

К. Ю. Закаль

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

К. Ю. Закаль

Клініко-психопатологічні та психосоціальні особливості медикаментозного комплаєнса при параноїдній шизофренії

K. Yu. Zakal

Clinical-psychopathological and psychosocial characteristics of medication compliance with paranoid schizophrenia

В процессе выполнения работы было обследовано 202 пациента с непрерывным, эпизодическим и эпизодически ремитирующим (далее — ремитирующим) типами течения параноидной шизофрении (F20.0). Среди больных с различными типами течения параноидной шизофрении были выделены группы пациентов с разным уровнем медикаментозного комплаенса (с высоким медикаментозным комплаенсом и низким медикаментозным комплаенсом). Проведенное комплексное исследование позволило изучить клинические особенности высокого и низкого медикаментозного комплаенса у больных параноидной шизофренией с непрерывным, эпизодическим и ремитирующим типами течения и их основные клинико-психопатологические, индивидуально-психологические и психосоциальные предикторы. Это позволило разработать, апробировать и внедрить в психиатрическую практику систему медицинских и психосоциальных методов и технологий восстановления медикаментозного комплаенса у больных параноидной шизофренией с различными вариантами течения шизофрении.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, медикаментозный комплаєнс, типы течения шизофрении

В процесі виконання роботи було обстежено 202 пацієнти з безперервним, епізодичним і епізодично ремітуючим (далі — ремітуючим) типами перебігу параноїдної шизофренії (F20.0). Серед хворих з різними типами перебігу параноїдної шизофренії були виокремлені групи пацієнтів з різним рівнем медикаментозного комплаєнса (з високим медикаментозним комплаєнсом і низьким медикаментозним комплаєнсом). Проведене комплексне дослідження дозволило вивчити клінічні особливості високого та низького медикаментозного комплаєнса у хворих на параноїдну шизофренію з безперервним, епізодичним і ремітуючим типами перебігу й їхні основні клініко-психопатологічні, індивідуально-психологічні та психосоціальні предиктори. Це дозволило розробити, апробувати та впровадити в психіатричну практику систему медичних та психосоціальних методів і технологій відновлення медикаментозного комплаєнса у хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами перебігу шизофренії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, медикаментозний комплаєнс, типи перебігу шизофренії

In carrying out the work, 202 patients were examined with a continuous, episodic and occasional remitting (the remitting) types paranoid schizophrenia of flow (F20.0). Among patients with different types of paranoid schizophrenia flow were identified groups of patients with different levels of compliance pharmacological medication (with high compliance and low medication compliance). Conducted a comprehensive study allowed us to study the clinical features of high and low compliance level in patients with paranoid schizophrenia with a continuous, episodic, and remitting course types and their main clinical-psychopathological, individual psychological and psychosocial predictors. It is possible to develop, test and implement a system of psychiatric practice in the medical and psycho-social recovery methods and technologies of compliance drug in patients with different flow types of paranoid schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, medication compliance, flow types of schizophrenia

В последнее десятилетие существенно изменились представления о возможностях помощи пациентам с шизофренией и исходах их заболевания. Пессимистические представления о непрерывно прогрессирующем течении болезни и обязательной инвалидизации пациентов уступили место более оптимистичным прогнозам, ориентированным на восстановление социального функционирования и функциональное выздоровление [1, 3, 8, 9, 15].

В этом смысле важной проблемой улучшения исходов шизофренического процесса является эффективное лечение, в основе которого лежит приверженность пациента терапевтическому процессу. В психиатрической практике для определения приверженности к лечению используют термин «комплаєнс», который отражает соблюдение пациентом предписанных ему лечебных рекомендаций [2, 7, 11].

В научном смысле термином «комплаєнс» определяют не широкое значение (приверженность ко всем рекомендациям, включая образ жизни, хобби и прочее), а прежде всего — как приверженность к медикаментозному лечению [6, 12, 14].

Интерес к проблеме медикаментозного комплаєнса (МК) в последние годы возрос в связи с тем, что внимание

специалистов, работающих в сфере психического здоровья, становится все более сфокусированным не на регрессе симптоматики, а на предупреждении рецидивов и обусловленных ими госпитализаций [5, 10, 16].

По результатам проведенных исследований установлено, что уровень МК определяется сложным взаимодействием нескольких групп факторов, к которым принадлежат факторы, связанные с медикацией, пациентом и его отношениями с врачом и ближайшим окружением, и т. д. [5, 10, 16].

Основным параметром, обеспечивающим приверженность принятию пациентом назначенных медикаментов, является переносимость назначенных лечебных средств. Снижению комплаєнса способствуют побочные эффекты используемых антипсихотиков в виде экстрапирамидных симптомов, нейролептической дисфории, акатизии, сексуальной дисфункции и увеличении массы тела [4, 13, 17, 18].

Обобщая ранее приведенные данные, следует отметить, что нарушение медикаментозного комплаєнса ухудшает течение, прогноз и исход шизофренического процесса, а восстановление МК нуждается в определении его клинических коррелятов и индивидуально-психологических предикторов.

Целью настоящего исследования явилась разработка системы медицинских и психосоциальных технологий

улучшения МК у пациентов с шизофренией на основании изучения клинико-психопатологических и психосоциальных коррелятов и факторов нарушения МК у этих пациентов.

В работе был использован следующий комплекс методов исследования: клинико-психопатологический метод; психометрические методы (шкала оценки позитивной и негативной симптоматики PANSS, шкала оценки продуктивной психопатологической симптоматики BPRS, шкала оценки негативной симптоматики SANS, шкала глобального функционирования GAF, шкала медикаментозного комплайенса, опросник выраженности психопатологической симптоматики, шкала суицидального риска); психодиагностические методы (опросник К. Леонгарда — Г. Шмишека, методика оценки интегративного показателя качества жизни, методика определения способности к психосоциальной адаптации EAPS); методы статистической обработки полученных данных.

В процессе выполнения работы было обследовано 202 пациента с непрерывным (НТ), эпизодическим (ЭТ) и эпизодически ремитирующим (далее — ремитирующим, РТ) типами течения параноидной шизофрении (F20.0). Среди больных с различными типами течения параноидной шизофрении (ПШ) были выделены группы пациентов с разным уровнем МК (с высоким МК и низким МК):

1) 64 больных параноидной шизофренией с непрерывным течением (31 больной ПШ с НТ и высоким МК и 33 больных ПШ с НТ и низким МК);

2) 72 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением (38 больных ПШ с ЭТ и высоким МК и 34 больных ПШ с ЭТ и низким МК);

3) 66 больных параноидной шизофренией с ремитирующим течением (30 больных ПШ с РТ и высоким МК и 36 больных ПШ с РТ и низким МК). Больные с высоким МК и с низким МК составили группы сопоставления.

Полученные результаты исследований показали, что в клинико-психопатологических механизмах формирования нарушений МК у больных ПШ значительная роль принадлежит выраженности негативной симптоматики и снижению показателей социального функционирования.

Клиническими значимыми факторами МК у пациентов обследованных групп являются низкий уровень терапевтического альянса, сниженная критика к болезни, уклонение от приема лекарств, прекращение приема лекарств в анамнезе.

В группе больных ПШ с НП клиническими коррелятами низкого уровня МК были такие негативные симптомы как уплощение, ригидность аффекта и апато-абулические проявления.

Факторами нарушения МК у этих пациентов являются:

1) уклонение от приема лекарств (избегание приема, отказы) — $0,5 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$);

2) низкая заинтересованность в приеме лекарства — $0,8 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,01$);

3) самостоятельное прекращение приема лекарств в анамнезе — $1,2 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$);

4) частичная критика к болезни — $1,2 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,05$);

5) высокий уровень негативной симптоматики (уплощение и ригидность аффекта, апато-абулические расстройства) — $0,6 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,05$);

6) средне-высокая частота обострений — $0,8 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,05$);

7) низкий уровень социального функционирования (выраженное ухудшение функционирования в различных социальных сферах, таких как работа, учеба, семейные отношения, общение и т. д.) — $0,8 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,05$);

8) низкий уровень терапевтического альянса с врачом и обслуживающим медицинским персоналом — $0,7 \pm 0,1$ балла (при $p < 0,01$).

У пациентов с ПШ с ЭТ клиническими коррелятами низкого уровня МК были выраженные позитивные симптомы: недовольство сотрудничеством с врачом, враждебность, напряженность, распад мыслительных процессов.

Факторами низкого уровня МК этих пациентов были:

1) негативное отношение к принимаемым препаратам из-за ранее испытанных тягостных побочных действий и (или) отсутствия эффекта — $1,8 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,05$);

2) отрицательное отношение к ранее принимавшимся медикаментам — $0,5 \pm 0,1$ балла (при $p < 0,01$);

3) низкая оценка эффективности принимаемой комбинации препаратов — $0,6 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$);

4) частичная критика к болезни — $1,4 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,05$);

5) высокий уровень продуктивной симптоматики (снижение установки на сотрудничество с врачом, враждебность, напряженность, распад мыслительных процессов) — $0,7 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$);

6) коморбидность со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами — $0,4 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$);

7) низкий терапевтический альянс с врачом и обслуживающим медицинским персоналом (отсутствие эмпатии, доверительного, взаимопонимающего контакта и эффективного сотрудничества с медицинским персоналом, незаинтересованность больного в формировании партнерского типа взаимодействия с персоналом, сопротивление, недовольство, предубежденность и противодействие указаниям и рекомендациям врачей и т. д.) — $0,8 \pm 0,1$ балла (при $p < 0,05$).

У больных с низким уровнем МК при ПШ с РТ клинические проявления включали преобладание таких позитивных симптомов как манерность поведения, вычурность мышления, депрессивного аффекта. Отличительной характеристикой данной группы было достоверное снижение показателя глобального функционирования.

К факторам формирования низкого МК у них отмечены:

1) прием препаратов под контролем медперсонала, родственников — $1,0 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,05$);

2) меланхолическое (удрученность болезнью, неверие в выздоровление и улучшение состояния, активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей, неверие в успех лечения и т. д.), анозогнозическое (активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание проявлений болезни, отказ от обследования и лечения и т. д.) отношение к болезни — $1,3 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,01$);

3) неудовлетворенность режимом приема препаратов — $0,4 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,01$);

4) частичная критика к болезни — $1,4 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$);

5) высокий уровень продуктивной симптоматики (подозрительность, манерность, вычурность поведения, вычурность мышления) — $0,6 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$);

6) наличие суицидальных тенденций — $1,0 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$);

7) низкий уровень социального функционирования (серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах) — $0,7 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,05$).

Результаты изучения клинических особенностей высокого и низкого уровня МК у больных ПШ с непрерывным, эпизодическим и ремитирующим течением показали, что у больных ПШ с НТ основную роль в формировании низкого уровня МК больных играет негативная симптоматика, в сравнении с влиянием продуктивных и когнитивных расстройств (при $p < 0,05$). Тогда как у больных ПШ с ЭТ и РТ основную роль в формировании низкого МК больных играет продуктивная симптоматика, в сравнении с влиянием негативных и когнитивных расстройств (при $p < 0,05$).

Вычисление диагностических коэффициентов (ДК) и мер информативности Кульбака (MI) позволило выделить специфические для каждого типа течения ПШ критерии (предикторы) высокого и низкого уровня МК.

У больных ПШ с НТ основными предикторами низкого уровня МК являются (в порядке убывания информативности): уклонение от приема лекарств (ДК = 6,72, MI = 1,2); высокий уровень негативной симптоматики (ДК = 6,01, MI = 1,16); низкий уровень терапевтического альянса с медицинским персоналом (ДК = 5,29, MI = 1,02); нежелание принимать лекарства (ДК = 4,25, MI = 0,68); частичная критика к болезни (ДК = 3,99, MI = 0,58); низкий уровень социального функционирования (ДК = 3,71, MI = 0,48); самостоятельное прекращение приема лекарств в анамнезе (ДК = 3,0, MI = 0,39); высокая частота обострений (ДК = 3,53, MI = 0,36).

У больных ПШ с ЭТ основными предикторами низкого уровня МК являются (в порядке убывания информативности): низкий терапевтический альянс с медицинским персоналом (ДК = 7,47, MI = 1,35); частичная критика к болезни (ДК = 4,05, MI = 0,90); негативное отношение к принимаемым психотропным препаратам из-за ранее испытанных тягостных побочных действий и (или) отсутствия эффекта (ДК = 4,07, MI = 0,58); высокий уровень продуктивной симптоматики (ДК = 3,49, MI = 0,51); низкая оценка эффективности принимаемой комбинации препаратов (ДК = 3,79, MI = 0,49); отрицательное отношение к ранее принимавшимся медикаментам (ДК = 3,21, MI = 0,37); коморбидность со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами (ДК = 0,94, MI = 0,08).

У больных ПШ с РТ основными предикторами низкого уровня МК являются (в порядке убывания информативности): средний и выше уровень суицидальных тенденций (ДК = 5,98, MI = 1,18); неудовлетворенность режимом приема препаратов (ДК = 4,77, MI = 0,80); высокий уровень продуктивной симптоматики (ДК = 3,28, MI = 0,56); отсутствие или частичная критика к болезни (ДК = 2,77, MI = 0,45); прием препаратов под контролем медперсонала, родственников (ДК = 3,06, MI = 0,37); низкий уровень социального функционирования (ДК = 2,22, MI = 0,27).

Также в процессе проведенного исследования изучены индивидуально-психологические и психосоциальные корреляты нарушенного МК при разных типах течения шизофрении.

У больных ПШ с НТ с низким уровнем МК основными индивидуально-психологическими и психосоциальными коррелятами являются: акцентуированные

($21,7 \pm 1,4$ балла, при $p < 0,05$) аффективно-ригидные (в 51,5 % случаев, при $p < 0,05$) личностные особенности; понижено-низкий ($49,8 \pm 10,2$ балла, при $p < 0,05$) уровень способности к психосоциальной адаптации со снижением социальной адаптации и качественного функционирования в сферах «жизнедеятельность и работоспособность» ($4,2 \pm 0,7$ балла, при $p < 0,05$), «общественная и социальная жизнь» ($2,9 \pm 0,9$ балла, при $p < 0,01$), «межличностные взаимоотношения» ($3,0 \pm 1,5$ балла, при $p < 0,01$), с низкими показателями качества жизни по шкалам социоэмоциональной поддержки ($3,4 \pm 1,1$ балла, при $p < 0,01$), работоспособности ($3,3 \pm 0,8$ балла, при $p < 0,05$) и общего восприятия качества жизни ($3,5 \pm 0,7$ балла, при $p < 0,05$).

У больных ПШ с ЭТ с низким уровнем МК к основным индивидуально-психологическим и психосоциальным характеристиками отнесены: акцентуированные ($20,4 \pm 2,3$ балла, при $p < 0,05$) возбудимые (в 23,5 % случаев, при $p < 0,01$) личностные особенности; понижено-низкий ($56,9 \pm 10,1$ балла, при $p < 0,05$) уровень способности к психосоциальной адаптации, социальной адаптации и качественного функционирования в сферах «семейные взаимоотношения» ($3,2 \pm 0,8$ балла, при $p < 0,01$), «деньги и финансы» ($3,6 \pm 0,7$ балла, при $p < 0,05$) и низкий уровень показателя качества жизни по шкале личностной реализации ($3,6 \pm 1,6$ балла, при $p < 0,05$).

У больных ПШ с РТ с низким уровнем МК основными индивидуально-психологическими и психосоциальными коррелятами являются акцентуированные ($21,1 \pm 2,1$ балла, при $p > 0,5$) циклотимные (в 22,2 % случаев, при $p < 0,01$) и с тенденцией к акцентуации ($16,6 \pm 2,4$ балла, при $p < 0,05$) аффективно-экзальтированные (в 22,2 % случаев, при $p < 0,01$) личностные особенности; понижено-низкий ($49,1 \pm 10,3$ балла, при $p < 0,05$) уровень способности к психосоциальной адаптации; снижение социальной адаптации и качественного функционирования в сферах «общественная и социальная жизнь» ($3,1 \pm 0,5$ балла, при $p < 0,01$), «интерес к познанию окружающей информации» ($3,3 \pm 0,8$ балла, при $p < 0,01$); низкий показатель ($3,1 \pm 0,7$ балла, при $p < 0,01$) качества жизни по шкале духовной реализации и средне-низкие показатели по шкалам психологического благополучия ($4,2 \pm 1,0$ балла, при $p < 0,05$), работоспособности ($4,4 \pm 0,9$ балла, при $p < 0,05$) и общего восприятия качества жизни ($4,1 \pm 1,6$ балла, при $p < 0,05$).

На основании результатов проведенных исследований разработана система коррекции МК у пациентов с различными типами ПШ. Структурными компонентами этой системы являлись мероприятия, направленные на клинические особенности (фармакотерапия, психотерапия: рациональная, клиент-центрированная и арт-терапия); на индивидуально-психологические факторы (психотерапия: в тренинговых группах, интегративная и когнитивно-бихевиоральная); на коррекцию проводимой терапии (фармакотерапия: корректоры, средства нейротрофического общеукрепляющего действия и психообразование); на оптимизацию медицинской помощи (повышение её доступности) и социальных факторов МК (коррекция отношений в семье и социальное консультирование).

Результаты апробации разработанной системы коррекции МК свидетельствуют о высокой её эффективности по сравнению с традиционно используемыми средствами.

Список літератури

1. Абрамов, В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Психосоціальна реабілітація больных шизофренією. Донецк : Каштан, 2009. 584с.
2. Банщикова, Ф. Р. Комплаєнс в психіатрії: реальність і перспективи // Обозрение психіатрії і медичинської психології. 2006. Т. 3, № 4. С. 60—68.
3. Гунович, И. Я., Папушев О. О. Дифференціація підходів к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренією і расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Соціальная и клиническая психіатрія. 2015. Т. 25(2). С. 9—18.
4. Данилов, Д. С., Тювина Н. А., Морозов В. Д. Терапевтическое сотрудничество (комплаєнс) при шизофрениі и психофармакотерапевтические методы повышения его качества // Российский психіатрический журнал. 2013. № 2. С. 64—71.
5. Лесная, Н. Н. Особенности комплаєнса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции : дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук : 19.00.04 / Лесная Наталья Николаевна. Харьков, 2010. 154 с.
6. Лутова, Н. Б. Комплаєнс и психопатологическая симптоматика // Обозрение психіатрії і медичинської психології. 2012. № 3. С. 59—64.
7. Лутова, Н. Б. Структура комплаєнса у больных с эндогенными психическими расстройствами : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.06, 19.00.04 / Лутова Наталья Борисовна. СПб., 2013. 49 с.
8. Марута, Н. А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии // Здоров'я України. 2014. № 2 (29). С. 42—43.
9. Методичний комплекс оцінки екзистенційно-особистісного відновлення хворих з першим психотичним епізодом : методичні рекомендації / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [та ін.] Київ ; Донецьк, 2013. 38 с.
10. Комплаєнс хворих на алкогольну залежність: психологічні чинники формування, типологія, система психокорекції : методичні рекомендації / Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінко, Н. М. Лісна. Харків, 2012. 24 с.
11. Ряполова, Т. Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 / Т. Л. Ряполова ; ДУ ІНПН АМН України. Харків, 2010. 35 с.
12. Шестопалова, Л. Ф., Лесная Н. Н. Уровни и типы комплаєнса больных с алкогольной зависимостью // Журнал психіатрії і медичинської психології. 2010. № 1—2(24—25). С. 68—74.
13. Barkhof E., Meijer C. J., de Sonnevill L. M. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia — a review of the past decade // Eur. Psychiatry. 2012. Vol. 27. P. 9—18.
14. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia / M. Dibonaventura, S. Gabriel, L. Dupclay [et al.] // BMC Psychiatry. 2012. Vol. 12. P. 20.
15. EPA guidance on the quality of mental health services / W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen [et al.] // Eur. Psychiatry. 2012. Vol. 27(2). P. 87—113.
16. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia / S. Galderisi, A. Mucci, I. Bitter [et al.] // Trial Eur. Neuropsychopharmacol. 2013. Vol. 23(3). P. 196—204.
17. Kane J. M., Kishimoto T., Correll C. U. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies // World Psychiatry. 2013. Vol. 12(3). P. 216—226.
18. Olvares, J. Psychiatrist's awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East, and Africa // Patient Prefer Adherence. 2013. № 7. P. 121—132.

Надійшла до редакції 26.10.2016

ЗАКАЛЬ Катерина Юрьевна, научный сотрудник Государственного учреждения «Институт неврологии, психіатрії і наркології Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: mscience@ukr.net

ZAKAL Kateryna, Researcher of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net