

На правах рукописи

КАРПЕНКО Ольга Анатольевна

**ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ  
ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО  
НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ**

14.01.06 – психиатрия

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

**Научный руководитель**

доктор медицинских наук, профессор **Костюк Георгий Петрович**

**Официальные оппоненты:**

**Солохина Татьяна Александровна** – доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

**Софронов Александр Генрихович** – доктор медицинских наук, профессор, чл.-корр. РАН, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

**Ведущая организация:** ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «28» сентября 2021 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте: [www.serbsky.ru](http://www.serbsky.ru).

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

## Общая характеристика работы

**Актуальность проблемы.** Несмотря на активное развитие комплексного подхода к организации помощи пациентам с тяжелыми психическими расстройствами еще на этапе первого психотического эпизода (ППЭ) и в России, и за рубежом, проблема оказания эффективной помощи при этих расстройствах не теряет свою актуальность (Дороднова А.С. 2006; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010; Insel T.R., 2010; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; McGorry P.D., 2015; Kane J., 2016). В России бремя шизофрении составляет 0,5% ВВП, на социальные издержки тратится в 2,6 раз больше, чем на медицинские, а большая доля медицинских затрат приходится на больничное лечение, из них 42,8% - на регоспитализацию (Любов Е.Б. и др., 2012). В случае частых госпитализаций затраты на лечение в 10 раз превышают средние затраты на одного пациента с шизофренией (Букреева Н.Д. и др., 2012).

Реабилитационные мероприятия наиболее актуальны у пациентов на начальных этапах заболевания. При своевременной психосоциальной терапии потери социальных достижений, которые отмечаются у 60% первичных пациентов с расстройствами шизофренического спектра, могут быть обратимы (Краснов В.Н., Гурович И.Я., 2010). Было доказано положительное влияние ранних интервенций в случае сочетания психосоциальных мероприятий и лекарственной терапии при ППЭ на профилактику повторных психотических эпизодов (Hogarty G.E., Ulrich R.F., 1998; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2002; Мовина Л. Г., 2005; Jeppesen P. et al., 2005; Kane J. M. et al., 2016).

В системе психосоциальных мероприятий одним из базовых и обязательных элементов является психообразование пациентов и их родственников (Гурович И.Я. и др., 2004; Bäuml J. et al., 2006). Отечественными и зарубежными авторами был предложен и апробирован ряд психообразовательных программ для различных категорий пациентов, которые применялись на разных стадиях заболевания и в различных условиях

оказания помощи (Гурович И.Я. и др., 2002; Сальникова Л.И. и др., 2002; Еричев А.Н., 2004; Мовина Л.Г., 2005; Казаковцев Б.А., 2009; Солохина Т.А. и соавт., 2012; Бурыгина Л.А., 2013; Goldman C.R., Quinn F.L., 1988; Hayes R., Gantt A., 1992; Chien W.T. et al., 2014; Bäuml J. et al., 2016; Chen R. et al., 2019). С учетом рекомендаций Российского общества психиатров (2014) как можно более раннего внедрения психосоциальных интервенций, представляется актуальной разработка психообразовательных модулей для пациентов с ППЭ на купирующем этапе терапии в условиях круглосуточного стационара, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям. С этим связана необходимость адаптации программ психообразования к пациентам с низкой мотивацией и негативизмом в отношении получения психиатрической помощи. Также при разработке программы необходимо учитывать тенденцию к смещению акцента оказания помощи во внебольничные условия с помещением пациентов в круглосуточный стационар лишь на период купирующей и становления стабилизирующей терапии, если острота психоза не позволяет этого достичь в амбулаторных условиях (The European Mental Health Action Plan, WHO, 2013; Костюк Г.П., Масякин А.В., 2018, 2019).

Таким образом, актуальность работы обусловлена необходимостью разработки краткосрочных психообразовательных модулей для применения в условиях психиатрического стационара у пациентов с ППЭ, госпитализированных по неотложным показаниям.

**Цель исследования:** научно обосновать, разработать и оценить эффективность психообразовательной программы на стационарном этапе лечения пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям.

**Задачи исследования:**

1. Определить социально-демографические и клинико-динамические характеристики пациентов с первым психотическим эпизодом, поступивших по неотложным показаниям в стационар.

2. Выявить факторы регоспитализации данного контингента пациентов в течение полугода после выписки из стационара.
3. Определить показания для включения пациентов в психообразовательный процесс на этапе купирующей терапии.
4. Разработать оптимальную программу психообразования на этапе купирующей терапии в стационарных условиях.
5. Сопоставить уровень медикаментозного комплаенса и повторных госпитализаций у пациентов с разной вовлеченностью в психообразовательную работу на этапе стационарного лечения.

**Научная новизна исследования.** Впервые была разработана краткосрочная психообразовательная программа для предъявления в условиях психиатрического стационара пациентам с первым психотическим эпизодом, госпитализированным по неотложным показаниям. Программа была исследована в натуралистических условиях работы круглосуточного «скоромощного» психиатрического стационара Департамента здравоохранения города Москвы. На основе репрезентативного материала в ходе рандомизированного контролируемого исследования была показана эффективность психообразовательной программы в отношении снижения уровня регоспитализаций в течение года, особенно первых 6 месяцев, за счет формирования медикаментозного комплаенса у пациентов.

**Практическая значимость работы.** Разработанная программа психообразования может применяться в условиях психиатрических отделений круглосуточного стационара для пациентов с первым психотическим эпизодом, в том числе госпитализированных по неотложным показаниям недобровольно. Формат психообразовательной программы позволяет добиться максимально полного охвата пациентов. Применение предложенной программы психообразования будет способствовать высокому медикаментозному комплаенсу, стабилизации ремиссии и как следствие снижению частоты повторных госпитализаций у данного контингента пациентов. Ослабление позитивного эффекта психообразования по истечении

6 месяцев свидетельствует о необходимости проведения поддерживающих курсов психообразования в амбулаторных условиях.

**Внедрение результатов работы.** Результаты исследования внедрены в работу ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ» и ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина ДЗМ».

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Пациенты с первым психотическим эпизодом, поступающие в психиатрические стационары по неотложным показаниям, являются контингентом пациентов с выраженными проявлениями заболевания, высоким уровнем социальной дезадаптации и низкой приверженностью к лечению.
2. Возможность и эффективность групповой психообразовательной работы у пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям, в период стационарного лечения на этапе купирующей терапии определяется не столько характером, сколько выраженностью проявлений заболевания.
3. Психообразование проводимое на этапе стационарного лечения оказывает положительное влияние на уровень знаний о психическом расстройстве и его лечении и повышает комплаенс пациентов. Уровень знаний о психическом расстройстве и его лечении является одним из основных факторов приверженности пациентов лечению.
4. Включение в терапевтическую программу пациентов психообразования на этапе стационарного лечения повышает качество медикаментозных ремиссий и снижает число регоспитализаций.

**Публикации и апробация результатов исследования.** По материалам диссертации опубликовано 7 печатных работ (6 статей в журналах ВАК и 1 методические рекомендации). Список работ приведен в конце автореферата. Основные положения диссертации обсуждались на Проблемном совете по

социальной, клинической психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в 2020 году. Результаты работы докладывались на конференциях «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы» (30 октября 2017, Москва); «Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике» (18-19 июня 2019, Москва).

**Структура и объем работы.** Диссертационное исследование изложено на 163 страницах машинописного текста и включает введение, 4 главы, заключение, выводы, приложение, список цитируемой литературы. Работа иллюстрирована 40 таблицами и 7 рисунками. В библиографии 246 источника, из которых 76 отечественных и 170 иностранных.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе стационара ГБУЗ «ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ» с июня 2016 года по август 2017 года. По дизайну данное исследование является проспективным натуралистическим открытым сравнительным исследованием с основной и контрольной группой пациентов (группа активного лечения и группа сравнения), проходивших стационарное лечение по поводу психотического состояния в рамках расстройств шизофренического и аффективного спектров. Пациенты, подходящие под критерии включения, отбирались в исследование сплошным способом.

В исследовании использовались критерии ППЭ, установленные Гуровичем И.Я. и Шмуклером А.Б. (2010). Пациенты включались в исследование в соответствии со следующими критериями:

- психотические проявления психических расстройств из рубрик F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства и F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства) МКБ-10, выраженность которых требовала стационарного лечения;

- длительность заболевания по анамнестическим данным не более 5 лет после манифестного психотического приступа;

- не более трех госпитализаций в стационар в анамнезе, включая настоящую госпитализацию;

- госпитализация в стационар по неотложным показаниям.

Исследование проводилось в несколько этапов.

**На I этапе** ретроспективно были проанализированы архивные истории болезни пациентов, с частыми повторными госпитализациями, то есть с регоспитализациями в течение шести месяцев после выписки из стационара (Ткачев Д. Ю. и др., 2011). С целью определения основных мишеней психообразования пациентов проводился анализ их социально-демографических и клинических характеристик и факторов, способствовавших регоспитализации. Истории болезни отбирались сплошным методом в соответствии с критериями включения в исследование. Исключались пациенты с сопутствующим диагнозом зависимости от психоактивных веществ, с органическим поражением ЦНС. Было отобрано 46 историй болезни пациентов, госпитализированных за период с февраля по июнь 2016 года.

**На II этапе** проводилась разработка содержательной части программы психообразования, оптимального формата и расписания психообразовательной работы с учетом сведений, полученных на первом этапе исследования.

**На III этапе** проводилось проспективное натуралистическое открытое сравнительное исследование оценки эффективности психообразовательной программы в отношении комплаенса и предотвращения повторных госпитализаций пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям.

Для этого сплошным методом формировалась основная и контрольная группы из пациентов, проходящих лечение в стационаре по поводу психотического состояния. Распределение на группы проходило в случайном порядке – пациенты с нечетными номерами медицинской карты направлялись в основную группу, а с четными номерами – в контрольную. Пациенты



основной группы помимо стандартной терапии проходили программу психообразования по разработанной методике, пациенты контрольной группы проходили стандартное лечение. В окончательный анализ вошли 158 пациентов основной и 79 пациентов контрольной группы.

Пациенты направлялись в исследование лечащим врачом. Все пациенты проходили клинический осмотр исследователем, в ходе которого проводилась проверка соответствия пациентов критериям включения в исследование и диагностика с помощью валидизированной отечественной версии Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) и Шкалы общего клинического впечатления о тяжести заболевания (CGI-S) (Busner J., Targum S.D., 2007). Оценка по шкалам PANSS и CGI-S проводилась не позже первых 7 дней с момента госпитализации.

Дополнительным критерием отбора пациентов в исследование являлся реабилитационный потенциал, а именно степень выраженности негативной симптоматики у пациентов с диагнозом рубрики F2 по МКБ-10. Из исследования исключались пациенты, у которых в клинической картине преобладала негативная симптоматика. Выраженность негативной симптоматики относительно позитивной оценивалась клиничко-психопатологическим методом. Дополнительно проводилась оценка состояния по шкале PANSS (Kay S.R. et al., 1987; Мосолов С.Н., 2001), если шкала негативных синдромов (N) на  $\geq 7$  баллов превышала шкалу позитивных синдромов (P), пациенты исключались из исследования.

Клиничко-психопатологические, анамнестические и социально-демографические характеристики пациентов были получены из материалов истории болезни. У пациентов с регоспитализациями по данным анамнеза выделялись факторы, которые могли способствовать повторной госпитализации.

Программа психообразования состояла из 5 занятий длительностью 60 минут, которые проводили 3 раза в неделю в открытых группах по 6-15

человек врач и медицинский психолог, прошедшие предварительное обучение методике проведения психообразования.

Эффективность программы оценивалась в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Показателями краткосрочной эффективности программы являлись: 1) уровень медикаментозного комплаенса пациентов; 2) мнение пациентов о занятиях по психообразованию; 3) уровень знаний пациентов о психическом расстройстве и его лечении. Показателем долгосрочной эффективности служил уровень регоспитализаций пациентов основной и контрольной групп в течение 6 и 12 месяцев после выписки из стационара.

Уровень комплаентности пациентов оценивался перед выпиской из стационара с помощью «Шкалы медикаментозного комплаенса» (Лутова Н.Б., 2012). Мнение пациентов о занятиях по психообразованию оценивалось после каждого занятия с помощью специально разработанной «Анкеты обратной связи о занятии по психообразованию». Анкета является адаптацией под задачи настоящего исследования «Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г., 2002) и помогает оценить степень удовлетворенности пациента занятием.

После прохождения пациентами цикла из пяти занятий проводилась оценка знаний о психическом расстройстве и его лечении с помощью специально разработанного тестового контроля «Опросник знаний», в котором содержались вопросы, связанные с ключевыми идеями каждого занятия, а также с наиболее распространенными мифами пациентов о психических расстройствах. Пациенты контрольной группы перед выпиской из стационара также заполняли «Опросник знаний».

Пациенты обеих групп перед выпиской повторно проходили оценку по шкалам PANSS, CGI-S и по Шкале общего клинического впечатления об улучшении состояния (CGI-I).

Факт регоспитализации через 6 и 12 месяцев после выписки отслеживался через электронную базу данных поступающих в стационар

пациентов. В исследование набирались пациенты, проживающие в зоне обслуживания больницы и наблюдающиеся после выписки из стационара в диспансерных филиалах, таким образом, все факты госпитализации фиксировались в медицинской документации учреждения.

Всего из исследования выбыло 80 человек. На этапе отбора в исследование – 33 человека (12 отказались принимать участие в исследовании; 21 не соответствовали критериям включения: у 7 пациентов выявился синдром зависимости от психоактивных веществ, у 14 пациентов негативная симптоматика превалировала над позитивной). Далее 32 человека выбыли в связи с не прохождением цикла из 5 занятий (3 отказались посещать занятия, 29 были выписаны из стационара), в контрольной группе 15 человек выбыли в связи с не прохождением итогового обследования.

Статистический анализ различий между группами по клиническим, социальным и психометрическим показателям проводился с учетом статистической достоверности различия признаков по критерию Стьюдента в случае нормального распределения признака и по критерию Манна-Уитни в случае отсутствия нормального распределения, также проводилось сравнение относительных частот внутри одной группы и между группами. Статистически достоверными считались различия между признаками при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования**

Всего в исследование вошло 283 пациента: 46 пациентов ретроспективного этапа анализа историй болезни и 237 пациентов проспективного этапа изучения эффективности программы психообразования (158 пациентов основной и 79 пациентов контрольной группы).

Изучение социально-демографических и клинико-динамических характеристик пациентов с первым психотическим эпизодом, поступающих в стационар по неотложным показаниям, проводилось на выборке пациентов проспективного этапа исследования (237 человек) (таблица 1).

Таблица 1

Основные клинические и социально-демографические характеристики  
выборки

Параметр	абс., %		Всего
	Муж.	Жен.	
Количество пациентов	104 (43,8%)	133 (56,2%)	237 (100%)
<b>Возраст</b>			
Средний возраст ( $\pm$ СО)	31,8 $\pm$ 8,3	31,7 $\pm$ 7,9	31,7 $\pm$ 8,1
<b>Диагноз</b>			
Параноидная психозфрения (F 20.0)	58 (55,8%)	63 (47,4%)	121 (51,0%)
Шизоаффективные расстройства (F 25)	17 (16,3%)	25 (18,8%)	42 (17,7%)
Острое полиморфное психотическое расстройство (F 23.0, F 23.1, F 23.2)	19 (18,3%)	27 (20,3%)	46 (19,4%)
Биполярное аффективное расстройство (F 31.2, 31.5)	6 (5,8%)	13 (9,8%)	19 (8,0%)
Бредовое расстройство (F 22.0)	4 (3,8%)	5 (3,7%)	9 (3,9%)
<b>Ведущий синдром</b>			
Галлюцинаторно-параноидный	58 (55,8%)	67 (50,4%)	125 (52,7%)
Параноидный	29 (27,9%)	38 (28,5%)	67 (28,3%)
Галлюцинаторный	7 (6,7%)	9 (6,8%)	16 (6,8%)
Аффективно-бредовый	10 (9,6%)	19 (14,3%)	29 (12,2%)
<b>Семейное положение</b>			
Холост/не замужем	88 (84,6%)	111 (83,4%)	199 (84%)
Женат/замужем	16 (15,3%)	22 (16,5%)	38 (16%)
<b>Проживание</b>			
С родителями/родственниками	63 (60,6%)	88 (66,2%)	151 (63,7%)
С супругом/партнером	17 (16,3%)	24 (18,0%)	41 (17,3%)
Один	24 (23,1%)	21 (15,8%)	45 (19%)
<b>Занятость</b>			
Работа	24 (23,1%)	27 (20,3%)	51 (21,5%)
Учеба	14 (13,4%)	20 (15,1%)	34 (14,3%)
Нет занятости	47 (45,2%)	62 (46,6%)	109 (45,9%)
Пенсия по инвалидности	19 (18,3%)	24 (18,0%)	43 (18,1%)

Для оценки сопоставимости пациентов основной и контрольной групп проводилось их сравнение по основным клинико-динамическим (таблица 2) и социально-демографическим характеристикам.

## Клинико-динамические характеристики групп

Показатель		Основная группа (n=158)	Контрольная группа (n=79)	p
Средний возраст (лет)		31,4 ± 8,2	32 ± 8,9	0,60
Пол	мужской	70 (44,3%)	34 (43,1%)	0,86
	женский	88 (55,7%)	45 (56,9%)	0,86
Продолжительность госпитализации (дни)		32,4 ± 11,9	31,6 ± 9,8	0,61
Первая госпитализация: - госпитализация в качестве первого обращения в психиатрическую службу		64 (40,5%)	29 (36,7%)	0,57
		52 (81,2%)	24 (82,7%)	0,86
Повторно госпитализированные:		94 (59,5%)	50 (63,3%)	0,65
- регоспитализации в течение 6 мес.		25 (26,6%)	12 (24,0%)	0,86
- регоспитализации в течение 7-12 мес.		26 (27,6%)	15 (30%)	0,87
Выписка в дневной стационар		104 (65,8 %)	53 (67 %)	0,85
Выписка в ОИОПП		22 (13,9 %)	11 (13,9 %)	1,0
Выписка на участок ПНД		32 (20,2 %)	15 (19,1 %)	0,84

ОИОПП – отделение интенсивного оказания психиатрической помощи

ПНД – психоневрологический диспансер

Социально-демографические характеристики пациентов указывали на низкую социальную адаптацию изучаемой когорты больных.

По семейному статусу 114 (72,2%) пациентов основной группы и 55 (69,6%) контрольной были холостыми (итого 71,3%), в браке состояли 24 (15,2%) пациентов основной группы и 14 (17,7%) контрольной, 20 (12,6%) и 9 (11,4%) пациентов были в разводе. Только у 34 (21,5%) пациентов из основной группы и 15 (18,9%) контрольной были дети. С родителями или другими родственниками из родительской семьи проживали 102 (64,5%) пациента основной и 49 (62%) – контрольной группы. Характеристики уровня образования и трудового статуса представлены в таблице 3.

## Уровень образования и трудовой статус

Параметр	Основная группа n=158	Контрольная группа n=79	p	Всего n=237
	Абс (%)	Абс (%)		
<b>Образование</b>				
Неполное среднее	8 (5,1%)	2 (2,5%)	0,35	10 (4,3%)
Среднее	18 (11,4%)	11 (13,9%)	0,58	29 (12,2%)
Среднее-специальное	40 (25,3%)	21 (26,6%)	0,83	61 (25,7%)
Незаконченное высшее	30 (19%)	12 (15,2%)	0,47	42 (17,7%)
Высшее	62 (39,2%)	33 (41,8)	0,70	95 (40,1%)
<b>Трудовой статус</b>				
Работа	36 (22,8%)	15 (19%)	0,50	51 (21,5%)
Учеба	24 (15,2%)	10 (12,6%)	0,59	34 (14,3%)
Нет занятости	70 (44,3%)	39 (49,4%)	0,46	109 (45,9%)
Пенсия по инвалидности	28 (17,7%)	15 (19%)	0,80	43 (18,1%)
Всего	158 (100%)	79 (100%)		237 (100%)

Анализ лекарственной терапии проводился перед выпиской пациентов из стационара. Пролонгированные антипсихотики применялись у 84 (53,2%) пациентов основной группы и 45 (56,9%) контрольной, преимущественно назначались типичные антипсихотики (60 (71,4%) в основной и 32 (71,1%) в контрольной группе). При назначении пероральных антипсихотиков атипичные антипсихотики применялись у 38 (46,6%) пациентов основной и 20 (51,3%) контрольной группы, типичные – у 48 (53,4%) пациентов основной и у 19 (48,7%) пациентов контрольной группы.

В половине случаев пациентам назначалось более одного вида антипсихотиков. Один антипсихотический препарат назначался 86 (54,4%) пациентам основной группы и 39 (49,4%) пациентам контрольной группы. Два вида антипсихотиков присутствовали в схеме у 64 (40,5%) пациентов основной группы и 35 (44,3%) пациентов контрольной группы. Были пациенты, у которых в схеме терапии присутствовали 3 антипсихотика, однако таких случаев было немного – 8 (5,1%) и 5 (6,3%) пациентов, соответственно.

Корректоры применялись у 110 (69,6%) пациентов основной группы и 58 (73,4%) контрольной, преимущественно использовался тригексифенидил (в

88% случаев). Нормотимики назначались в 62 (39,2%) случаях в основной группе и 27 (34,2%) в контрольной, антидепрессанты в 24 (15,1%) случаях в основной и 13 (16,4%) в контрольной. Использование транквилизаторов было единичным.

Оценка состояния пациентов проводилась с помощью шкал PANSS, CGI-S, CGI-I при поступлении и перед выпиской из стационара. В начале стационарного лечения состояние пациентов соответствовало тяжелым проявлениям болезни по шкалам CGI-S и PANSS: 6 баллов по шкале CGI-S в обеих группах, среднее общее число баллов PANSS:  $114,1 \pm 23,4$  в основной группе и  $117,6 \pm 21,8$  в контрольной (итого среднее общее число баллов PANSS 115,9). Однако за время лечения в стационаре происходила существенная положительная динамика состояния и на этапе выписки выборка соответствовала умеренным проявлениям болезни: 4 балла по шкале CGI-S в обеих группах, среднее общее число баллов по шкале PANSS  $75,5 \pm 12,6$  в основной группе,  $74,3 \pm 10,8$  в контрольной. Общее число баллов PANSS снизилось на 45,9% в основной группе и на 49,4% в контрольной, что соответствовало «значительному улучшению» по шкале CGI-I – 2 балла в обеих группах.

Несмотря на то, что показатели общего балла PANSS на момент выписки соответствовали умеренным проявлениям болезни, более чем у половины пациентов (89 (56,3%) основной и 46 (58,7%) контрольной группы) отмечалось достижение целевых показатели по подшкалам PANSS для оценки ремиссии (Andreasen N.C. et al., 2005), что могло указывать на благоприятный прогноз в отношении перспектив ее достижения.

Таким образом, по всем оцениваемым показателям (приведенным выше) пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы между собой, статистически значимых различий между группами не отмечалось.

Факторы, способствовавшие обострению состояния и регоспитализации, определялись при ретроспективном анализе историй болезни и на проспективном этапе исследования у пациентов с

регоспитализациями в течение 6 месяцев в анамнезе. Факторы, способствовавшие ухудшению состояния и госпитализации, между группами не отличались, частота встречаемости факторов в группах также была сопоставима между собой (таблица 4). Фактов госпитализации по причинам иным, нежели обострение состояния, обнаружено не было. В большинстве случаев причинами обострения состояния становилось самостоятельное снижение дозы или отмена терапии и несоблюдение режима наблюдения у врача, в связи с чем пропускался очередной прием препаратов. Остальные факторы напрямую от поведения пациентов в отношении лечения не зависели.

Таблица 4

Факторы ухудшения состояния пациентов, повлекшие регоспитализацию в течение 6 месяцев

Фактор	Группа 0	Группа 1	Группа 2	Всего
	Абс (%)	Абс (%)	Абс (%)	Абс (%)
Отмена или самостоятельное изменение дозы препаратов	30 (65,2 %)	16 (64 %)	7 (58,3 %)	53 (63,9 %)*
Пропуск приема лекарств в связи с неявкой на плановый осмотр	11 (23,9 %)	5 (20 %)	3 (25 %)	19 (22,9 %)*
Ухудшение состояния на фоне проводимой терапии	3 (6,5 %)	3 (12 %)	2 (16,7 %)	8 (9,6%)
Изменение состояния при смене терапии лечащим врачом	2 (4,4 %)	1 (4 %)	0	3 (3,6 %)
Всего	45 (100 %)	25 (100 %)	12 (100 %)	83 (100 %)

\* $p < 0,05$

Группа 0 – пациенты ретроспективного этапа исследования

Группа 1 – пациенты основной группы проспективного этапа исследования

Группа 2 – пациенты контрольной группы проспективного этапа исследования

Для выявления клинических и социально-демографических особенностей пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев было проведено сравнение этих показателей с остальными пациентами выборки проспективного этапа исследования. Пациенты были сопоставимы между собой, единственное, что отличало пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев – значительно более частый диагноз параноидной шизофрении по



МКБ-10 (81,6% в группе с регоспитализациями в течение 6 месяцев против 45,7% в остальной выборке).

Таким образом, было определено, что основными факторами, которые способствовали обострению состояния, влекущему за собой регоспитализацию в течение 6 месяцев, являлись низкая медикаментозная комплаентность пациентов и несоблюдение режима наблюдения у врача. Основной мишенью воздействия в ходе психообразовательных мероприятий стало формирование у пациентов позитивного отношения к лечению и понимание его необходимости.

Программа психообразования, предъявляемая пациентам основной группы, включала пять тем для пяти занятий (таблица 5).

Пациенты направлялись на психообразование в среднем на  $11,6 \pm 6,3$  день госпитализации. Противопоказанием к участию в программе психообразования было наличие 6 и более баллов по подшкалам PANSS: возбуждение (P4), враждебность (P7), напряжение (G4), манерность и поза (G5), некооперативность (G8), нарушение внимания (G11), недостаточный контроль импульсивности (G14). Было выявлено, что ключевой подшкалой по которой можно определять готовность пациентов к участию в психообразовании, была подшкала «возбуждение» (P4), баллы по которой  $\geq 6$  в 75% случаев сочетались с повышением баллов по остальным шкалам из приведенного перечня.

Таблица 5

#### Содержание программы психообразования

Тема занятия	Краткое содержание
«Причины и механизмы развития психического заболевания»	Знакомство с биопсихосоциальной моделью психических расстройств, подходы к лечению в соответствии с данной моделью.
«Распознавание ранних признаков обострения болезни»	Информация о ранних признаках обострения заболевания, знакомство с дневником самонаблюдения в виде визуальной нумерологической

	шкалы – «Термометр психопатологических симптомов».
«Лекарственная терапия»	Возможности современной лекарственной терапии, ее эффективность и безопасность; цели лечения; компетенции врача-психиатра
«Совладающее поведение или как справляться с болезнью»	Варианты совладающего поведения при наличии остаточных психотических явлений и стойких симптомов болезни. Стратегии поведения при обострении состояния; личная ответственность пациентов в преодолении болезни, выгода активной позиции по отношению к лечению. Поддерживающая роль ближайшего окружения и специалистов в процессе выздоровления.
«Преимственность психиатрической помощи»	Этапы оказания психиатрической помощи и цели лечения на каждом этапе (стационар, дневной стационар, участок ПНД); неотложная психиатрическая помощь, «телефон доверия».

При проведении психообразования отдельное внимание уделялось сеттингу и четкой регламентации занятий. Все занятия были единообразно структурированы, что помогало удерживать внимание пациентов и поддерживать их конструктивную активность. Содержательно менялась только информационная часть (20-25 минут), начало всех занятий было одинаковым и включало в себя знакомство участников, физическую и когнитивную разминку, обсуждение основных аспектов предыдущего занятия (20-25 минут). Занятия завершались обобщением материала ведущими и сбором обратной связи от пациентов.

Постоянное повторение материала, подведение итогов после каждого занятия и начало занятия с повторением ключевых идей из предыдущих тем было направлено на закрепление информации у пациентов. Ведущими поддерживался партнерский стиль взаимодействия с пациентами и интерактивный формат занятий, что обеспечивалось поощрением

высказываний, коллегиальной выработкой правил поведения в группе, заинтересованностью мнением пациентов, опорой на непосредственный опыт участников.

В информационной части занятия акцент делался на предоставлении практической информации о заболевании и его лечении, которая соотносилась с нуждами и потребностями пациентов и с их личным опытом болезни. Пациенты побуждались к обмену собственным опытом, ведущие структурировали и обобщали полученную информацию, помогали пациентам соотнести свой опыт с предоставляемой информацией.

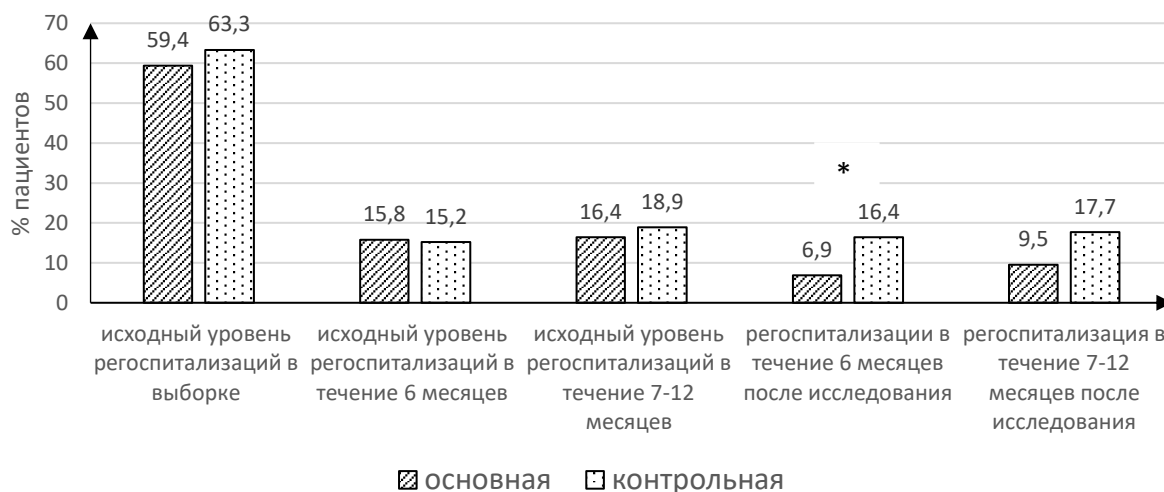
На момент выписки из стационара у пациентов основной группы общее число баллов по «Шкале медикаментозного комплаенса» было выше, чем у пациентов контрольной группы:  $41,5 \pm 7,2$  против  $30,4 \pm 4,3$  ( $p < 0,001$ ). Это указывало на более высокую комплаентность пациентов основной группы, что достигалось за счет значительно более высоких показателей по фактору «отношение к медикации», чем у пациентов контрольной группы:  $23,1 \pm 4,1$  против  $12,3 \pm 3,7$  ( $p < 0,001$ ). Остальные факторы, из которых в соответствии с данной шкалой складывается медикаментозный комплаенс («факторы, связанные с пациентом», «факторы, связанные с близким окружением», «факторы, связанные с лечащим врачом»), между группами не различались.

Для оценки мнения пациентов о психообразовании в конце каждого занятия пациенты заполняли анонимную «Анкету обратной связи о занятии по психообразованию», в которой оценивали свое настроение, полезность и практическую применимость полученной информации, ее полезность в будущем.

После занятий по психообразованию настроение пациентов в 80,2% случаев было хорошим, что говорит о позитивной атмосфере, в которой проходили занятия. В 78,6% случаев пациенты оценивали информацию на занятии как полезную и в 78,2% как применимую на практике, при этом в 86% случаев пациенты считали, что эта информация пригодится им и в будущем, то есть после выписки из стационара.

Оценка эффективности программы также включала оценку конкретных знаний пациентов по вопросам, которые освещались на занятиях, в виде тестового контроля («Опросник знаний»), который включал в себя одиннадцать вопросов с четырьмя вариантами ответов и с неограниченным количеством правильных пунктов. Распределение количества правильных и неправильных ответов у пациентов основной и контрольной групп было зеркально противоположным – с значительно большим количеством правильных ответов у основной группы и со значительно большим количеством неправильных ответов у контрольной группы, разница между группами по доле правильных и неправильных ответов достигала статистической значимости ( $p < 0,001$ ). Таким образом, знание ключевых фактов о заболевании и его лечении было значимо выше у пациентов, проходивших психообразование.

Данные по количеству регоспитализаций у исследуемых групп пациентов после выписки из стационара представлены на рисунке 1. Через 6 месяцев повторно были госпитализированы 11 (6,9%) пациентов основной группы и 13 (16,4%) пациентов контрольной группы ( $p=0,02$ ). Тенденция к меньшему числу регоспитализаций у пациентов, прошедших психообразование, сохранялась в течение года после выписки по сравнению с пациентами контрольной группы: на 7 – 12 месяцев после выписки из стационара количество регоспитализаций среди пациентов основной группы было 15 (9,5%), в контрольной – 14 (17,7%) ( $p=0,069$ ). У пациентов контрольной группы уровень регоспитализаций был сопоставим с исходным в выборке, пациенты основной группы регоспитализировались существенно реже, хотя формально разница в доле регоспитализаций между основной и контрольной группой не достигала статистической значимости.



\* $p < 0,05$

Рисунок 1. Повторные госпитализации пациентов основной и контрольной групп

Пациенты основной группы, регоспитализированные в течение 6 месяцев ( $n=11$ ), это преимущественно пациенты, для которых данная госпитализация являлась второй (72,7%). Большая часть пациентов была выписана после предыдущей госпитализации на участок ПНД (63,6%) при надежных для амбулаторного лечения показателях общего балла шкалы PANSS  $66,5 \pm 3,1$ . Средний возраст пациентов был  $29 \pm 4,1$  года, мужчин было больше (63,6%), чем женщин. Большая часть пациентов была без собственной семьи (81,8%) и проживала в одиночестве (63,6%). При этом у 81,8% была занятость – работа или учеба. Большая часть пациентов была ранее госпитализирована с диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство» (63,6%), а при регоспитализации диагноз у 81,8% был «параноидная шизофрения». Пролонгированные инъекционные антипсихотики применялись у 27,3%. Общий балл медикаментозного комплаенса при предыдущей выписке из стационара был несколько ниже, чем у остальных пациентов группы и составлял  $36,4 \pm 1,9$ . В связи с небольшим объемом выборки ( $n=11$ ) не представляется возможным делать статистически валидные заключения о факторах, предрасполагающих этих пациентов к повторной госпитализации. Однако обращает на себя внимание ряд

клинических и социальных отличий этих пациентов от пациентов основной группы без регоспитализаций, которые подробно были описаны ранее.

### **Выводы**

1. Контингент пациентов с первым психотическим эпизодом, поступающих в стационар по неотложным показаниям, характеризуется тяжестью психического состояния (среднее общее число баллов по шкале PANSS – 115,9; CGI-S – 6 баллов). Преобладающими диагнозами являются Параноидная шизофрения (F20.0) – 51 %, Острое полиморфное психотическое расстройство (F 23.0, F 23.1, F 23.2) – 19,4 %, Шизоаффективные расстройства (F25) – 17,7 %. Для пациентов характерна высокая доля повторных госпитализаций (60,7 %), из них около 1/4 регоспитализаций происходят в течение первых 6 месяцев.

2. Особенности социального статуса пациентов является высокое число неработающих и не учащихся пациентов (64 %), при наличии высшего или среднее-специального образования (у 65,8 % пациентов). Большинство пациентов не имеет своей семьи (71,3 %) и проживает с родителями или другими родственниками (63,7 %).

3. На регоспитализацию пациентов в течение полугода после выписки из стационара в подавляющем большинстве случаев влияют факторы, связанные с поведением пациентов в отношении лечения. В 63,9 % фактором ухудшения состояния, повлекшим повторную госпитализацию, является самостоятельное снижение дозы препаратов или отмена терапии, в 22,9% случаев – несоблюдение режима наблюдения у врача. В остальных случаях факторы, способствующие регоспитализации, напрямую от поведения пациентов в отношении лечения не зависят и в 9,6 % связаны с ухудшением состояния на фоне проводимого лечения и с изменением схемы лечения лечащим врачом (3,6 %). Основным фактором регоспитализаций в течение 6 месяцев является низкая медикаментозная комплаентность пациентов.

4. Разработанная психообразовательная программа применима в условиях острых отделений психиатрического стационара. Пациенты могут включаться в группу по психообразованию на этапе купирующей терапии на  $11,6 \pm 6,3$  день госпитализации. Противопоказанием к участию в программе психообразования являются значения показателей в 6 и более баллов по подшкалам PANSS: возбуждение (P4), враждебность (P7), напряжение (G4), манерность и поза (G5), некооперативность (G8), нарушение внимания (G11), недостаточный контроль импульсивности (G14). Ключевая подшкала, по которой можно определять готовность пациентов к участию в психообразовании – возбуждение (P4). Баллы по шкале «возбуждение»  $\geq 6$  в 75 % случаев сочетались с повышением баллов по остальным шкалам из приведенного перечня.

5. Занятия по психообразованию приводят к значимому повышению медикаментозного комплаенса у участников программы по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ) за счет формирования позитивного отношения к медикаментозному лечению. Знание ключевых фактов о заболевании и его лечении было значимо выше у пациентов, прошедших психообразование ( $p < 0,001$ ).

6. Участие в психообразовательной программе привело к статистически значимому снижению у пациентов уровня повторных госпитализаций в течение 6 месяцев по сравнению с теми, кто не участвовал в психообразовательной программе (уровень регоспитализации в течение 6 месяцев 6,9% и 16,4%, соответственно,  $p < 0,05$ ). Тенденция к снижению числа регоспитализаций у пациентов, прошедших психообразовательную программу, сохранялась в течение года после выписки по сравнению с пациентами контрольной группы (уровень регоспитализации 9,5% и 17,7%, соответственно,  $p = 0,069$ ).

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Казаковцев Б.А., Костюк Г.П., Плотнику-Делеск М., Карпенко О.А. Психообразовательная работа во Франции и России: кросс-культурное исследование// Российский психиатрический журнал. 2017. № 2. С. 4 – 11
2. Казаковцев Б.А., Костюк Г.П., Плотнику-Делеск М., Карпенко О.А., Чернов Н.В., Трущелев С.А. Недобровольная психиатрическая госпитализация во Франции и России: кросс-культурное исследование// Психическое здоровье. 2017. № 6. С. 3 – 11
3. Плотнику-Делеск М., Карпенко О.А., Созинова М.В., Карабашева Н.Г., Чернов Н.В., Семенова Н.Д., Казаковцев Б.А. Подходы к оценке эффективности использования психообразовательных программ во Франции и России // Психическое здоровье. 2017. № 9. С. 3-10
4. Карпенко О.А., Чернов Н.В., Евстигнеева Е.А., Созинова М.В., Дмитриева Н.Г., Кутукова Е.А., Костюк Г.П. Психосоциальная реабилитационная программа «Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара»: методические рекомендации. М.: "КДУ", "Университетская книга", 2019. 76 с.
5. Карпенко О.А., Чернов Н.В., Созинова М.В., Кутукова Е.А., Дмитриева Н.Г., Белякова М.В., Евстигнеева Е.А. «Термометр психопатологических симптомов» – новый инструмент для развития навыка самонаблюдения у пациентов с эндогенными психотическими расстройствами//Психическое здоровье. 2019. №12. С. 42-49
6. Галкина А.О., Карпенко О.А., Образцова Н.В., Чернов Н.В., Шафаренко А.А., Созинова М.В., Костюченко М.Е., Камаева Э.А., Зяблов В.А., Кутукова Е.А., Слонимский А.Б., Кашигин Н.Г., Карапетян Л.А., Быкова О.Ю., Фукс И.И. Динамика когнитивного функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра в течение пяти месяцев после начала первого психотического приступа//Психическое здоровье. 2019. №12. С. 61-72
7. Карпенко О.А. Влияние психообразования на комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара//Журнал



**неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020. №6. С.  
92-98**