госпитализации больных в стационар в течение короткого промежутка времени обусловлены некомплайентным поведением пациентов с их полным отказом от приема поддерживающего лечения, либо нерегулярным приемом медикаментозных препаратов.

2. Факторами риска некомплайентного поведения больных после выписки из стационара являлись мужской пол, более ранний возраст начала заболевания (у мужчин), одинокое проживание. В то же время не было выявлено статистически достоверных различий между некомплайентным поведением и выраженностью психопатологической симптоматики у больных с ППЭ как до начала, так и после окончания этапа стационарного лечения.

3. Отсутствовали статистически достоверные отличия в частоте прекращения поддерживающего лечения в зависимости от поколения препаратов, главным образом, из-за того, что большое количество пациентов не критично относились к самому факту наличия у себя тяжелого психического заболевания. В то же время основной причиной отказов от поддерживающей терапии из-за побочных эффектов достоверно чаще являлись «классические» нейролептики.

Проведенное нами исследование убедительно доказывает, что проблема несоблюдения рекомендаций врача на поддерживающем этапе лечения зачастую приводит к повторным рецидивам психотических состояний, что негативно отражается на течении заболевания, способствуя его дальнейшему переходу в хронические формы. Важным компонентом в профилактике обострений можно считать высокий уровень социальной поддержки больного, наличие психиатрических и психотерапевтических служб, осуществляющих мониторинг состояния пациентов на амбулаторном этапе, высокий уровень семейной поддержки. В то же время проблема некомплайентного поведения больных

с ППЭ нуждается в дальнейшем изучении с целью последующей выработки адекватных профилактических и психосоциальных мероприятий с учетом психофармакологической и психологической составляющих, разработки прицельных, индивидуализированных и компактных психотерапевтических подходов к терапии подобных пациентов.

Список литературы

1. Уорнер Р. Шизофрения и среда. — Киев: Изд-во Сфера, 2004. — 198 с.
2. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. — Т. 15, вип. 1 (50). — 2007. — С. 5—11.
3. Kikkert M., Schene A., Koeter M. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views // Schizophrenia Bulletin. — 2006 — Vol. 32 (4). — P. 786—794.
4. Мишиев В. Д. Проблема комплайенса в современной психиатрии // Психічне здоров'я. — 1(10). — 2006. — С. 67—69.
5. Kampman O., Laippala P., Vaananen J. et al. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis // Psychiatry Res. — 2002 — Vol. 110(1). — P. 39—48.
6. Thieda P., Beard S., Richter A. et al. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia // Psychiatric Services. — 2003 — Vol. 54. — P. 508—516.
7. De Haan L, Peters B., Dingemans P. et al. Attitudes of patients toward the first psychotic episode and the start of treatment // Schizophrenia Bulletin. — 2002. — Vol. 28(3). — P. 431—442.
8. Аведисова А. С., Бородин В. И. От некомплайенса к отказу от психофармакотерапии // Русский медицинский журнал. — Т. 7, № 6. — 2005. — С.316—319.
9. Misdrachi D. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and implications // Encephale. — Vol. 28. — 2002. — P. 266—272.

Надійшла до редакції 11.10.2007 р.

С. Г. Ушенін

Фактори, які предетермінують некомплайентний поведінці у хворих на перший психотичний епізод

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького (м. Донецьк)

Аналіз 46 випадків госпіталізації хворих із повторним психотичним епізодом у порівнянні з 26 хворими, у яких на протязі року не було повторних загострень, показав, що основною причиною погіршення психічного стану було порушення хворими схем лікування, а також відмова від продовження амбулаторного застосування лікарських засобів.

Факторами, що мають вплив на некомплайентну поведінку, є стать, молодший вік (у чоловіків), життя поза шлюбом. Основною причиною відмови от прийняття ліків є суб'єктивне переконання хворих у «непотрібності» подальшої амбулаторної терапії, а також наявність побічних ефектів (більш у хворих, які приймають «класичні» нейролептики).

S. G. Ushenin

The factors that predetermine non-compliant behavior in patients with the first psychotic episode

Donets'k State medical University named after M. Gor'ky
(Donets'k)

The analysis of 46 cases of patients with repeated psychotic episode in comparison with 26 patients without repeated aggravations during a year has shown, that a principal cause of deterioration of a condition was infringement of patients of schemes of treatment or refusal of them.

Predetermine factors non-compliant behavior was the gender, young age (at men), loneliness. A principal cause of refusal of reception of medicines was the subjective patients' belief in "uselessness" of the further out-patient therapy, and also presence of by-effects (more often at the patients accepting "classical" neuroleptics).