

УДК 616.892-082-085

В. С. Білоус

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ У ПРОДРОМАЛЬНУ СТАДІЮ ПСИХОЗУ

В. С. Білоус

Эффективность раннего вмешательства в продромальную стадию психоза

V. S. Bilous

An efficacy of the early intervention in the prodromal stage of psychosis

У роботі наведена програма раннього втручання у продромальну стадію психозу, яка розроблена на ґрунті клініко-психопатологічних та психодіагностичних досліджень.

Програма включає етапи діагностики, активного втручання та підтримувальних впливів.

Базовими методами є фармакотерапія (нейролептики, антидепресанти, засоби загальнозміцнювальної дії), психотерапія (когнітивно-поведінкова, терапія мистецтвом і творчим самовираженням, клієнт-центрована та сімейна психотерапія), соціально-середовищний та соціально-побутовий супровід.

Зіставлення отриманих результатів з результатами традиційного лікування свідчить про вищу ефективність розробленої програми та перспективність її впровадження.

Ключові слова: продромальна стадія психозу, раннє втручання, клініко-психопатологічні та психодіагностичні дослідження

В работе представлена программа раннего вмешательства в продромальную стадию психоза, которая разработана на основе клинико-психопатологических и психодиагностических исследований.

Программа включает этапы диагностики, активного вмешательства и поддерживающих воздействий.

Базовыми методами являются фармакотерапия (нейролептики, антидепрессанты, средства общеукрепляющего действия), психотерапия (когнитивно-поведенческая, терапия искусством и творческим самовыражением, клиент-центрированная и семейная психотерапия), социально-экологическое и социально-бытовое сопровождение.

Сопоставление полученных результатов с результатами традиционного лечения свидетельствует о более высокой эффективности разработанной программы и перспективности ее внедрения.

Ключевые слова: продромальная стадия психоза, раннее вмешательство, клинико-психопатологические и психодиагностические исследования

In the article, it is presented a program of the early intervention in the prodromal stage of psychosis. This program was worked out on the base of clinical-psychopathological and psychodiagnostic investigations.

The program includes phases of diagnosis, active intervention, and maintaining measures.

Basis methods are pharmacotherapy (neuroleptics, antidepressants, medications of restraining action), psychotherapy (cognitive-behavioral, art and creative expressive therapy, person-oriented and family psychotherapy), social-environmental and social-daily life support.

A comparison of the results obtained with results of the traditional treatment has suggested that the developed program is more effective and its implementation is promising.

Key words: prodromal stage of psychosis, early intervention, clinical-psychopathological and psychodiagnostic investigations

Основної стратегією в умовах зростання психічної патології серед населення є раннє виявлення цих розладів та своєчасне медичне втручання. Перш за все, це стосується психозів загалом, і шизофренії зокрема, як найбільш інвалідизуючих психічних захворювань [2—4, 6, 7, 11].

У цьому сенсі особливе значення надається ранньому втручання у продромальну стадію психозу, яке дозволяє запобігти розвитку патологічного процесу, зберегти соціальне функціонування й якість життя пацієнтів [1, 5, 8—10].

Метою дослідження стало розроблення системи заходів раннього втручання у психоз у пацієнтів з параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним епізодом на ґрунті вивчення їх психопатологічних та патопсихологічних закономірностей.

Були обстежені 137 пацієнтів з вперше виявленим психозом:

1) 65 пацієнтів (2—3-я госпіталізація) — з діагнозом параноїдна шизофренія (ПШ) (F20.0);

2) 72 пацієнти (перша госпіталізація) — з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад (ГППР) (F23.0, F23.1).

Усі хворі були обстежені як у форматі реального часу, так і ретроспективно.

З урахуванням клініко-психопатологічних, клініко-діагностичних та патопсихологічних особливостей, виявлених у пацієнтів у продромальному періоді психозу (ППП) при ПШ та ГППР, у цієї роботі було розроблено програму раннього втручання з метою профілактики розвитку гострого психозу у цього контингенту хворих.

Основними завданнями цієї програми є:

- 1) клінічна діагностика продромального періоду гострого психозу й аналіз стану соціально-психологічних особливостей хворих на ПШ та ГППР;
- 2) купірування проявів продуктивної симптоматики ППП у хворих на ПШ та ГППР;
- 3) корекція проявів негативної симптоматики ППП у хворих на ПШ та ГППР;
- 4) лікування супутньої психічної патології;
- 5) корекція особистісних розладів і соціально-психологічної дезадаптації хворих на ПШ та ГППР у ППП;
- 6) відновлення і збереження особистісного і соціального ресурсу хворих на ПШ та ГППР.

У розробленій програмі раннього втручання у ППП використовуються підходи і принципи, зазначені у таблиці 1.

Програма раннього втручання при ППП у пацієнтів з ПШ та ГППР складається з трьох етапів (рисунок):

1. етап клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики;
2. етап активного втручання;
3. етап підтримувальних впливів.

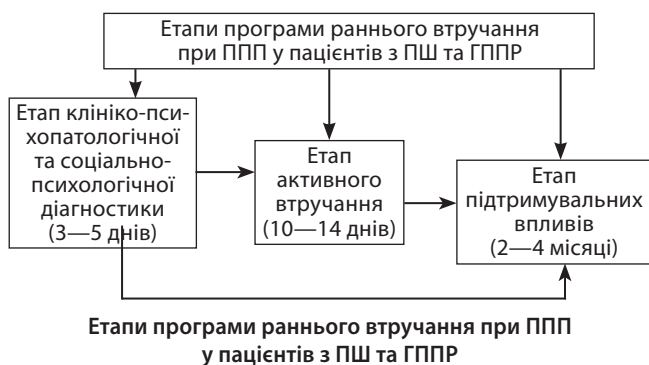
Для кожного етапу визначено місце проведення та фахівці, які беруть участь у лікуванні.

І. Етап клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики

На цьому етапі проводять збір і аналіз анамнестичних даних, вивчення преморбідних особистісних особливостей осіб з ППП, уточнюють клінічні особливості ППП і форму його перебігу, визначають можливі етіологічні чинники, динаміку і вираженість психопатологічних проявів ПШ та ГППР.

Таблиця 1. Основні підходи і їхній зміст, що використовувалися у програмі раннього втручання при ППП у пацієнтів з ПШ та ГППР

Основний підхід	Зміст основного підходу
1. Ресурсно орієнтований підхід	спрямований на відновлення та збереження психічного, особистісного і соціального ресурсу хворих з цією психічною патологією. Цей ресурс характеризує стан саногенних чинників, які протистоять розвитку психозу і формуванню дефіцитарних наслідків при ПШ та ГППР
2. Диференційований підхід	Диференційований підхід у профілактиці гострого психозу у ППП дозволяє проводити відбір методик та засобів профілактики залежно від продромальних особливостей (клініко-психопатологічних, клініко-динамічних і патопсихологічних) психозу у хворих на ПШ та ГППР
3. Системний підхід:	дозволяє реалізувати втручання як складну соціально-біологічну систему, що потребує комплексного застосування медичних, психологічних і соціальних заходів
3.1. Персоніфікованість;	Принцип персоніфікованості у системному підході дозволяє розробляти програму раннього втручання у ППП у хворих на ПШ та ГППР з урахуванням індивідуальних факторів формування гострого психозу у цій категорії хворих
3.2. Мультидисциплінарність втручань;	Використання цих принципів у системному підході дозволяє проводити ранню діагностику ППП та здійснювати превентивні заходи щодо попередження психозу у медичних установах за участю лікарів загальної практики, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, психологів, соціальних працівників, працівників служб зайнятості
3.3. Єдність біологічних, психологічних та соціальних методів лікування;	Оптимальне поєднання фармакологічних, психотерапевтичних, соціальних та інших методів профілактики гострого психозу у хворих на ПШ та ГППР, що дозволяє впливати на всі ланки гострого психозу у хворих цієї категорії патогенезу
3.4. Безперервність та етапність лікування	Поетапне проведення безперервного втручання, що включає у себе як заходи, що проводяться з метою профілактики гострого психозу, так і з метою профілактики подальших загострень та наростання дефіцитарних змін психіки хворого внаслідок основної психічної патології



Проводять оцінювання соматичного і неврологічного статусу, соціального статусу (стан професійної адаптації, задоволеність сімейними відносинами і залученість у соціальне життя на роботі і в суспільстві та ін.), рівня соціальної фрустрації осіб з ППП.

Діагностичні методи, використовувані на цьому етапі:

- 1) клініко-психопатологічний метод (збір скарг, анамнезу, вивчення симптомів і синдромів у динаміці);
- 2) психометричні методи (шкали: продромальних симптомів SOPS, визначення клініко-динамічного варіанту перебігу ППП, структуроване інтерв'ю для оцінення преморбідного статусу — PAS-SI; за потребою — PANSS і шкали суїцидального ризику);
- 3) психодіагностичні методики (опитувальник К. Леонгарда — Г. Шмішека для визначення акцентуацій характеру; методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойка; методика оцінки інтеграційного показника якості життя);
- 4) методи неврологічного та терапевтичного клінічного й інструментального обстеження;
- 5) інтерв'ювання пацієнта, його близьких, колег по роботі, робота з медичною документацією з метою уточнення анамнестичних даних і визначення соціального (професійного) статусу хворого.

Тривалість етапу складає 3—5 днів.

II. Етап активного втручання

Засоби, що використовують на цьому етапі: фармакологічні засоби, раціональна і кризова психотерапія, спрямовані на корекцію ППП.

1. Фармакотерапія другого етапу програми раннього втручання при ППП.

1.1. ППП у хворих на ПШ:

— застосування атипичних антипсихотиків при наявності згоди пацієнта (оланзапін у дозі 5—10 мг/добу або рисперидон у дозі до 2 мг/добу протягом 3—4-х тижнів з подальшим переходом на підтримувальну фармакотерапію третього етапу програми).

1.2. ППП у хворих на ГППР:

— застосування «малих» антипсихотиків (хлорпро-тиксен 100 мг/добу) або атипичних антипсихотиків (рисперидон у дозі 1 мг/добу) протягом 2—3-х тижнів з подальшим переходом на підтримувальну фармакотерапію третього етапу програми;

— транквілізатори (за потребою).

2. Психотерапія другого етапу програми раннього втручання у ППП.

2.1. Індивідуальну раціональну психотерапію проводять курсом 2—3 тижні з щоденним відвідуванням лікаря-психотерапевта.

Використання індивідуальної раціональної психотерапії на другому етапі програми раннього втручання у продромальну стадію психозу дозволяє досягти:

- 1) підвищення критики до свого стану;
- 2) посилення психологічної настанови на профілактичні заходи, спрямовані на попередження розвитку гострого психозу.

2.2. У рамках екстреної психотерапевтичної допомоги при суїцидальній поведінці у ППП використовують індивідуальну кризову психотерапію курсом 5—7 щоденних консультативних зустрічей.

Тривалість етапу складає 10—14 днів.

III. Етап підтримувальних впливів

Методи, які використовують на цьому етапі, спрямовані на підтримувальну терапію і відновлення соціального та професійного статусу:

— фармакологічні засоби (нейролептики, антидепресанти, препарати загальнозміцнювальної дії і т. ін.);

— індивідуальна і групова психотерапія (КБП, терапія мистецтвом і творчим самовираженням, клієнт-центрована розмовна психотерапія, прогресивна м'язова релаксація, сімейна психотерапія);

— соціально-середовищний і соціально-побутовий супровід хворих (соціально-психологічне консультування, корекція взаємин у колективі, раціональна психотерапія).

Засоби, що використовують на третьому етапі розробленої програми, підбирають з урахуванням клінічних особливостей, а також стану соціально-психологічної адаптації.

Тривалість етапу — 2—4 місяці.

Оцінювання ефективності розробленої програми раннього втручання у ППП проводили порівняно з тра-

диційними методами підтримувального лікування при ПШ та ГППР.

Критеріями ефективності використання розробленої програми були динаміка психічного стану пацієнтів, їхніх особистісних властивостей, соціально-психологічної адаптації, соціального і професійного статусу, а також якості життя обстежуваних.

В апробації розробленої програми раннього втручання брали участь 38 хворих з клінічними і патопсихологічними ознаками ППП. Контрольну групу складала 35 хворих на ПШ та ГППР на етапі першого психотичного епізоду.

Основна група хворих пройшла курс терапії за розробленою програмою раннього втручання у ППП, контрольна група хворих — курс традиційного лікування при ПШ та ГППР.

Основним критерієм, що оцінює ефективність розробленої програми раннього втручання, була динаміка психічного стану, соціального функціонування та якості життя осіб у продромальному періоді психозу (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічна ефективність терапії хворих на ПШ та ГППР у ППП

Критерії оцінки клінічної ефективності терапії	Основна група (n = 38)		Контрольна група (n = 35)	
	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %
Повний регрес клінічних ознак ППП (відсутність ознак прогресивності психозу)	20	52,6 ± 4,9*	10	28,6 ± 3,4
Поліпшення психічного стану (регрес клінічних ознак ППП, ймовірність гострого психозу мінімальна)	5	13,2 ± 1,3	5	14,3 ± 2,0
Відсутність позитивної динаміки психічного стану (відсутність динаміки у клініці ППП, висока ймовірність гострого психозу)	8	21,1 ± 1,9	9	25,7 ± 3,2
Погіршення психічного стану (розвиток гострого психозу)	5	13,2 ± 1,3	11	31,4 ± 3,7**
Суїцидальна поведінка (суїцидальні думки, рішення, намір і т. ін.)	3	7,9 ± 0,8	7	20,0 ± 2,6**
Рівень суїцидального ризику (M ± σ, бали)	3	98,5 ± 21,9 (низький)	14	177,8 ± 44,5* (середній)

Примітка: різниці статистично вірогідні: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

За даними, наведеними у таблиці 2, слід зазначити, що у результаті використання розробленої програми раннього втручання у ППП виявлені такі зрушення:

1) у 52,6 % випадків відбувся повний регрес клінічних ознак ППП (відсутність ознак прогресивності психозу), тоді як у результаті використання курсу традиційного лікування у хворих контрольної групи повний регрес клінічних ознак ППП спостерігався лише у 28,6 % випадків (при $p < 0,05$);

2) у 31,4 % випадків у хворих контрольної групи відбулося погіршення психічного стану (розвиток гострого психозу), тоді як після використання розробленої програми раннього втручання у ППП у хворих основної групи розвиток гострого психозу спостерігався лише у 13,2 % випадків (при $p < 0,01$);

3) поліпшення психічного стану виявлено у однакової кількості обстежуваних у групах (13,2 % і 14,3 %). Відсутність позитивної динаміки частіше реєструвалася у контрольній групі (25,7 % і 21,1 %).

Проаналізувавши клінічні, психологічні, соціальні та професійні результати профілактичного лікування хворих на ПШ та ГППР у продромі психозу, отримані під час використання розробленої програми раннього втручання у продромальну стадію психозу і традиційного лікування, можна зробити висновок про вищу ефектив-

ність розробленої програми у профілактиці гострого психозу у хворих на ПШ та ГППР у продромальному періоді психозу.

Список літератури

1. Марута, Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. 2007. Т. 15, вип. 1 (50). С. 21—25.
2. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: методические рекомендации / Т. А. Солохина, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко и [др.]. Москва: МАКС Пресс, 2012. 32 с.
3. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лиманкин [и др.] // Журнал психиатрии и психотерапии им. П. Б. Ганнушкина. 2014. № 06. С. 4—10.
4. Перший психотичний епізод: система екзистенційно-особистісного відновлення хворих: методичні рекомендації / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [та ін.]. Київ; Донецьк, 2013. 32 с.
5. Попадопулос, Т. Ф. Острые эндогенные психозы [Электронный ресурс]. 2014. Режим доступа: <http://www.koob.ru>.
6. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. Москва: ИД «Медпрактика-М». 2007. 260 с.

7. Семке, А. В., Зинчук М. С. Негативные расстройства у больных параноидной шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4. С. 29—33.

8. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann, [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2012. № 200. P. 22—29.

9. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network "Sharing Information to Improve Outcomes": Review of Recovery Measures. Version 1.01 / [Ph. Burgess, J. Pirkis, T. Coombs, A. Rosen]. 2010. 78 p.

10. Fusar-Poli, P. Voxel-wise meta-analysis of fMRI studies in patients at clinical high risk for psychosis // J. Psychiatry Neurosis. 2012. Vol. 37(2). P. 106—112.

11. 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.

Надійшла до редакції 21.09.2017 р.

БІЛОУС Володимир Сергійович, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету, м. Тернопіль, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

BILOUS Volodymyr, Assistant of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net