

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии  
имени В.П. Сербского» Минздрава России

**На правах рукописи**

Карпенко Ольга Анатольевна

**Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом,  
госпитализированных по неотложным показаниям**

14.01.06 – психиатрия

Диссертация на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Г.П. Костюк

**Москва – 2021**

**Оглавление**

Введение.....	3
Глава 1. Психообразование пациентов в структуре психосоциальной терапии и реабилитации (обзор литературы).....	8
Глава 2. Материал и методы исследования.....	37
Глава 3. Психообразовательные модули и модель организации работы полипрофессиональной бригады в условиях острых отделений психиатрического стационара.....	63
Глава 4. Результаты проспективного этапа исследования и оценка эффективности психообразовательной программы.....	79
Заключение.....	116
Выводы.....	127
Практические рекомендации.....	129
Список литературы.....	130
Приложение 1. Карта клинических и социально-демографических показателей..	157
Приложение 2. Анкета обратной связи о занятии по психообразованию.....	159
Приложение 3. «Термометр психопатологических симптомов» (Дневник самонаблюдения).....	160
Приложение 4. Опросник знаний.....	161

## Введение

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 TR., 2010; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; McGorry P.D., 2015; Kane J., 2016). К примеру, затраты на шизофрению в мире составляют 0,02 – 5,46% ВВП ежегодно (Chong H.Y. et al., 2016). В России бремя шизофрении составляет 0,5% ВВП, при этом 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% приходится на регоспитализацию (Любов Е.Б. и соавт., 2012). В случае частых госпитализаций затраты на лечение в 10 раз превышают средние затраты на одного пациента с шизофренией (Букреева Н.Д. и соавт., 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 с сочетанием психосоциальных мероприятий и лекарственной терапии при ППЭ на результаты лечения, а именно на профилактику развития 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 соавт., 2004; Väuml 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 соавт., 2002; Сальникова Л.И. и соавт., 2002а, 2002б; 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).

В исследованиях подчеркивается важность адаптации психосоциальных вмешательств к этапу оказания психиатрической помощи и клиническим особенностям состояния пациента. В этой связи, а также с учетом рекомендаций Российское общество психиатров (2014) как можно более раннего внедрения психосоциальных интервенций представляется актуальной разработка психообразовательных модулей для пациентов с ППЭ на стационарном этапе оказания помощи. Содержание программы и особенности предъявления психообразовательных методик должны разрабатываться с учетом особенностей контингента пациентов психиатрических больниц, оказывающих медицинскую помощь по экстренным и неотложным показаниям. В связи с этим необходимо адаптировать программу 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; Костюк Г.П., Масякин А.В., 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**

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 в виде снижения числа повторных госпитализаций в период после первых 6 месяцев, свидетельствует о необходимости проведения поддерживающих курсов психообразования в амбулаторных условиях.

### **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.

## **Глава 1. Психообразование пациентов в структуре психосоциальной терапии и реабилитации (обзор литературы)**

### **1.1. Мишени психообразования**

Программы по психообразованию включены в клинические рекомендации по лечению тяжелых психических расстройств Российского общества психиатров (Российское общество психиатров, 2014), Американской Психиатрической Ассоциации (American Psychiatric Association (APA), 2020), Немецкой ассоциации психиатрии, психотерапии и психосоматики (German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, DGPPN, 2019), Королевского Колледжа Психиатров Австралии и Новой Зеландии (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; Galletly C. et al., 2016), в канадские Рекомендации по психосоциальному лечению шизофрении у взрослых (Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults; Norman R., et al. 2017) и являются на сегодняшний день стандартной терапией психотических расстройств. Национальный институт здравоохранения и качества медицинской помощи (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE 2014a) рекомендует проводить психообразование пациентам с биполярным расстройством, однако рекомендации в отношении расстройств шизофренического спектра более осторожные, указывается лишь, что пациенты и их родственники должны в доступной форме снабжаться информацией о заболевании (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014b). Европейский экспертный совет по современному лечению шизофрении (European Expert Panel on the Contemporary Treatment of Schizophrenia) сообщает о том, что предоставление информации о заболевании является неотъемлемой частью хорошей клинической практики как с точки зрения лечения, так и с этической точки зрения (Altamura, A. C., et al., 2000).

В отечественной психиатрии традиционно подчеркивалась важная, если не решающая, роль активного участия самого пациента в процессе реабилитации



(Гейер Т.А., 1933; Кабанов М.М., Корабельников К.В., 1977; Мелехов Д.Е., 1981). Современные тенденции расширяют степень участия пациента в лечебном процессе: мнение пациента учитывается и в отношении медикаментозного лечения, и в отношении организации оказания помощи. Совместное принятие решений с пациентом в отношении лечения является ключевым аспектом пациент-центрированного подхода (Weston W., 2001). В основу данного подхода легло предположение, что при полном участии пациента в выборе лечения комплаенс будет выше, чем при выборе терапии только врачом (Charles C. et al., 1999). Действительно, имеются данные о том, что партнерские, не патерналистские отношения увеличивают степень осознанной включенности пациента в процесс лечения, способствуют формированию ответственности за процесс и результат лечения, при активном участии пациента в выборе терапии увеличивается комплаенс и приверженность лечению (Nunes V. et al., 2009).

Важность участия пациента и родственников в принятии решений по лечению отражена в руководствах по терапии шизофрении и биполярного расстройства National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014a; NICE, 2014b), этот подход активно отстаивается и пациентскими организациями (Foot C. et al., 2014), он рекомендован к применению даже в случае недобровольной госпитализации (Giacco D. et al., 2018).

Последнее время уделяется все больше внимания идее самостоятельного регулирования своего состояния (self-management) при тяжелых психических расстройствах (Lean M. et al., 2019). Хотя при хронических соматических заболеваниях, например, таких как сахарный диабет, он применяется уже давно (Trauser L. M., 1973; Старостина Е.Г., 2003). Этот подход, наряду с совместным принятием решений по лечению, является частью концепции “recovery” (Гурович И.Я. и соавт. 2008а, 2008b; Мосолов С.Н. и соавт., 2012; Mueser КТ et al., 2013; Ahmed АО et al., 2016; Lean M. et al., 2019; Taylor M., Jauhar S., 2019), а именно компонентом “*personal recovery*”. “*Personal recovery*” (субъективное восстановление) – это оценка самим пациентом качества своего восстановления в отличие от клинического восстановления (“*clinical recovery*”), которое

оценивается преимущественно специалистами (Leamy M. et al., 2011; van Weeghel J. et al., 2019). В рамках концепции “*personal recovery*” подчеркивается важность уверенности пациентов в собственных силах (*empower*), компетенции в управлении лечением (*self-management*), возможности самостоятельно устанавливать терапевтические цели и критерии своего выздоровления (Mueser KT et al., 2013; Ivezić SŠ et al., 2017; Lean M. et al., 2019). В психиатрии отношение к предоставлению пациенту возможности самостоятельно принимать решения по лечению остается неоднозначным (Ястребов В.С., 2012) и также, как и в других областях медицины, имеются проблемы с полноценным применением описанных подходов в рутинной врачебной практике (Matthias M.S. et al., 2012; Joosten EA et al., 2008; Huang C. et al., 2020).

Среди мероприятий, направленных на активное включение пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в процесс лечения (*self-management*), выделяют: 1) проведение психообразования о психическом расстройстве и его лечении, чтобы предоставить пациентам возможность принимать информированные решения о лечении; 2) формирование поведения по соблюдению режима приема препаратов; 3) определение ранних признаков обострения и разработка плана по предотвращению рецидива; 4) обучение стратегиям совладания с остаточной симптоматикой (Mueser KT et al., 2002; Lean M et al., 2019).

По определению Arbeitsgruppe Psychoedukation «Психообразование – это систематическая дидактико-психотерапевтическая интервенция, направленная на информирование пациента и его родственников о психическом расстройстве с целью формирования совладающего поведения <...> Находясь в рамках психотерапевтических подходов, психообразование подразумевает активное предоставление информации, обмен информацией между пациентами, обсуждение общих вопросов лечения заболевания» (Bäuml J et al., 2006). Психообразование – это не только передача знаний, это комплекс познавательных, эмоциональных и поведенческих воздействий (Гурович И.Я., Семенова Н.Д., 2007).

Bäuml J. et al. (2006) рассматривают психообразование как самостоятельный специфический метод психотерапии. По мнению этих авторов, психообразование должно применяться в качестве обязательной базовой методики у пациентов в остром и подостром состоянии, на которую потом накладываются другие психосоциальные программы.

Психообразование считается базовой методикой для повышения вероятности приема терапии пациентом и создания комплаенса между специалистом и пациентом (Kane J.M. et al., 2013). В соответствии с кокрейновским обзором, психообразование приводит к повышению комплаенса, снижению рецидивов заболевания, улучшению психопатологического статуса (Pekkala E., Merinder L., 2002). Психообразование позиционируется и как интервенция, направленная на повышение критики к состоянию (Xia J. et al., 2011), однако результаты исследований на эту тему неоднозначны.

В небольшом количестве исследований, имеющих на сегодняшний день, изучалась и была показана связь между знаниями о заболевании и критикой, а также с комплаенсом у пациентов с первым психотическим эпизодом и шизофренией (Suñlwold L., Herrlich J. 1992; Quillams L., Addington J., 2003; Chan K.W. et al., 2014). В мета-анализе Lincoln TM et al. (2007b) было показано отсутствие влияния психообразования на критику к состоянию. В мета-анализе Rijnenborg GH et al. (2013) эффект психообразования на формирование критики к заболеванию был в пользу психообразования, но величина эффекта была небольшой, однако и рандомизированных контролируемых исследований, изучавших этот эффект, было всего пять. В кокрейновских систематических обзорах также не удалось доказать положительного влияния психообразования на критику к состоянию, которая оценивалась с помощью шкал (Pekkala E, Merinder L. 2002; Xia J et al., 2011), однако удалось доказать, что в результате психообразования повышался уровень знаний о болезни и уверенность во враче (Xia J et al., 2011). Знание о болезни является первой ступенью к осознанию болезни (Ko N.Y. et al., 2006), однако не всегда знания о диагнозе и симптомах

заболевания приводят к осознанию пациентом связи между своим состоянием и диагнозом или симптомами (Alenius M. et al., 2010; Dondé C. et al., 2019).

Разнородность результатов исследований может обуславливаться методологическими проблемами измерения критики к состоянию из-за отсутствия единой теоретической основы и разнородности диагностических инструментов (McCormack et al., 2014). Критика к состоянию понимается шире, чем просто согласие пациента с фактом наличия психотического расстройства. Она требует интеграции собственного опыта и точки зрения других людей в сложное понимание психиатрических проблем, которые имеются у индивида, в результате чего тот правильно выстраивает причинно-следственную связь между событиями и способен составить реалистичный план действий (Lysaker PH et al., 2013). Выделяют клинический аспект критики (clinical insight), включающий: 1) распознавание заболевания; 2) распознавание отдельных симптомов; 3) комплаенс в отношении лечения (David, A.S., 1990), и когнитивный (cognitive insight), т.е. способность пациента дистанцироваться от своего опыта и оценивать его. Когнитивный компонент критики подразделяется на «саморефлексивность» (self-reflectiveness) и «самоуверенность» (self-certainty), для пациентов с психотическими расстройствами характерно уменьшение первого и повышение второго (Beck AT et al., 2004).

В настоящее время считается, что критика к заболеванию только частично обуславливается психическим состоянием и связь между тяжестью психопатологии и критикой не линейна (McEvoy JP, 1989; Comparelli A. et al., 2013; Braw Y. et al., 2012; Lysaker PH et al., 2013; Buchy L. et al., 2018; Phahladira L. et al., 2019). По данным одного из систематических обзоров, тяжесть психопатологии объясняет лишь 3% - 7% нарушения критики (Mintz A.R. et al., 2003). Низкие баллы по шкале G12 («критика к состоянию») PANSS не были связаны ни с хорошим субъективным («personal recovery»), ни с клиническим восстановлением (Rossi A et al., 2018). Последние данные указывают, что вклад когнитивных нарушений в

отсутствие критики к симптомам составляет лишь 6,4% у пациентов как с первым эпизодом психоза, так и с множественными эпизодами (Sauvé G. et al., 2019).

Ранее было показано, что хороший комплаенс не всегда сопровождается хорошей критикой к состоянию и наоборот (McEvoy JP et al., 1989), последующие работы скорее подтверждают это. С точки зрения медикаментозного комплаенса, пациенты, способные выстроить логическую взаимосвязь между приемом препаратов и улучшением состояния, прогностически благоприятны даже несмотря на неполное наличие критики к заболеванию (Amador X. F., Strauss, D. H. 1993). На комплаенс пациентов со сниженной критикой к заболеванию влияет их мнение о необходимости приема антипсихотиков (Beck EM et al., 2011). Знания о первых признаках обострения в сочетании со стратегиями совладания в виде обращения за помощью приводят к лучшему исходу в отношении достижения функциональной ремиссии (Alenius, M. et al., 2010). При построении прогностической модели исходов у пациентов с первым психотическим эпизодом, наиболее прогностически благоприятным было наличие частичной критики к состоянию (Осокина О. И. и соавт., 2013). Имеются наблюдения, что наилучшее субъективное восстановление («personal recovery») отмечается у пациентов со сниженным когнитивным компонентом критики к состоянию, а именно с низкой «саморефлексивностью» (Giusti L. et al., 2015).

В ранних работах, посвященных психообразованию, высказывалась мысль, что в связи с размытостью понятия «критики», не стоит делать ее объектом психообразования, также как делать терапевтической мишенью лишь такие утилитарные задачи, как формирование комплаенса или предотвращение госпитализации, гораздо важнее рассматривать в качестве психотерапевтической цели восстановление пациента и повышение его благополучия (McGorry PD, 1995).

Тем не менее, предотвращение рецидивов заболевания является не только желаемой клинической целью лечения, но и используется в исследованиях в качестве маркера эффективности лечебных мероприятий. Однако до сих пор общепринятого определения рецидива заболевания не существует (Burns T et al.,

2000). Большинство исследований относят к однозначному признаку рецидива повторную госпитализацию (Leucht S. et al., 2012; Olivares JM et al., 2013). Предотвращение рецидива именно в первые годы заболевания имеет стратегическое значение в отношении долгосрочных исходов болезни (Weiden PJ, Olfson M., 1995), в течение первых 5 лет происходят наиболее выраженные клинические проявления болезни, а также психосоциальное снижение пациентов (Lieberman J.A. et al., 2001; Зайцева Ю.С., 2010; Гурович И.Я. и соавт., 2012; Софронов и соавт., 2012).

Известно, что до 26% пациентов с первым эпизодом заболевания прекращают прием терапии в течение первого года лечения (Robinson D. et al., 2002), по другим данным до 39,3% (Coldham EL et al., 2002), а в течение первых 6 месяцев 45,1% (Rabinovitch et al., 2009), через 10 дней после выписки из стационара 25% пациентов соблюдают режим приема лекарств только частично (Lam YWF et al., 2003). В случае отмены антипсихотика до 77% пациентов с первым эпизодом, которые находились в состоянии ремиссии, рецидивируют в течение первого года, и 90% - в течение двух лет (Zipursky R.V. et al., 2014). В группе пациентов с первым психотическим эпизодом даже кратковременный перерыв в терапии до истечения 18-месячного периода приводил к 5-кратному увеличению риска рецидива в течение 3 месяцев (Winton-Brown TT et al., 2017). При этом прием только медикаментозного лечения может оказаться недостаточным для предотвращения рецидива (Guo X. et al., 2010). Есть данные, что даже несмотря на соблюдение режима терапии до 40% пациентов испытают рецидив заболевания в течение первого года после выписки, если не получают дополнительно психосоциальной терапии. При добавлении к лекарственной терапии психосоциальных интервенций количество рецидивов в течение первого года после выписки снижается до 20% (Hogarty G.E., Ulrich R.F., 1998).

Если говорить о причинах преждевременной отмены терапии, то в случае пациентов с первым эпизодом расстройств психотического спектра это и недостаточное осознание болезни, и наличие побочных эффектов, и

недостаточные знания пациента о принципах лечения заболевания, и даже быстрый положительный эффект терапии, который дает ложное ощущение благополучия (Kane J.M. et al., 2013). На комплаенс влияет целый ряд клинических, демографических, социальных, психологических факторов (Кабанов М.М., 1986; Незнанов Н.Г. и соавт., 2004; Морозов П.В., 2010; Дмитриева Е.Г., 2018). Психообразование является эффективной методикой повышения комплаенса и снижения уровня обострений заболевания у пациентов с расстройствами психотического спектра, что будет продемонстрировано далее.

## **1.2. Психообразование семьи пациента**

Разработка программ и исследования психообразования активно начались с конца 70-х годов 20 века и изначально под термином «психообразование» подразумевалось преимущественно психообразование членов семьи пациентов с психотическими расстройствами, хотя и предпринимались попытки разграничения терминологии: «образование» для обучения семьи, а «психообразование» для обучения пациентов (Goldman CR., 1988). Предпосылками развития обучения членов семьи пациентов с психотическими расстройствами было, с одной стороны, понимание неэффективности традиционных для того времени подходов к семейной психотерапии (психодинамических и системных), которые были направлены на коррекцию семейной дисфункции для избавления пациента от симптомов заболевания, с другой стороны понимание необходимости передачи профессионалами знаний о болезни, которые зачастую являются контринтуитивными, чтобы сделать возможной адаптацию членов семьи к психотическому расстройству и обеспечить надлежащую поддержку больному члену семьи (McFarlane WR, 2016; Хритинин и соавт., 2010). Семья является основным источником поддержки пациента, смягчая последствия несостоятельности, однако при этом в более чем 40 % случаев наблюдаются сложные внутрисемейные отношения (Шмуклер А.Б., 1999).

Терапевтической мишенью таких программ в большинстве случаев являлась высокая эмоциональная экспрессивность в семье (т.е. избыточная критика в

отношении пациента, агрессия или чрезмерная эмоциональная вовлеченность), которую пытались скорректировать с помощью психообразования, а также сопутствующих интервенций, направленных на снижение стресса, выработку навыков общения, предоставление большей автономии и самостоятельности пациенту (Dixon L.V. et al., 1995). В основу данного подхода легло предположение, что уменьшение тревоги у членов семьи, повышение их уверенности, навыки конструктивного общения с больным родственником будет способствовать снижению эмоциональной экспрессивности, что уменьшит избыточную стимуляцию пациента, а значит будет способствовать более стабильному психическому состоянию и уменьшит вероятность рецидива заболевания (Anderson, C. M et al., 1980; Leff, J.P. et al., 1985; Bebbington P., Kuipers L., 1994).

Исследования другого классика семейной терапии показали, что навыки решения проблем у членов семьи имеют большее влияние на снижение рецидивов, нежели коррекция эмоциональной экспрессивности (Falloon I. et al., 1985). В настоящее время при назначении семейного психообразования, эмоциональной экспрессивности уже не придается такого значения, больше внимания уделяется степени близости пациента с членами семьи и наличию рецидивов заболевания. Кроме того, семьям с низкой эмоциональной экспрессивностью психообразование также может быть показано (Harvey C., 2018). Отечественными специалистами делался акцент на коррекцию внутрисемейного взаимодействия с помощью мультисемейной или индивидуальной семейной психотерапии, информационный аспект при этом отдельно не выделялся, однако подразумевался в контексте описываемых мероприятий (Воловик В.М. и соавт., 1984).

В одной из первых работ, посвященных психообразованию (Goldstein M.J. et al., 1978), сравнивались эффекты терапии пациентов с первым психотическим эпизодом, получающих психофармакотерапию или комбинированную психофармакотерапию и семейную «кризисную» терапию, являющуюся по сути психообразованием. Был доказан противорецидивный эффект комбинированной терапии в горизонте 6 месяцев после выписки. Кроме того, изучался вопрос о



большей эффективности комбинации фармакотерапии и психообразования для коррекции остаточной симптоматики после перенесенного приступа, что и было показано во взаимосвязи с полом пациентов и их преморбидным статусом.

В последующие годы проводились исследования применимости и эффективности различных форматов семейного психообразования: с привлечением пациента и без его участия, мультисемейные группы, индивидуальная работа с семьей, семейные интервенции на дому или в клинике; предлагалась различная продолжительность программ: от нескольких недель до нескольких лет; различное количество сессий (Leff et al., 1982, 1985; Kottgen et al., 1984; Glick et al., 1985; Haas et al., 1988; Hogarty et al., 1986, 1991; Tarrier et al., 1988; McFarlane et al., 1994, 1995; Schooler N.R., 1989). Психообразование семьи пациента сравнивалось со стандартной терапией, а также с другими форматами семейной психотерапии (при этом во всех исследовательских группах всегда применялась психофармакотерапия), в качестве критерия эффективности оценивались сроки и число рецидивов у пациентов. Во всех приведенных исследованиях отмечалось снижение числа рецидивов заболевания, а в большом проекте Национального института психического здоровья (NIMH, США) – «Treatment Strategies in Schizophrenia study» - эффективность различных семейных программ оказалась сопоставима между собой (Schooler, N.R., 1989; Mueser et al., 2001). Результаты одного из мета-анализов указывают на снижение числа рецидивов на 20%, если родственники пациентов были вовлечены в лечебный процесс. С другой стороны, результаты этого же мета-анализа показывают, что работа изолированно только с пациентами или только с их родственниками также эффективна, как и комбинированная работа и с семьей, и с пациентом (Pitschel-Walz G. et al., 2001).

Несмотря на возможные различия в методах и способах предъявления, содержательно все психообразовательные программы семьи сводятся к одному и тому же набору основных тезисов, а именно: 1) шизофрения является психическим заболеванием; 2) обстановка в семье не может вызвать шизофрению; 3) семья

может являться источником поддержки для пациента; 4) программа психообразования является частью комплексного лечения, наряду с медикаментами и прочими реабилитационными мероприятиями (Lam, D.H., 1991; Dixon L.V. et al., 1995; Ландышев М.А., 2006; Ривкина Н.М., Сальникова Л.И., 2009).

Исследования психообразования семьи продолжают и в настоящее время. В частности, до сих пор не до конца прояснены механизмы положительного эффекта семейного психообразования на заболевание, хотя в одном из последних систематических обзоров на данную тему, выполненном Gracio J. et al. (2016) были выделены факторы, которые влияют на эффективность этих вмешательств: выстраивание взаимоотношений с пациентом и его родными, доверие, сотрудничество, а также наличие информации о заболевании, вне зависимости от способа ее предоставления. Таким образом, авторы делают вывод о том, что эффективность психообразования достигается за счет выстраивания терапевтического альянса с пациентом и его семьей, получения знаний о болезни и ее лечении, обучения навыкам совладания и общего руководства со стороны лечащих специалистов (Gracio J. et al., 2016).

В современном виде модели работы с семьей основываются на трехстороннем альянсе «специалист-пациент-семья» и представляют собой комплексное воздействие, где психообразование присутствует в качестве необходимого компонента наряду с прочими вмешательствами, направленными на выстраивание терапевтического альянса и обучению навыкам совладания с болезнью. Семья теперь рассматривается скорее как терапевтический механизм, то есть как субъект, а не как объект терапии (Jewell, T. C. et al., 2009). Дополнительным доказательством в пользу необходимости воздействия на внутрисемейный стиль взаимодействия являются работы, изучавшие развитие расстройств шизофренического спектра в приемных семьях у генетически предрасположенных индивидов (Tienari et al., 2004; Myllyaho T. et al., 2019). Было показано, что люди с генетическим риском психических расстройств более

чувствительны к условиям воспитания, чем те, у кого этого риска нет. И сделан вывод, что стиль внутрисемейного взаимодействия может быть как защитным фактором, так и фактором риска развития психотических расстройств.

С ростом интереса к изучению первого психотического эпизода и предшествующих ему состояний (высокого риска психоза), появились новые данные, касающиеся дисфункциональных взаимодействий в семье. Было обнаружено, что дисфункция (в частности, высокая эмоциональная экспрессивность) появлялась и усугублялась по мере манифестации и прогрессирования заболевания вследствие стресса и травматического опыта семьи заболевшего, а не была свойственна семье изначально (McFarlane W. R., Cook W. L., 2007). Однако при этом, по данным отечественных авторов, стоит учитывать и характерологические особенности кровных родственников пациента, которые также обуславливают патологический стиль внутрисемейных отношений и особенности реакции на психическое заболевание члена семьи (Воловик В.М. и соавт., 1984). Личностные характеристики родственников, особенности взаимоотношения с пациентом и степень сплоченности семьи могут оказывать влияние на отношение семьи к медикаментозной терапии (Семенова Н. В., 2013; Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2015).

Последние годы проводился ряд исследований эффективности ранних интервенций, в частности психообразования семьи, у пациентов с первым психотическим эпизодом и высоким риском психоза. В исследовании OPUS в Дании дополнительно к стандартному лечению проводили психообразовательную работу с семьей и ассертивное амбулаторное лечение. Через 2 года у пациентов экспериментальной группы был ниже уровень суицидов, злоупотреблений психоактивными веществами, негативных симптомов и бремени семьи, чем у контрольной (Jeppesen et al., 2005; Petersen et al., 2005), а у пациентов в подгруппе с высоким риском психоза психотические эпизоды происходили в 2 раза реже, чем в контрольной на протяжении 2 лет наблюдения (Nordentoft et al., 2006). В США в рамках программы раннего выявления психозов Portland Identification and Early

Referral (PIER) проводилось исследование Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis. И в результате комплексной терапии наблюдалось улучшение в отношении всех доменов симптомов, при этом положительное влияние на психотическую симптоматику по мнению авторов было связано преимущественно с семейным психообразованием, а не приемом психофармакотерапии (McFarlane et al., 2015). В другом исследовании (RAISE) не удалось выявить разницу по регоспитализациям или влиянию на позитивную и негативную симптоматику у пациентов экспериментальной группы, а только лишь на вовлеченность в программу и на качество жизни, что несколько противоречит результатам других исследований (Kane et al., 2016).

Таким образом, если в начале появления семейных психообразовательных программ их авторы (Leff J. et al., 1982; Tarrier N. et al., 1988) фокусировались преимущественно на эмоциональной экспрессивности, то более поздние модификации ставили помимо этого своей целью и эмпатическое вовлечение пациента и его семьи (Anderson, C. M., 1980), расширение социальной поддержки благодаря мультисемейному формату занятий (McFarlane et al., 1995), формирование навыков решения проблем (Falloon et al., 1985), что в свою очередь также оказывало влияние и на эмоциональную экспрессивность, снижая уровень стресса и тревоги (Dyck et al., 2002). Одно только предоставление информации без поддержки и выработки навыков решения проблем не оказывало влияния на уровень рецидивов (Greenberg et al., 1995), но в тоже самое время и не было исследований, опубликованных на английском языке, которые бы изучали только психообразование семьи без сопутствующих вмешательств (McFarlane WR., 2016). В России такого рода исследования проводились. При психообразовании родственников пациентов с частыми госпитализациями было выявлено уменьшение регоспитализаций в течение 2 лет, улучшение внутрисемейного взаимодействия и большая степень приверженности пациентов к амбулаторному лечению (Ландышев М.А., 2006). Повышение медикаментозного комплаенса пациентов, а также снижение регоспитализаций было выявлено в ходе психообразования родственников пациентов с первым психотическим эпизодом

(Солоненко А.В., 2007а, 2007б). Также в процессе семейных психотерапевтических мероприятий акцент делается и на выработке конкретных навыков у членов семьи, направленных на адаптивное совладание с болезнью (Воловик В.М. и соавт., 1984; Коцюбинский А.П., Зайцев В.В., 2004).

В современном представлении термин «психообразование» имеет более широкую трактовку, подразумевая под собой применение нескольких психотерапевтических элементов, которые сопровождают предоставление информации о заболевании (Dixon L. et al., 2001). Психообразование семьи как научно-обоснованная методика, была рекомендована к применению World Schizophrenia Fellowship в 1998 году и до сих пор является программой с наибольшей доказательностью среди психообразовательных интервенций (American Psychiatric Association, 2020).

### **1.3. Психообразование пациентов**

Программы, предоставляющие информацию о заболевании пациентам с психическими расстройствами, как и семейное психообразование, появились в середине 70-х годов 20 века. Они разрабатывались на основании медицинской модели психических расстройств, аналогично уже существующим на тот момент образовательным программам для пациентов с хроническими соматическими заболеваниями (Bisbee C., Vickar G., 2012). Одними из первых были разработаны дидактические групповые занятия для госпитализированных пациентов с расстройствами шизофренического спектра, биполярным расстройством и тяжелым депрессивным расстройством, получившие название «Ответственный пациент» (“Responsible patient”). Это название отражало основную идею образовательных групп: сделать пациента партнером в лечебном процессе, снабдить его необходимыми знаниями, поощрять активность при взаимодействии с врачом и разделять ответственность в процессе лечения. Занятия проводились в специальном классе, похожим на школьный, и были рассчитаны на 3 недели ежедневного обучения госпитализированных пациентов, состоявшего из лекций и практических занятий (Osmond H. et al., 1978).

Однако в большинстве случаев психообразование для пациентов, в отличие от семейных программ, в 70-80е годы представляло собой информационные встречи, посвященные преимущественно лекарственной терапии (Brown CS et al., 1987; Ascher-Svanum H., 1989), несмотря на уже имевшийся в тому времени опыт позитивного восприятия пациентами информации о своем заболевании и способах совладания с ним (Osmond H. et al., 1978; Pilsecker, C. 1981). Предоставление объективной информации пациентам о препаратах и их побочных действиях приводило к уменьшению страхов побочных эффектов и большему доверию к врачу, тогда как в группе контроля страх побочных эффектов и недоверие к врачу со временем только возрастали (Hornung WP et al., 1998). Информирование о поздней дискинезии также не приводило к отмене терапии у пациентов (Chaplin R, Kent A. 1998). Исследования, посвященные информированию пациентов лишь в объеме особенностей приема препаратов, проводятся и в наше время (White D et al., 2018).

Позже все чаще предпринимались попытки расширить содержание психообразовательных групп информацией о природе заболевания, поощрять активность участников и обмен мнениями. Группа психообразования рассматривалась как естественная поддерживающая среда для пациента, обучение в которой идет, в том числе и через обмен информацией между участниками (Hayes R, Gantt A. 1992). Группы такого формата пользовались популярностью, а кроме того, был показан их положительный противорецидивный эффект, повышение медикаментозного комплаенса и сокращение количества дней в стационаре в 3 раза в случае повторной госпитализации (Powell BJ et al., 1977; Seltzer A et al., 1980).

В России описанные два подхода к проведению занятий получили разное терминологическое определение: «психопросвещение» в случае лекционного формата занятий с более пассивной ролью слушателей и «психообразование» в случае интерактивного вовлечения участников в процесс, что представляется наиболее предпочтительным (Гусева О.В., А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский, 2018).

Психообразование пациентов в последующем стало изучаться шире, однако исследователи обращали внимание на значительный перекоп в сторону разработки и изучения семейного психообразования, при котором воздействие на самого пациента осуществлялось только косвенным образом, и явный недостаток интервенций для самих пациентов (Goldman CR., Quinn FL, 1988; Ascher-Svanum H., 1989; Hayes R, Gantt A. 1992; McGorry PD, 1995).

Сокращение времени госпитализации пациентов с психотическими расстройствами до 30 дней диктовало необходимость разработки краткосрочных практико-ориентированных структурированных вмешательств (Greenberg, L., et al., 1988). Подробность изложения информации зависела и от состояния пациентов, для более острых пациентов рекомендовалось больше сосредотачиваться на практических аспектах лечебного процесса, сокращая теорию. При проведении психообразования пациентам с психозами подчеркивалась важность дидактических подходов, высокая структурированность программ, наличие определенных повторяющихся элементов и одинаковые временные рамки каждого блока программы (Pilsicker C. 1981; Hayes R., Gantt A. 1992). Наиболее сложной задачей представлялась разработка программ психообразования для пациентов с первым психотическим эпизодом. Неясность диагноза и прогноза при первом психозе для профессионалов с одной стороны и психотравматичный опыт самого психоза для пациента и родственников с другой затрудняют предоставление информации пациентам. Поэтому при психообразовании данной категории пациентов особенно важно применять психотерапевтические подходы, направленные на повышение самооценки, выработку конструктивных механизмов совладания, смещение внимания на позитивные аспекты и рефрейминг негативного опыта (McGorry PD, 1995). В случае первого психотического приступа в юношеском возрасте следует обращать внимание на субъективное отношение пациентов к болезни, которое зачастую неадекватно объективным проявлениям, и дифференцированно подходить к психообразованию в зависимости от типа отношения к заболеванию (Каледа В.Г. и соавт., 2013; Маричева М.А., 2014).

При разработке программ изначально учитывался и фактор когнитивных нарушений у пациентов, однако это не воспринималось как препятствие для психообразования. Предполагалось, что перевод субъективного опыта болезни в объективный уменьшит уровень тревоги, предоставление информации о болезни, лечении и способах решения проблем придаст пациентам уверенности (empowerment), что поможет направить имеющиеся когнитивные ресурсы на применение полученной информации. А положительный опыт, которые пациенты получают на занятиях, может придать уверенность в себе и вселить надежду (Hayes R., Gantt A. 1992). Эмпирические данные показали, что госпитализированные пациенты с расстройствами шизофренического спектра могут воспринимать и удерживать информацию, полученную в процессе психообразования (Goldman CR., Quinn FL, 1988).

В исследовании Munich COGPIR study изучалось влияние нейрокогнитивного статуса пациентов на усваивание программы психообразования. Для этого перед включением в психообразование пациентам экспериментальной группы проводился 2 недельный нейрокогнитивный тренинг, затем в обеих группах проводилось психообразование. В группы психообразования в этом исследовании включались пациенты с острым психотическим состоянием, однако корреляции между значениями шкал PANSS и знаниями по итогам психообразования выявлено не было. В ходе этого эксперимента было показано, что на уровень итоговых знаний больше влияния оказывала выраженность нейрокогнитивных нарушений пациентов, особенно запоминания, а не выраженность психопатологических нарушений. Отсутствие прямой связи между нейрокогнитивными нарушениями и психопатологической симптоматикой было показано и отечественными исследователями (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С., 2012). Хотя есть работы, которые связывают структурно-функциональные варианты нейрокогнитивных нарушений с клиникой расстройств шизофренического спектра (Магомедова М.В., 2003).



Было предложено проводить психообразовательные программы дифференцировано в зависимости от нейрокогнитивного состояния – пациентам с более выраженными нарушениями памяти и внимания давать меньше информации и делать больше повторов (Jahn T. et al., 2011). В дальнейшем при катамнестической оценке комплаенса и регоспитализаций, у всех пациентов, проходивших психообразование, независимо от особенностей исследовательской группы, отмечались хорошие результаты через 9 месяцев: у 75% был высокий комплаенс, а уровень регоспитализаций был 18%, т.е. пациенты, которые не проходили дополнительно нейрокогнитивный тренинг, также положительно реагировали на психообразование (Pitschel-Walz G. et al. 2013). В другом исследовании было показано, что пациенты с пограничным уровнем интеллектуального снижения (IQ 70—85) могут включаться в общие группы психообразования (Pitschel-Walz G. et al. 2009).

Позднее программы психообразования для пациентов были модифицированы и психообразование стало рассматриваться не только как передача знаний о болезни, но и как способ обучения навыкам самостоятельного контроля состояния (self-management). В рамках психообразования с обучением самоконтролю включаются такие темы как: прием препаратов, выявление ранних признаков обострения, разработка плана предотвращения рецидива, совладание с остаточной симптоматикой (Mueser KT et al., 2002; Zou H. et al., 2013). Данный подход к психообразованию также оказался эффективен в отношении снижения уровня рецидивов и регоспитализаций и практически в 3 раза увеличивал медикаментозный комплаенс (Zou H. et al., 2013). В программах психообразования, где уделялось внимание интерактивному компоненту и активному участию пациентов в процессе психообразования, увеличивалось субъективное благополучие (Shinozaki A. et al., 2020). Имеются указания, что проведение групповых программ с пациентами с акцентом на “recovery” положительно влияет на снижение самостигматизации (Ivezić SŠ, et al. 2017; Alizioti A., Lyrakos G., 2019).

#### 1.4. Современные программы психообразования

В современные программы психообразования добавляются вспомогательные элементы из различных психотерапевтических подходов: когнитивно-поведенческой терапии, поддерживающей терапии, гуманистического подхода (Bäuml J et al. 2006) и других. Так, был показан положительный эффект программ, в которых наряду с психообразованием была включена работа с копингами (Schaub A et al., 2016), российскими исследователями также было показано положительное влияние на копинг-стратегии программы психообразования (Антохин Е. Ю. и соавт., 2008; Серазетдинова Л.Г. и соавт., 2012). Наличие планов действия и активной проблема-фокусированной стратегии совладания (например, в виде обращения за помощью) связаны с лучшим исходом лечения (Andres K. et al., 2003; Alenius M. et al., 2010).

Ранее нами уже рассматривались результаты исследования Munich COGPIR, в котором изучалось присоединение к психообразованию нейрокогнитивного тренинга (Jahn T. et al. 2011; Холмогорова А.Б. и соавт., 2007). В качестве примера присоединения к психообразованию техник когнитивно-поведенческой терапии в формате метакогнитивного тренинга (Moritz S. et al., 2014; Папсуев О.О. и соавт., 2014), можно привести исследование, в котором изучались эффекты сочетания метакогнитивного тренинга и психообразования у пациентов с первым психотическим эпизодом (Ahuir M, et al., 2018). Было отмечено положительное влияние такой комбинации на когнитивные искажения и на симптомы депрессии, но влияния на критику к состоянию и функционирование обнаружено не было. Еще одной разновидностью применения психообразования является комплаенс-терапия, которая сочетает в себе психообразование, техники мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии (Бабин С.М. и соавт., 2011; Солохина Т.А. и соавт., 2017; Дмитриева Е.Г., 2018).

Китайские исследователи обозначили необходимость разработки психообразовательных программ с учетом культуральных особенностей пациентов

(Chan K.W. et al., 2014). Одним из примеров такого подхода является исследование программы психообразования, проведенное в Гонконге, Китае и Тайване. В нем изучался эффект психообразования с присоединением техники осознанности (mindfulness), которая обучает безоценочному наблюдению за своими мыслями и телесными ощущениями, регуляции внимания по отношению к ним. Через 24 месяца оценивалось достижение ремиссии у пациентов с обычным психообразованием, сочетанием психообразования и техники «mindfulness» и со стандартным лечением, у трети пациентов в группе «mindfulness» отмечались признаки ремиссии, у 26% в группе обычного психообразования и только у 7% в группе стандартного лечения. Кроме того, у пациентов в группе «mindfulness» отмечалась лучшая критика к состоянию (Chien WT et al., 2017). Кроме культуральной близости жителям обозначенных регионов, эффект «mindfulness» объяснялся тем, что эта техника придает уверенность пациентам (empowerment), т.к. помогает справляться с негативными эмоциями и стрессом, осознавать нежелательные мысли и ощущения, с принятием относиться к факту наличия болезни и необходимости лечения (Chien WT, Thompson DR. 2014).

Разработанные в России программы психообразования близки к идеологии self-management и включают в себя комплексный подход с формированием у пациента мотивационного компонента к получению знаний о болезни, навыки распознавания признаков психического заболевания и использование полученных знаний на практике, в результате чего пациенты приобретают возможность самостоятельной регуляции своего эмоционального состояния, навыки планирования и формирование проблемно-решающего поведения, формируют положительное эмоционально-ценностное отношение к себе и окружающим, что в целом улучшает их социальное функционирование и способствует уменьшению регоспитализаций (Сальникова и соавт., 2002а, 2002b; Мовина Л.Г., 2003; Еричев А. Н., 2004; Серазетдинова Л.Г. и соавт., 2012; Свиридов И.Г., 2014).

Последнее время уделяется внимание разработке коротких психообразовательных интервенций как для пациентов, так и для их

родственников, которые несмотря на небольшое количество сессий в тоже самое время содержат все рекомендуемые компоненты программы (Yasuma N. et al., 2020; Amaresha AC et al., 2018; Zhao S et al., 2015; Bäuml J et al. 2016).

Продолжительность семейных программ в несколько месяцев или лет, является очень затратной как для семей, так и для учреждений, предоставляющих помощь (Rummel-Kluge C., Kissling W., 2008; Okpokoro U. et al., 2014; Harvey C., 2018). Хотя по данным более ранних исследований в этой сфере, в конечном итоге по мере улучшения состояния пациента и семьи, затраты на лечение, наоборот, сокращаются (Cardin V.A. et al., 1986; TARRIER N. et al., 1991; Falloon IRH et al., 1999).

Влияние краткосрочных психообразовательных интервенций для пациентов и их близких на исходы терапии расстройств шизофренического спектра изучались в рамках проспективного исследования Munich Psychosis Information Project Study (Мюнхенское исследование «Проект Информирования о Психозе») (Pitschel-Walz G. et al. 2006; Bäuml J et al. 2007; Pitschel-Walz G. et al. 2009; Jahn T. et al. 2011; Pitschel-Walz G. et al. 2013; Bäuml J. et al. 2016). Основной целью этого проекта была мотивация пациентов на прием поддерживающей терапии в адекватной дозе (300 мг антипсихотика в хлорпромазиновом эквиваленте) (Bäuml J et al. 2016). Психообразование пациентов начиналось во время лечения в стационаре и состояло из 4 сессий в рамках госпитализации и 4 сессий в процессе амбулаторного лечения. Основные идеи, которые должен был усвоить пациент и родственники: психоз провоцируется сочетанием биологических факторов и психосоциального стресса, поэтому его лечат лекарствами и психотерапевтическими интервенциями; успешный исход лечения может быть достигнут только при адекватном приеме лекарств и применении долгосрочных психосоциальных вмешательств. Также пациенты обучались незамедлительно сообщать лечащему врачу о побочных эффектах и вместе подбирать наиболее подходящее лекарство. В результате этой программы противорецидивный эффект психообразования фиксировался через два года после выписки (через год рецидивы отмечались у 21% в терапевтической группе и 38% в группе контроля; через 2 года – у 34% в терапевтической группе и

65% – в группе контроля) (Pitschel-Walz G. et al. 2006), а также сохранялся и через 7 лет, что проявлялось в значительно меньшем уровне регоспитализаций в группе психообразования (54% и 88%) и значительно меньшем количестве дней в стационаре (75 дней и 225, соответственно) (Bäuml J et al. 2007). Обращает внимание, что в отношении комплаенса группы пациентов не отличались между собой. Пациенты, проходившие психообразование, активно принимали участие в выборе медикаментозной терапии, предпочитая при этом атипичные антипсихотики (Pitschel-Walz et al. 2001; Bäuml J et al. 2016).

В Англии изучалась программа поддержания приверженности лечению (Maintaining Adherence Programme (MAP)), в основу которой легла похожая программа, разработанная в Мюнхене. Ключевой интервенцией было 10 - 11 сессий психообразования для пациентов и родственников, также проводилось регулярное отслеживание приема препаратов пациентами в виде напоминаний о приеме лекарств с помощью звонков, практиковалось совместное принятие решений с пациентами. Программа показала свою эффективность как с точки зрения уменьшения затрат, так и с точки зрения высокой удовлетворенности пациентов и сотрудников, уменьшения дней в стационаре и неотложных обращений, что было сопоставимо и с результатами пилотного проекта в Германии (Lewis L et al., 2016).

Проводится поиск новых краткосрочных и низкочастотных подходов для повышения охвата пациентов психообразовательными мероприятиями. Так, проводилось исследование применимости психообразования с помощью специально подготовленных фильмов, дублирующих образовательную программу для пациентов с шизофренией. Была показана эффективность в отношении знаний о болезни и комплаенса, пациенты оценили просмотр фильмов как полезное мероприятие (von Maffei C et al. 2015). Одним из вариантов проведения психообразования при нехватке ресурсов является подключение пациентов к проведению занятий. Эта практика показывает свою эффективность, т.к. подключение пациентов к проведению психообразования повышает доверие к информации у участников (Rummel C. et al. 2005; Семенова Н.Д. и соавт., 2017),

однако эта тема недостаточно изучена, т.к. критерием исключения в мета-анализах и систематических обзорах психообразования является факт подключения пациентов к проведению занятий.

По результатам Кокрейновского обзора, разницы в отношении положительного влияния на медикаментозный комплаенс и регоспитализации между краткосрочными психообразовательными программами (менее 10 занятий) и более длительными нет (Xia J. et al., 2011). Определение минимально достаточной «дозы» психообразования семьи остается пока что нерешенной задачей (Dixon L. et al., 2001). Оптимальная «доза» психообразования для пациентов на разных стадиях заболевания и остроты состояния также все еще является неопределенным вопросом (Morin L, Franck N., 2017).

### **1.5. Проблемы изучения психообразования**

В последнее время психообразование становится частью комплексных программ психосоциальной терапии пациентов, являясь одним их компонентов программы с применением других видов психотерапии (Guo X. et al. 2010; Bäuml J et al. 2016; Schaub A et al. 2016; de Jong MH et al. 2019; Давыдов К. В., 2005; Мовина Л.Г., 2005, 2007; Чуканова Е.К., 2017; Гусева О.В. и соавт., 2018; Семенова Н.Д. и соавт. 2019). При этом до настоящего времени сохраняется ситуация, когда отдельных исследований влияния психообразования на исходы терапии, особенно психообразования только пациентов без подключения родственников, немного и данные об их эффективности противоречивы (Pitschel-Walz G. et al. 2001; Lincoln T.M. et al., 2007b; Bäuml J et al. 2016). Методология проведения этих исследований не позволяет включать большую их часть в мета-анализы (Lincoln TM et al., 2007a; Lincoln TM et al., 2007b; Zou H et al., 2013; Pijnenborg GH et al., 2013b).

По данным имеющихся мета-анализов психообразование пациентов значительно уменьшает рецидивы заболевания в течение года, далее этот эффект перестает быть статистически значимым, однако в целом величина эффекта влияния психообразования на регоспитализации небольшая (Pekkala E., Merinder L., 2002; Pitschel-Walz et al., 2001; Lincoln T.M. et al., 2007b).

Положительный эффект на регоспитализации у пациентов, прошедших психообразование, отмечался только в случае продолжительности заболевания 4-7 лет, у пациентов с меньшим или большим сроком заболевания данный эффект не отмечался (Feldmann R. et al., 2002). Включение пациентов и их семей в психообразование обладало лучшим эффектом, чем психообразование только пациентов, присоединение психообразования семьи значительно влияло на снижение рецидивов (Lincoln T.M. et al., 2007b). Другой мета-анализ, как указывалось ранее, показал сопоставимую эффективность работы только с пациентами или только с их родственниками или комбинированной работы и с семьей, и с пациентом (Pitschel-Walz G. et al., 2001).

В ряде исследований не отмечено уменьшение выраженности симптомов расстройств благодаря психообразованию, влияние на функционирование и соблюдение режима приема препаратов было статистически незначимым (Zygmunt et al., 2002; Lincoln T.M. et al., 2007b). В то же время, как уже упоминалось ранее, результаты кокрейновского обзора указывают на то, что психообразование приводит к повышению комплаенса, снижению рецидивов заболевания, улучшению психопатологического статуса (Pekkala E., Merinder L., 2002). В еще одном мета-анализе, посвященном психообразованию с обучением самостоятельному контролю за состоянием, отмечался положительный эффект интервенции в отношении рецидивов и комплаенса (Zou H. et al., 2013).

Также в настоящий момент уже есть данные исследований, показывающие положительное влияние на комплаенс психообразования в краткосрочной (до 12 недель), средней (13 – 52 недели) и в долгосрочной перспективе (более 52 недель), снижение уровня регоспитализаций и повышение удовлетворенности пациентов лечением. Большинство исследований, включенных в анализ, проводилось на пациентах стационара (Xia J. et al., 2011). В последнем кокрейновском обзоре на тему психообразования имеются указания на возможную эффективность коротких психообразовательных программ в отношении комплаенса и снижения уровня

рецидивов в среднесрочной перспективе, однако уровень доказательности этих результатов низкий, необходимо больше исследований (Zhao S. et al., 2015).

Авторами одного из мета-анализов высказывалось предположение, что психообразование пациентов может быть неэффективно из-за директивной лекционной формы подачи материала (Lincoln T.M. et al., 2007b) и из-за того, что точка зрения самих пациентов по поводу своего заболевания не принимается всерьез (Hofer, E., 2001). Неэффективность объяснялась и тем, что содержание психообразования не усваивается пациентами в связи с нарушениями концентрации и памяти, знания не удерживаются, если нет их непосредственного применения на практике (Lincoln T.M. et al., 2007b). Другие авторы объясняли низкий эффект психообразования тем, что пациенты не связывают свои симптомы с психическим расстройством из-за снижения критики (Gharabawi G.M., 2006; Sevy S., 2004). Разработчики более поздних программ психообразования обращали особое внимание на то, что информация должна предоставляться структурировано, с учетом нейрокогнитивного дефицита пациентов, в ключе, вселяющем надежду и оптимизм, для чего следует делать акцент на возможность решения проблем. Занятия следует проводить интерактивно в групповом формате (Bäuml J. et al. 2006). Однако основной вывод исследователей заключается в том, что работ по изучению эффективности психообразования пациентов недостаточно (Lincoln T.M. et al., 2007b; Xia J et al., 2011), что верно и в отношении исследований, проведенных в России. Подключение психообразования родственников или включение психообразования в комплекс других психотерапевтических мероприятий затрудняет оценить вклад именно психообразования пациентов в результаты лечения.

Парадоксальным фактом в случае психообразования является также несоответствие между степенью изученности интервенций и применением их на практике. При том, что исследований психообразования только пациентов недостаточно, и преимущественно изучаются психообразовательные программы для родственников, в реальной клинической практике отмечается обратная



картина: психообразование преимущественно проводят пациентам и есть сложности с организацией психообразовательных программ для родственников (Lincoln T.M. et al., 2007b). Проблема недостаточного широкого применения психообразования наблюдается во многих странах мира, где проводилась такая оценка (Motlova L.V. et al., 2017). Например, в Германии, Австрии и Швейцарии психообразование предоставляется 21% пациентов и только 2% родственников, а в учреждениях, где психообразование официально было включено в программу лечения, его посещали только 41% пациентов и 13% родственников (Rummel-Kluge C. et al., 2006). В Северной Америке участники исследования NAVIGATE в рамках программы изучения ранних вмешательств при психозах RAISE также не демонстрировали высокой посещаемости программ психообразования для родственников. Пик посещаемости фиксировался на 6 месяце лечения и достигал 50%, все остальное время он оставался в пределах 10 – 30%. При стандартном лечении посещение родственниками психообразования не превышало 10% (Kane JM et al., 2016).

В Великобритании предоставление психообразования очень ограничено, только 10% амбулаторных психиатрических учреждений проводят психообразование в групповом формате и 46% в индивидуальном. Несмотря на то, что групповой формат работы не только сохраняет ресурсы, но и имеет свои преимущества в виде возможности для пациентов делиться опытом и информацией, получать поддержку, групповой формат занятий создает среди участников ощущение «общей судьбы», уменьшая таким образом дистресс пациентов (Getachew H., et al. 2009; Bäuml J et al. 2006; Чуканова Е.К., 2017). Эффективность индивидуального психообразования почти не изучалась (Getachew H. et al., 2009), однако в существующих на сегодня работах было показано положительное противорецидивное влияние коротких индивидуальных психообразовательных программ у пациентов с частыми госпитализациями при применении их в амбулаторных условиях (Мосолов С.Н. и соавт., 2010; Бурьгина Л. А., 2013).

Среди причин недостаточного применения психообразования фигурируют проблемы финансирования и нехватка персонала (Rummel-Kluge C. et al. 2006; Getachew H., et al. 2009; Bäuml J et al. 2006), родственники могут не посещать программы из-за их слишком большой продолжительности и неудобного времени проведения (Bäuml J et al. 2006), кроме того, одной из причин может быть недостаточная обученность специалистов данному подходу (Motlova L.V. et al., 2017), а также сложности с организацией психообразования в реальной клинической практике. Реалистичная продолжительность программы психообразования – в среднем 8 сессий (Bäuml J et al. 2016). В кокрейновских обзорах к короткому психообразованию относится программа из 10 и менее сессий (Xia J. et al., 2011; Zhao S. et al., 2015).

Наблюдается также несоответствие между тем, что кажется важным в психообразовании пациентам и специалистам. По результатам опроса, проведенного Motlová L et al. (2015) по предпочтительным темам психообразования, выявилось, что специалисты считали важным информировать о биологической терапии психических расстройств, о преодолении стигмы и стыда, тогда как наиболее важными темами для пациентов были распознавание ранних признаков обострения болезни, план действий в случае рецидива, медикаментозное лечение, прогноз заболевания, взаимодействие с друзьями и родственниками. В российском исследовании пациенты сочли наиболее актуальными темы распознавания депрессии, лекарственную терапию психических расстройств, юридические аспекты и механизмы преодоления стресса. В опроснике при этом не фигурировали темы плана действий при рецидиве, распознавание ранних признаков болезни, социальные взаимодействия и стигматизация (Еричев А. Н., 2004). А родственники пациентов отмечают недостаток информации о юридических аспектах, ранних признаках рецидива, симптомах психоза и его причинах, медикаментозном и психосоциальном лечении (Левина Н.Б., Любов Е.Б., 2005).

Состав психообразовательных групп пациентов различается в разных исследованиях, в большинстве случаев в программы включались пациенты с расстройствами шизофренического спектра. Психообразование для пациентов с биполярным аффективным расстройством также показало свою эффективность в плане уменьшения регоспитализаций, удлинения времени до рецидива аффективной фазы, при этом более эффективными оказались групповые формы работы (Morriss RK et al., 2007; Bond K., Anderson IM. et al., 2015; Morriss R. et al., 2016). Короткое групповое психообразование пациентов стационара с биполярным расстройством 1 типа также показано свою эффективность в отношении предотвращения повторной госпитализации, а также рецидива маниакальных фаз заболевания (Chen R. et al., 2019). Формирование смешанных групп пациентов с психотическими проявлениями расстройств шизофренического и аффективного спектра является спорным моментом для разработчиков психообразовательных программ (Bäuml J. et al., 2006), однако имеется положительный опыт применения таких интервенций, которые удобны, в том числе, и с организационной точки зрения (Rabovsky K., Stoppe G., 2006; Rummel-Kluge C., Kissling W., 2008; Rummel-Kluge C. et al., 2013), тем не менее исследований на эту тему немного.

К еще одной проблеме изучения эффективности психообразования относится отсутствие четкой регламентации программ психообразования в зависимости от этапа лечения пациентов, хотя для российской психореабилитации традиционным является разделение интервенций на этапы в соответствии с лечебным маршрутом пациента (Кабанов М.М., 1972; Мелехов Д.Е., 1981; Ястребов В.С. и соавт., 2008). В Германии, Австрии, Швейцарии психообразование применяется преимущественно в стационарах (Rummel-Kluge C. et al., 2006). Американская психиатрическая ассоциация в своих клинических рекомендациях не ограничивает психообразовательные интервенции каким-то одним форматом – индивидуальным или групповым, психообразование может применяться и в стационаре, и в амбулаторной практике, проводиться в виде очных занятий или с использованием электронных технологий (АРА, 2020; Xia J. et al., 2011). Немецким исследователям

представляется важным сделать психообразование доступным даже для тяжелых пациентов стационара (Bäuml J. et al., 2006). Предпринимается попытка разделить интервенции в зависимости от стадии развития психопатологического процесса в соответствии с моделью стадийности психотических расстройств. Так, семейное психообразование рекомендуется применять в случае высокого риска психоза, а психообразование пациентов присоединять на стадии аттенуированных психотических симптомов (Fusar-Poli P. et al., 2017).

Несмотря на длительную историю применения психообразования при расстройствах психотического спектра, отмечается недостаточная изученность психообразовательных программ для пациентов. Имеются разнородные данные о влиянии психообразования на комплаенс и регоспитализацию пациентов и об оптимальном времени применения психообразовательных интервенций в процессе лечения пациентов. При этом подключение программ психообразования к лечению пациентов является одной из целевых задач проводящийся в настоящий момент реорганизации психиатрической помощи. Таким образом, изучение психообразования в условиях реальной клинической практики является актуальной исследовательской задачей.

## Глава 2

### Материал и методы исследования

#### 2.1. Дизайн 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 1-м этапе ретроспективно были проанализированы архивные истории болезни пациентов, с частыми повторными госпитализациями. Критерием частых повторных госпитализаций в стационар в настоящем исследовании служила повторная госпитализация пациентов в течение шести месяцев после выписки из стационара (Ткачев Д. Ю., Кирьянова Е. М., 2011). Истории болезни отбирались сплошным методом, критериями отбора историй болезни для анализа служили обозначенные выше критерии включения пациентов в исследование. Исключались пациенты с сопутствующим диагнозом зависимости от психоактивных веществ, с органическим поражением ЦНС. Было отобрано 46 историй болезни пациентов, которые соответствовали критериям включения и исключения и были госпитализированы за период с февраля по июнь 2016 года. Задачей данного этапа был анализ социально-демографических и клинических характеристик пациентов, выявление факторов, способствовавших повторной госпитализации в стационар, особенностей лечения до повторной госпитализации. Эти сведения учитывались при дальнейшей разработке содержательной части психообразовательной программы.

На 2-м этапе проводилась разработка содержательной части программы психообразования, оптимального формата и расписания психообразовательной работы с учетом сведений, полученных на первом этапе исследования.

На 3-м 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 (группа активного лечения и группа сравнения) из пациентов, проходящих лечение в стационаре по поводу психотического состояния. В окончательный анализ вошли 158 пациентов основной и 79 пациентов контрольной группы.

Дополнительным критерием отбора пациентов в исследование, помимо формального соответствия перечисленным выше критериям включения, являлся реабилитационный потенциал, а именно степень выраженности негативной симптоматики у пациентов с диагнозом рубрики F2 по МКБ-10. Так, из исследования могли быть исключены пациенты, которые формально соответствовали критериям включения, но у которых в клинической картине преобладала негативная симптоматика. Выраженность негативной симптоматики относительно позитивной оценивалась лечащим врачом клинико-психопатологическим методом, дополнительно проводилась оценка состояния по шкале PANSS (Kay S.R. et al., 1987; Мосолов С.Н., 2001). При превышении шкалы негативной симптоматики на 7 баллов по сравнению со шкалой позитивной симптоматики, пациенты исключались из исследования.

В критерии исключения входили также интеллектуальное снижение, отказ от добровольного участия в исследовании. Кроме того, из исследования исключались пациенты, которые не имели постоянной регистрации по месту жительства в Москве, что делало невозможным их катамнестическое наблюдение.

Пациенты направлялись в исследование лечащим врачом, который проводил клиническую оценку состояния в рамках рутинного ведения пациентов при стационарном лечении. Предварительно врачи-психиатры учреждения были проинформированы о критериях включения/исключения пациентов в исследование. Пациенты направлялись в исследование не позднее первой недели госпитализации.

Направленные в исследование пациенты проходили клинический осмотр исследователем, в ходе которого проводилась проверка соответствия пациентов критериям включения в исследование. В случае соответствия пациентов критериям включения, они информировались об исследовании. Пациентам, прошедшим данную процедуру, проводилась 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). Пациенты, у которых общий балл PANSS по шкале негативной симптоматики был выше более чем на 7 баллов общего числа баллов по шкале позитивных симптомов, исключались из исследования. Оценка по шкалам PANSS и CGI-S проводилась не позже первых 7 дней госпитализации.

Клинико-психопатологические, анамнестические и социальные характеристики пациентов были получены из материалов истории болезни и заносились в специально разработанную «Карту клинических и социально-демографических показателей» (приложение 1). Для пациентов, у которых настоящая госпитализация была не первой, ретроспективно по истории болезни и данным анамнеза проводился анализ повторности госпитализации в стационар и выделялись факторы, которые могли способствовать повторной госпитализации.

Затем пациенты в случайном порядке распределялись в две группы – группу активного лечения (пациенты с нечетными номерами медицинской карты) и группу сравнения (с четными номерами). Пациенты в группе активного лечения, помимо стандартной терапии в рамках госпитализации, проходили программу психообразования по разработанной методике. Пациенты контрольной группы проходили стандартную терапию в рамках рутинного лечения в стационаре.

Пациентам группы активного лечения предъявлялась методика «Психообразование», которая состояла из 5 занятий по темам: «Причины и механизмы развития психического заболевания», «Распознавание ранних признаков обострения болезни», «Лекарственная терапия», «Способы совладания или как справляться с болезнью», «Преимственность психиатрической помощи». Занятия проводились 3 раза в неделю в открытых группах по 6-15 человек. Занятие вели врач и медицинский психолог, прошедшие предварительное обучение по стандарту проведения психообразования в соответствии с разработанной методикой.

Эффективность программы психообразования оценивалась в краткосрочной и долгосрочной перспективе. В качестве показателей краткосрочной эффективности программы оценивались: 1) уровень медикаментозного комплаенса пациентов; 2)



мнение пациентов о занятиях по психообразованию; 3) уровень знаний пациентов о психическом расстройстве и его лечении. Для оценки эффективности программы в долгосрочной перспективе, оценивался уровень повторных госпитализаций пациентов основной и контрольной группы в течение 6 месяцев после выписки из стационара, также анализировалась повторность поступления в течение 12 месяцев после выписки.

Для оценки уровня комплаентности пациентов перед выпиской из стационара специалистами заполнялась «Шкала медикаментозного комплаенса» (Лутова Н.Б., 2012). Мнение пациентов о занятиях по психообразованию оценивалось с помощью специально разработанной «Анкеты обратной связи о занятии по психообразованию» (Приложение 2), которую пациенты заполняли после каждого занятия, оценивая степень своей удовлетворенности посещенным занятием. 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).

После прохождения пациентами цикла из пяти занятий проводилась оценка знаний о психическом расстройстве и его лечении с помощью специально разработанного тестового контроля «Опросник знаний» (Приложение 4), в котором содержались вопросы, связанные с ключевыми идеями каждого занятия, а также вопросы, связанные с наиболее распространенными мифами пациентов о психических расстройствах. Пациенты контрольной группы перед выпиской из стационара также заполняли «Опросник знаний».

Пациенты основной и контрольной групп перед выпиской из стационара повторно проходили оценку по шкалам PANSS и CGI-S, также проводилась оценка по Шкале общего клинического впечатления об улучшении состояния (CGI-I).

Оценка уровня регоспитализаций проводилась через 6 месяцев после выписки из круглосуточного стационара пациентов основной и контрольной групп и через 1 год. Факт регоспитализации отслеживался через электронную базу данных поступающих в стационар пациентов. Поскольку в исследование набирались пациенты, проживающие в зоне обслуживания больницы и

наблюдающиеся после выписки из стационара в диспансерных филиалах больницы, все факты госпитализации фиксировались в медицинской документации учреждения.

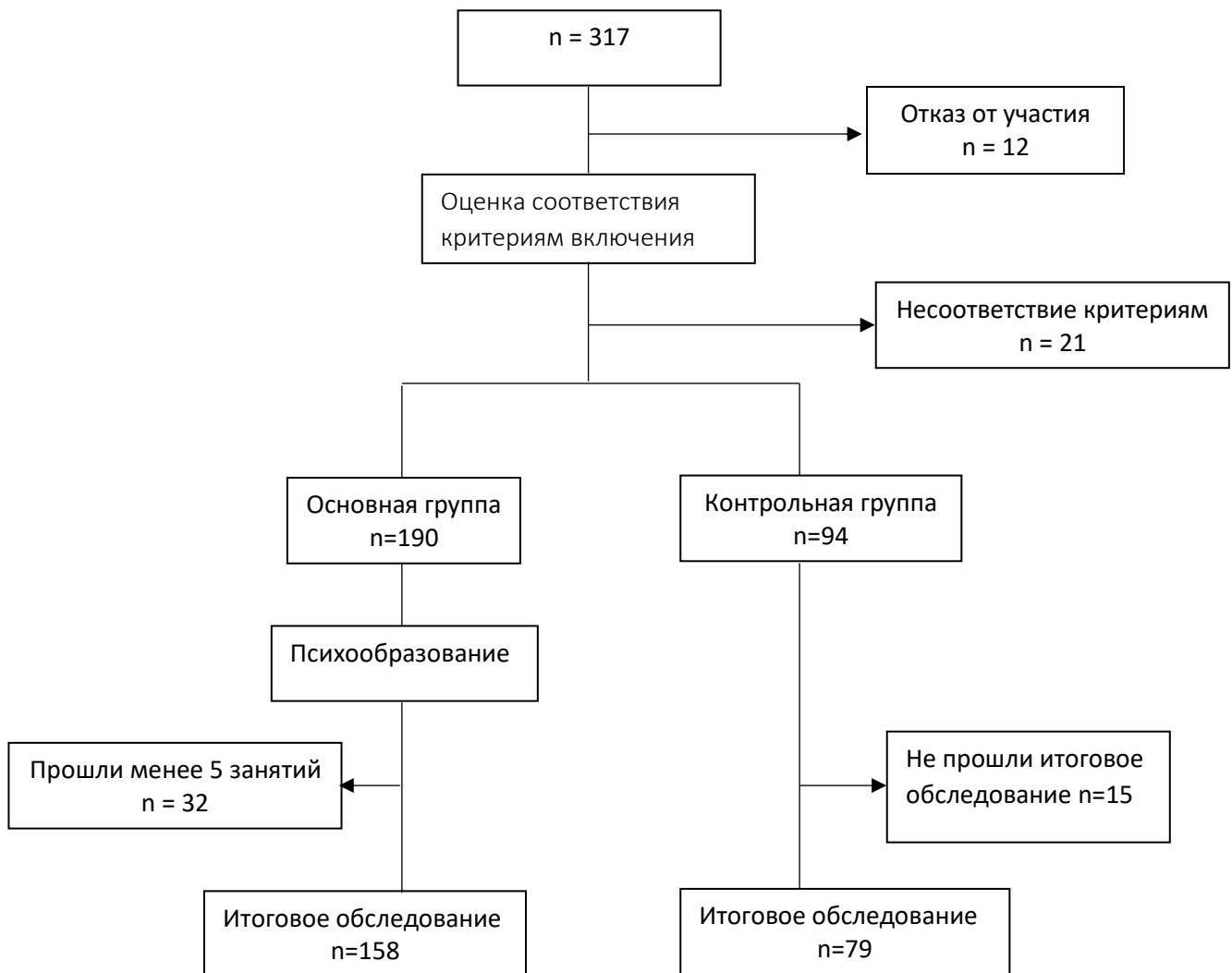


Рисунок 2.1. Причины выбывания пациентов из исследования

Выбывание пациентов из исследования представлено на рисунке 2.1. На этапе отбора в исследование выбыло 33 человека, 12 в связи с отказом принимать участие в исследовании, 21 в связи с несоответствием критериям исследования (у 7 пациентов выявился синдром зависимости от психоактивных веществ, у 14 пациентов негативная симптоматика превалировала над позитивной). В ходе проспективного этапа исследования в основной группе выбыло 32 человека в связи с не прохождением цикла из 5 занятий (3 человека отказались посещать занятия, 29

человек в связи с выпиской из стационара), в контрольной группе выбыло 15 человек 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, а также сравнение относительных частот внутри одной группы и между группами. Статистически достоверными считались различия между признаками при  $p < 0,05$ .

## **2.2. Материал исследования**

Материал работы включает сведения о 283 пациентах: 46 пациентах, проанализированных ретроспективно по историям болезни и 237 пациентах проспективного этапа исследования (158 пациентов основной группы и 79 пациентов контрольной группы).

### **2.2.1. Социально-демографическая и клиническая характеристика пациентов с частыми повторными госпитализациями в стационар и факторы регоспитализации**

Для оценки социально-демографических и клинических характеристик данного контингента больных и факторов, способствовавших частой повторной госпитализации, ретроспективно были проанализированы архивные истории болезни пациентов с первым психотическим эпизодом, которые поступали в стационар по неотложным показаниям в течение 6 месяцев после предыдущего стационарного лечения, в период с февраля по июнь 2016 года. При отборе историй болезней пациентов применялись общие критерии включения и исключения, выработанные для данного исследования. Было сплошным образом отобрано и проанализировано 46 историй болезни.

Среди проанализированных пациентов было 20 (43,4%) женщин и 26 (46,7%) мужчин. Средний возраст пациентов  $30,4 \pm 7,3$  лет (у женщин  $31,2 \pm 6,4$ ; у мужчин  $29,6 \pm 8,3$  лет).

Распределение пациентов по диагнозам представлено в таблице 2.1.

Таблица 2.1

Диагнозы пациентов, регоспитализированных в течение 6 месяцев после выписки

Диагностическая категория	Абс.	%
Параноидная шизофрения (F 20.0)	40	87
- непрерывный тип течения	12	26,1
- эпизодическое течение	16	34,8
- период наблюдения менее года	12	26,1
Шизоаффективные расстройства (F 25)	2	4,3
Биполярное аффективное расстройство (F 31.2, F31.5)	3	6,5
Реккурентное депрессивное расстройство (F33.3)	1	2,2
Всего:	46	100

Как следует из таблицы 2.1, в контингенте регоспитализированных пациентов превалирует диагноз параноидной шизофрении (87%), при этом непрерывный тип течения, который может обуславливать повторность госпитализации вследствие клинического состояния, наблюдается у четверти больных (26,1%). Аффективные психозы встречаются достаточно редко и составляют в общей сложности 8,7%, доля пациентов с шизоаффективным расстройством очень мала (4,3%).

Средняя продолжительность текущей госпитализации составила  $34,6 \pm 6,8$  дня, средняя продолжительность предыдущей госпитализации –  $29,4 \pm 7,3$  дня. У 30 (65,2%) пациентов анализируемая госпитализация была второй по счету, у 16 (34,8%) третьей ( $p = 0,05$ ).

При предыдущей выписке из стационара 26 (56,5%) пациентов были направлены в дневной стационар, 8 (17,3%) в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) и 12 (26%) на участок ПНД. То есть в подавляющем большинстве случаев (73,8%) соблюдалась надежная маршрутизация пациентов после выписки из стационара через долечивание в полустационарных отделениях.

Социальный статус пациентов, включенных в исследование, представлен в таблице 2.2.

Таблица 2.2

## Социальный статус пациентов

Показатель	абс	%
1. Семейный статус		
Холост/не замужем	34	73,9
Женат/замужем	7	15,2
В разводе	5	10,9
Вдовец/вдова	0	0
Есть дети	9	19,5
Всего	46	100
2. Проживание		
С родителями/ родственниками	31	67,4
С партнером/ супругом	8	17,4
Один	7	15,2
Всего	46	100

Распределение пациентов по уровню образования и занятости представлено в таблице 2.3.

Таблица 2.3

## Уровень образования и трудовой статус

Показатель	абс	%
1. Образование		
Неполное среднее	2	4,4
Среднее	7	15,2
Среднее-специальное	9	19,6
Незаконченное высшее	12	26

Высшее	16	34,8
Всего	46	100
2. Трудовой статус		
Работа	10	21,7
Учеба	9	19,5
Нет занятости	22	47,8
Пенсия по инвалидности	5	10,8
Инвалидность	10	21,7
Всего	46	100

Как видно из таблиц 2.2 и 2.3, большинство пациентов не имеют партнера или супруга, проживают преимущественно с родителями, около половины пациентов ничем не заняты, несмотря на наличие высшего или средне-специального образования. Несмотря на недавнее начало заболевания у 21,7% пациентов имеется инвалидность. Полученные социальные характеристики пациентов указывают на неудовлетворительную социальную адаптацию данного контингента больных.

Также было проанализировано медикаментозное лечение, которое принимали пациенты после выписки из стационара в амбулаторных условиях перед настоящей госпитализацией.

У всех пациентов в схеме лечения присутствовали антипсихотики. При этом пролонгированные препараты применялись у 20 (43,5%) пациентов, типичные пролонгированные препараты – в 60% случаев (у 12 пациентов), в остальных использовались атипичные пролонгированные антипсихотики. У пациентов, принимавших пероральные препараты, соотношение типичных и атипичных антипсихотиков было обратным: в 35% (у 9 пациентов) случаев применялись типичные антипсихотики, в 65% (у 17 пациентов) атипичные.

Выделялась категория пациентов, у которых применение пролонгированных форм антипсихотиков сочеталось с пероральным их применением, таких пациентов было 7 человек (15,2%), все эти пациенты принимали типичные антипсихотики (галоперидол или зуклопентиксол). Корректоры применялись в 69,5 % случаев (у 32 пациентов).

Таким образом, всем пациентам на поддерживающем этапе лечения назначалась антипсихотическая терапия. 43,5% пациентов получали инъекции пролонгированных антипсихотиков, в случае применения пероральных препаратов предпочтение отдавалось атипичным антипсихотикам. Эти данные указывают на адекватное медикаментозное лечение на амбулаторном этапе. Большая часть пациентов принимала корректоры. Экстрапирамидные побочные эффекты антипсихотиков являются частой причиной медикаментозного нон-комплаенса (Robinson D. G. et al., 2002; Kane J.M. et al., 2013), поэтому назначение корректоров должно было способствовать снижению вероятности отмены пациентами препаратов вследствие развития побочных эффектов.

При анализе причин ухудшения состояния, указанных в истории болезни, вследствие которых произошла настоящая госпитализация, можно было выделить следующие:

- 1) отмена или самостоятельное изменение дозы препаратов;
- 2) пропуск приема лекарств в связи с неявкой на плановый осмотр в ПНД;
- 3) ухудшение состояния несмотря на проводимую терапию;
- 4) изменение состояния при смене терапии лечащим врачом.

В качестве дополнительных факторов, которые оказывали влияние на перечисленные причины ухудшения состояния, были:

- негативное отношение родственников к лечению;
- отъезд на отдых или временное проживание не по месту регистрации;
- прием алкоголя и психоактивных веществ;
- отрицание наличия у себя психического расстройства.

Сведения о частоте встречаемости основных факторов, способствующих ухудшению состояния и повторной госпитализации, представлены в таблице 2.4.

Таким образом, в большинстве случаев (89,1%) изменения состояния были связаны с поведением пациента в отношении лечения, несмотря на высокую долю пролонгированных препаратов в схеме лечения и коррекцию побочных эффектов антипсихотиков, что в целом должно было оказывать положительное влияние на комплаенс. В остальных случаях (10,9%) причиной ухудшения являлись

аутохтонные болезненные процессы и изменения терапии по независящим от пациента причинам.

Таблица 2.4

Факторы, способствовавшие ухудшению состояния пациентов и последующей госпитализации

Фактор	Абс	%
отмена или самостоятельное изменение дозы препаратов	30	65,2
пропуск приема лекарств в связи с неявкой на плановый осмотр в ПНД	11	23,9
ухудшение состояния на фоне проводимой терапии	3	6,5
изменение состояния при смене терапии лечащим врачом	2	4,4

Для определения наиболее критичного времени для регоспитализации в отобранной группе пациентов был также проанализирован временной период между выпиской из стационара и повторной госпитализацией (таблица 2.5).

Таблица 2.5.

Распределение пациентов по времени регоспитализации

Регоспитализация в течение:	Абс.	%
10 дней	3	6,5
11 – 30 дней	2	4,4
31 – 90 дней	19	41,3
91 – 180 дней	22	47,8
Всего	46	100

Вообще за период февраль – июнь 2016 года в стационар поступило 193 пациента, подходящих под критерии включения/исключения настоящего



исследования. Из них впервые госпитализировались 59 человек (31,7%), остальные повторно. Повторно госпитализировались в промежутке от 6 месяцев до 1 года 38 человек (18,6%), более года с момента предыдущей госпитализации прошло у 50 человек (26,1%). Описанные 46 пациентов, регоспитализированные в течение 6 месяцев, составили 23,6% от всех пациентов. Таким образом, было определено, что четверть пациентов с первым психотическим эпизодом регоспитализируется в течение первых 6 месяцев после выписки из стационара, а наиболее критичный период для регоспитализации наступает через месяц после выписки, то есть при переходе на амбулаторный формат наблюдения на участке ПНД. Наиболее же часто регоспитализации происходят через 3 месяца после выписки из стационара.

Полученные сведения о социально-демографических, клинических характеристиках пациентов, длительности госпитализации, основных и дополнительных факторах, которые оказывают влияние на ухудшение состояния, учитывались при разработке программы по психообразованию пациентов. При разработке содержательной части программы учитывалось превалирование диагноза параноидной шизофрении и небольшая доля аффективных психозов, принимались в расчёт социальные факторы – высокий уровень образования пациентов, проживание с родственниками, низкий уровень занятости. Средний срок госпитализации в 30 дней учитывался при формировании расписания и планировании оптимальной продолжительности цикла занятий.

### **2.2.2. Социально-демографическая и клиническая характеристика пациентов основной и контрольных групп проспективного этапа исследования**

В анализ вошли сведения о 158 пациентах основной группы и 79 пациентах контрольной группы, включенных в проспективный этап исследования эффективности программы психообразования, который проводился с июня 2016 по август 2017 года. Пациентам основной группы в дополнение к стандартному лечению предъявлялась программа психообразования, контрольная группа получала стандартное лечение.

В обеих группах женщин было несколько больше, чем мужчин, однако разница между количеством мужчин и женщин в группе не достигала статистической значимости (таблица 2.6).

Таблица 2.6

## Распределение больных по полу

пол	Основная группа		Контрольная группа		р
	Абс.	%	Абс.	%	
мужской	70	44,3	34	43,1	0,86
женский	88	55,7	45	56,9	0,86
всего	158	100	79	100	

Средний возраст участников составил  $31,4 \pm 8,2$  лет в основной группе и  $32 \pm 8,9$  лет в контрольной ( $p = 0,60$ ) и находился в диапазоне от 18 до 50 лет (таблица 2.7).

Таблица 2.7

## Распределение больных по возрастным группам

Возраст (в годах)	Основная группа		Контрольная группа		р
	Абс.	%	Абс.	%	
18 – 24	28	17,7	12	15,2	0,63
24 - 30	58	36,7	32	40,5	0,57
31 - 35	32	20,25	14	17,7	0,64
36 - 40	14	8,9	9	11,4	0,54
41 - 45	18	11,4	10	12,7	0,77
46 - 50	8	5,05	2	2,5	0,35
всего	158	100	79	100	

Диагнозы пациентов (по МКБ-10) основной и контрольной групп представлены в таблице 2.8.

Таблица 2.8

## Диагнозы пациентов основной и контрольной группы

Диагностическая категория	Основная группа		Контрольная группа		p	всего
	абс	%	абс	%		
Параноидная шизофрения (F 20.0)	80	50,6	41	51,9	0,71	121(51,0%)
- непрерывный тип течения	22	13,9	12	15,2	0,79	34(14,3%)
- эпизодическое течение	32	20,2	18	22,8	0,64	50 (21,1%)
- период наблюдения менее года	26	16,5	11	13,9	0,60	37(15,6%)
Шизоаффективные расстройства (F 25)	27	17,1	15	19	0,72	42(17,7%)
Острое полиморфное психотическое расстройство (F 23.0, F 23.1, F 23.2)	30	19	16	20,3	0,81	46(19,4%)
Биполярное аффективное расстройство (F 31.2, 31.5)	14	8,9	5	6,3	0,49	19 (8,0%)

Бредовое расстройство (F 22.0)	7	4,4	2	2,5	0,47	9 (3,9%)
Всего	158	100	79	100		237(100%)

Пациенты основной и контрольной группы были сопоставимы между собой по диагнозам. В обеих группах преобладали пациенты с параноидной шизофренией (51%), диагнозы острого полиморфного психотического расстройства (19,4%) и шизоаффективного расстройства (17,7%) были вторыми по распространенности в выборке.

Средняя продолжительность госпитализации пациентов составляла  $32,4 \pm 11,9$  дня в основной группе и  $31,6 \pm 9,8$  – в контрольной ( $p=0,61$ ). После выписки из стационара пациенты могли быть направлены для продолжения лечения в дневной стационар (ДС), отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) или на участок психо-неврологического диспансера (ПНД). Маршрутизация пациентов после выписки из стационара представлена в таблице 2.9.

Таблица 2.9

#### Маршрутизация пациентов после выписки из круглосуточного стационара

Подразделение амбулаторной службы	основная		контрольная		p
	абс	%	абс	%	
Дневной стационар	104	65,8	53	67	0,85
ОИОПП	22	13,9	11	13,9	1,0
Участок ПНД	32	20,2	15	19,1	0,84
всего	158	100	79	100	

После выписки из стационара пациенты основной и контрольной групп маршрутизировались преимущественно в полустационарные подразделения – ДС и ОИОПП (79,7% в основной группе и 80,9% в контрольной). Однако в каждой группе имелась доля пациентов, которая направлялась сразу на участок ПНД. Значимых отличий в маршрутизации пациентов между группами не отмечалось. Преобладание маршрутизации пациентов с дневной стационар, а не в ОИОПП указывало на уверенность врачей в том, что пациенты смогут самостоятельно посещать каждый день врача. 13,9% пациентов обеих групп нуждались в более интенсивном наблюдении специалистов, что говорило о менее стабильном состоянии данных пациентов.

При анализе выборки по общему количеству госпитализаций в психиатрический стационар (показатель, который может косвенно указывать на количество предшествующих психотических приступов), включая госпитализацию на момент исследования, пациенты распределились следующим образом (таблица 2.10).

Таблица 2.10

Распределение пациентов по количеству госпитализаций

Число госпитализаций	Основная группа		Контрольная группа		р	всего
	Абс.	%	Абс.	%		
1	64	40,5	29	36,7	0,57	93 (39,2%)
2	52	32,9	23	29,1	0,55	75 (31,7%)
3	42	26,6	27	34,2	0,22	69 (29,1%)
всего	158	100	79	100		237 (100%)

В обеих группах пациенты распределились равномерно по количеству госпитализаций в стационар. Большая часть пациентов госпитализировалась

впервые (40,5% в основной группе и 36,7% в контрольной), доля пациентов с двумя и тремя госпитализациями была сопоставима в обеих группах.

Известно, что для московской популяции пациентов характерно позднее обращение за психиатрической помощью (Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А., 2017). У пациентов, для которых настоящая госпитализация была первой, по анамнестическим данным собиралась информация о длительности проявлений психических расстройств до момента госпитализации. К признакам психических расстройств относился весь спектр нарушений, относящийся к дебюту заболевания (аффективные нарушения, тревожные состояния, изменения поведения, сложности социальной адаптации и т.д.), а не только признаки собственно психотического состояния (Шмилович А.А., 2013). Было выделено три временных отрезка длительности нарушений до госпитализации: 6 месяцев, 7 месяцев – 1,5 года и более 1,5 лет.

В основной группе у впервые госпитализированных пациентов первые признаки психического расстройства проявлялись у 31 (48,4%) пациента в течение 6 месяцев и менее перед госпитализацией, у 16 (25%) человек психические нарушения проявлялись в течение 7 месяцев – 1,5 лет, у остальных 17 (26,6%) более 1,5 лет. В контрольной группе соотношение в группе пациентов с первой госпитализацией было похожим: первые признаки психических расстройств проявлялись в течение 6 месяцев и менее перед госпитализацией у 17 пациентов (58,6%), в течение 7 месяцев – 1,5 лет у 8 пациентов (27,5%), у остальных 4 человек (13,7%) более этого срока (рисунок 2.2). Таким образом, у большинства пациентов, включенных в данное исследование, обращение за помощью случилось в первые 1,5 года после начала проявлений психического неблагополучия, что является относительно недлительным периодом «нелеченного психоза», учитывая отсчет времени от начала первых проявлений психического неблагополучия (Зайцева Ю.С., 2007).

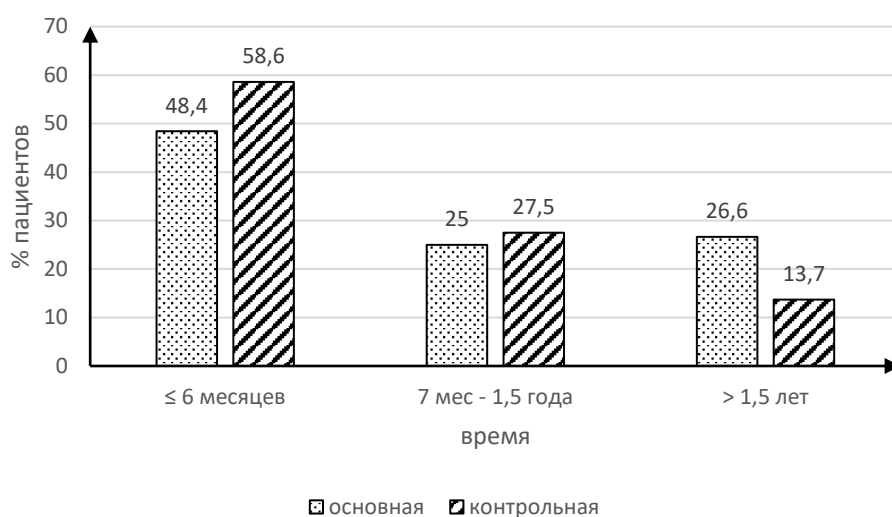


Рисунок 2.2. Длительность от момента появления первых симптомов психического расстройства до обращения за психиатрической помощью у впервые госпитализированных пациентов

Среди впервые госпитализированных пациентов госпитализация стала первым обращением в психиатрическую службу: у 52 (81,2%) пациентов основной и 24 (82,7%) пациентов контрольной группы ( $p = 0,86$ ). Остальные пациенты (12 человек основной группы (18,8%) и 5 человек контрольной (17,2%)) обращались ранее к специалистам по психическому здоровью (психологам или психиатрам).

На момент включения в исследование в основной группе пациентов 94 человека (59,4%) имели госпитализации в стационар в анамнезе, из них 25 человек (26,6%) были госпитализированы в течение 6 месяцев после предыдущей выписки, 26 (27,6%) человек в течение года (7 - 12 месяцев) после выписки. В контрольной группе повторно госпитализированных было 50 человек (63,3%), из них в течение последних 6 месяцев было госпитализировано 12 (24%), в течение года 15 (30%) человек. Более года с момента предыдущей госпитализации прошло у 43 (45,8%) человек основной и 23 (46%) человек контрольной группы. Таким образом, в исследуемых группах более чем у половины пациентов были повторные госпитализации, а около трети могли быть отнесены к часто госпитализируемым. Относительно всей выборки доля пациентов с повторными госпитализациями в течение полугода составляла 15,8% в основной группе и 15,2% в контрольной.

Таким образом, основная и контрольная группы пациентов не отличались между собой по количеству госпитализаций, длительности госпитализации, дальнейшей маршрутизации после выписки из стационара, по длительности проявлений первых признаков психического расстройства перед обращением в психиатрическую службу. Для большей части впервые госпитализированных пациентов основной и контрольной групп (n=93) госпитализация явилась первым обращением в психиатрическую службу (n=76; 81,7%). Среди пациентов, госпитализировавшихся более одного раза (n=144; 60,7%), около трети (n=37; 25,7%) регоспитализировались в течение 6 месяцев.

Среди социальных характеристик пациентов учитывался семейный статус, уровень образования, занятость (работа или учеба), самостоятельность проживания, наличие группы инвалидности (таблицы 2.12 и 2.13).

По семейному статусу 114 (72,2%) пациентов основной группы и 55 (69,6%) контрольной были холостыми, с родителями или другими родственниками из родительской семьи проживал 151 (63,7%) человек.

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.

Таблица 2.12

## Семейный статус пациентов и самостоятельность проживания

Параметр	Основная группа n=158		Контрольная группа n=79		p	Всего n=237
	абс	%	абс	%		
Семейный статус						
Холост/не замужем	114	72,2	55	69,6	0,67	169 (71,3%)
Женат/замужем	24	15,2	14	17,7	0,62	38 (16%)
В разводе	20	12,6	9	11,4	0,79	29 (12,2%)
Вдовец/вдова	0	0	1	1,3	0,15	1 (0,5%)



Есть дети	34	21,5	15	19	0,65	49 (20,7%)
Проживание						
С родителями/ родственниками	102	64,5	49	62	0,70	151 (63,7%)
С партнером/ супругом	26	16,5	15	19	0,63	41 (17,3%)
Один	30	19	15	19	1,0	45 (19%)

При анализе особенностей выборки в отношении семейного статуса обращает на себя внимание высокий процент холостых пациентов в обеих группах и в выборке в целом (71,3%), среди которых большинство проживали с родителями или другими родственниками из родительской семьи (63,7%), при том, что средний возраст пациентов приближался к 30 годам.

Уровень образования и трудовой статус пациентов представлены в таблице 2.13. В основной группе 60 (38%) пациентов работали или учились, остальные 98 (62%) человек не работали и не учились. Треть из тех, кто не был занят – 28 (28,6%) – проживали на пенсию по инвалидности, остальные 70 (71,4%) пациентов находились на иждивении у родственников. В контрольной группе соотношение было примерно такое же: 25 (31,6%) пациентов были заняты работой или учебой, 54 (68,4%) человека не работали и не учились, из них 15 (27,8%) проживали на пенсию по инвалидности, а 39 (72,2%) находились на иждивении у родственников.

По уровню образования пациенты распределились следующим образом: 8 (5,1%) человек основной и 2 (2,5%) контрольной группы имели неполное среднее образование, 18 (11,4%) и 11 (13,9%), соответственно, среднее, 40 (25,3%) и 21 (26,6%) – среднее специальное, 30 (19%) и 12 (15,2%) – неоконченное высшее, 62 (39,2%) и 33 (41,8%) – высшее.

При этом в когорте пациентов с высшим образованием в основной группе из 62 человек работало 22 (35,5%) человека и 6 (9,7%) училось (второе высшее), а в контрольной из 33 человек с высшим образованием работало 10 (30,3%). Среди

пациентов с неоконченным высшим образованием продолжали учиться только 12 (40%) пациентов основной и 5 (41,6%) человек контрольной группы.

Таблица 2.13

## Уровень образования и трудовой статус

Параметр	Основная группа n=158		Контрольная группа n=79		p	Всего n=237
	абс	%	абс	%		
Образование						
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%)
Трудовой статус						
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%)

По трудовому статусу особенностью выборки было отсутствие какой-либо занятости – работы или учебы – у более чем половины пациентов обеих групп (64%). При этом почти у 2/3 пациентов было высшее или средне-специальное образование (65,8%). Группа инвалидности была у 42 (26,6%) пациентов основной и 19 (24%) пациентов контрольной группы ( $p=0,66$ ), пенсия по инвалидности была единственным средством существования у 28 (17,7%) пациентов основной и 15 (19%) контрольной группы.

Таким образом, основная и контрольная группы пациентов были сопоставимы по основным социальным показателям. И характеризовались низкой

социальной адаптацией, что проявлялось в отсутствии самостоятельности и автономности проживания, отсутствии собственной семьи, отсутствии постоянной трудовой или учебной занятости.

Также проводился анализ лекарственной терапии пациентов и сравнение медикаментозной терапии у пациентов обеих групп к моменту выписки из стационара.

У всех пациентов в схеме терапии присутствовали антипсихотики. В связи с тем, что полипрагмазия является неблагоприятным фактором с точки зрения комплаенса, развития резистентности и нежелательных явлений у пациентов, оценивалось количество назначаемых антипсихотиков (Мосолов С.Н., 2012; Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., 2016). 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 пациентов было немного – 8 (5,1%) и 5 (6,3%) пациентов, соответственно (рисунок 2.3). Статистически значимых различий между группами по количеству применяемых антипсихотических препаратов не отмечалось.

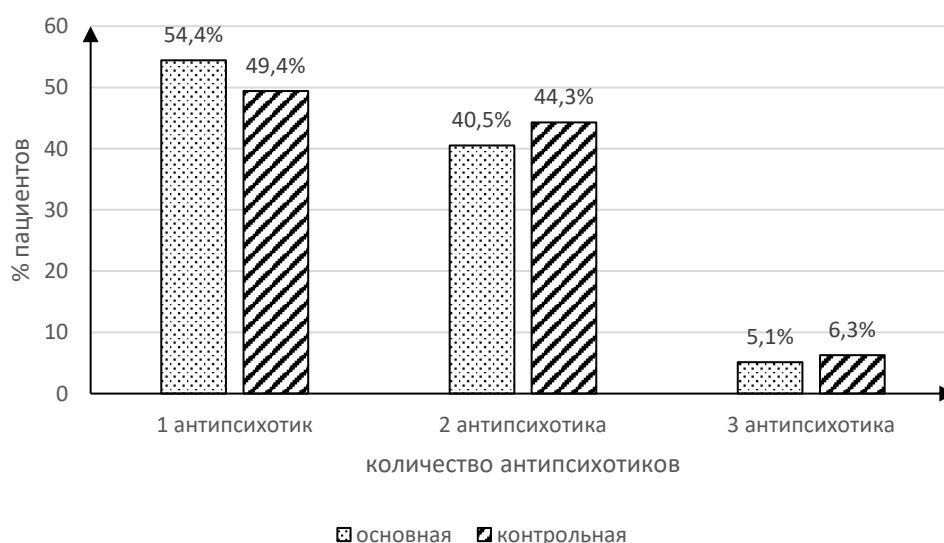


Рис. 2.3. Количество антипсихотических препаратов в схеме лечения пациентов

Почти у половины пациентов основной и контрольной групп в схеме лечения присутствовало более одного антипсихотика. Однако, следует учитывать, что схемы терапии анализировались на момент выписки пациентов из стационара и перевода их на долечивание во внестационарные условия, поэтому комбинации разных видов антипсихотиков могло быть временным явлением в переходный период.

Было проанализировано, какие средства назначались в качестве второго антипсихотического препарата в схеме лечения. У пациентов с назначением двух видов антипсихотиков в качестве второго вспомогательного антипсихотика назначались следующие препараты: клозапин (20 (31,2%) основная и 12 (34,3%) контрольная), хлорпромазин или промазин (14 (21,8%) основная и 5 (14,3%) контрольная), хлопротиксен (12 (18,7%) основная и 4 (11,4%) контрольная), тиаприд и перициазин (6 (9,4%) основная и 5 (14,3%) контрольная). Таким образом, антипсихотики, использовавшиеся в качестве дополнительного препарата, имели выраженное седативное действие и назначались, вероятнее всего, именно с этой целью. Во всех остальных случаях (у 12 (18,7%) пациентов основной и 9 (25,7%) пациентов контрольной группы) вторым антипсихотиком был пролонгированный препарат, на который осуществлялся перевод пациента, готовящегося к выписке.

В целом пролонгированные препараты назначались 84 (53,2%) пациентам основной группы и 45 (56,9%) пациентам контрольной. В обеих группах преимущественно назначались типичные пролонгированные антипсихотики: зуклопентиксол депо – 32 (38,1%) и 18 (40%), галоперидол депо – 24 (28,6%) и 13 (28,9%), флуфеназин депо – 4 (4,7%) и 1 (2,2%), соответственно. Атипичные пролонгированные антипсихотики в виде рисперидона и палиперидона использовались примерно в равных долях: рисперидон – 12 (14,3%) в основной и 6 (13,3%) в контрольной группах, палиперидон – 12 (14,3%) в основной и 7 (15,6%) в контрольной, соответственно. На рисунке 2.4 представлен процент назначения пролонгированных антипсихотиков относительно всей выборки пациентов основной и контрольной групп.

В случаях, если у пациентов применялся один антипсихотик, в обеих группах соотношение частоты назначения типичных и атипичных антипсихотиков было примерно одинаковым (таблица 2.14).

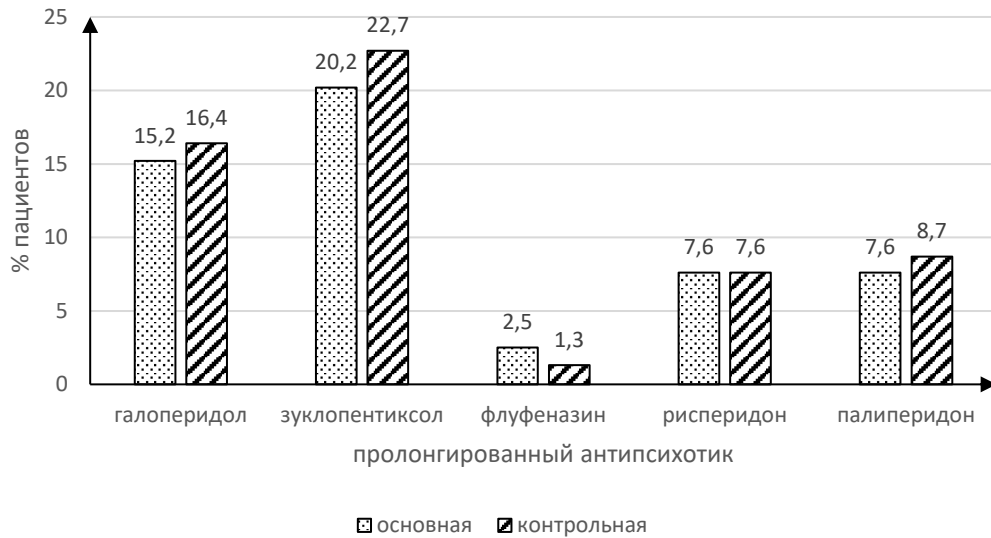


Рис. 2.4. Применение пролонгированных антипсихотиков

Таблица 2.14

#### Применение пероральных антипсихотиков в качестве монотерапии

Препарат	Основная n = 86		Контрольная n = 39		p
	Абс.	%	Абс.	%	
рисперидон	12	14	7	18	0,56
палиперидон	2	2,3	2	5,1	0,41
оланзапин	8	9,3	6	15,4	0,32
кветиапин	12	14	5	12,8	0,86
зипрасидон	4	4,7	0	0	0,17
клозапин	2	2,3	0	0	0,34
галоперидол	20	23,2	10	25,6	0,77
хлорпромазин	4	4,7	0	0	0,17

зуклопентиксол	14	16,3	8	20,5	0,57
хлорпротиксен	2	2,3	0	0	0,34
трифлуоперазин	6	6,9	1	2,6	0,33
всего	86	100	39	100	

Таким образом, в случае применения одного антипсихотика атипичных препараты применялись у 38 (46,6%) пациентов основной и 20 (51,3%) контрольной групп, типичные – у 48 (53,4%) пациентов основной и у 19 (48,7%) пациентов контрольной группы.

Корректоры применялись у 110 (69,6%) пациентов основной группы и 58 (73,4%) пациентов контрольной, преимущественно использовался в качестве корректора тригексифенидил (в 88% случаев).

Препараты, воздействующие на аффективную сферу – нормотимики и антидепрессанты, применялись значительно реже, чем антипсихотики. Нормотимики назначались в 62 (39,2%) случаях в основной группе и 27 (34,2%) случаях в контрольной, антидепрессанты в 24 (15,1%) случаях в основной и 13 (16,4%) случаях в контрольной. Использование транквилизаторов было единичным.

## **Психообразовательные модули и модель организации работы полипрофессиональной бригады в условиях острых отделений психиатрического стационара**

### **3.1. Общие принципы проведения занятий по психообразованию**

При разработке программы психообразования, формата проведения занятий и содержания модулей ставились следующие задачи:

Задачи программы:

1. Информирование пациентов о психическом заболевании с целью:
  - преодоления анозогнозии;
  - обучения своевременному распознаванию симптомов заболевания;
  - повышения уровня понимания собственных психических процессов;
  - повышения уровня комплаентности;
  - повышения доверия к лечебному процессу
  - разъяснения роли врача и пациента в лечебном процессе и ответственности каждого.
2. Обеспечение «психосоциальной поддержки» - создание терапевтической среды, в которой пациенты могут в защищенных, эмоционально безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями; улучшение взаимоотношения среди пациентов, создание или расширение их социальных сетей.
3. Формирование представления о лечении психических расстройств: длительности лечения, этапах лечения, возможностях получения различных видов медицинской и психологической помощи, ключевой роли поддерживающей лекарственной терапии.
4. Профилактика рецидивов заболевания (повторных госпитализаций)

При разработке формата проведения групп и количества занятий учитывался временной фактор, а именно продолжительность госпитализации. На

этапе ретроспективного анализа историй болезни была определена средняя длительность госпитализации в  $34,6 \pm 6,8$  дня. При расчете продолжительности программы предполагалось, что пациенты должны проходить ее в последние две недели госпитализации. В связи с этим было принято решение остановиться на пяти групповых занятиях.

Занятия проводились в группах по 6-15 человек, группы были смешанные по полу. Формат групп открытый, пациенты могли подключаться к занятиям на любом этапе. Одновременно в назначенное время проводилось две группы.

Занятия проводились через день – три раза в неделю, длительность каждого занятия была 60 минут. Важную роль играла четкая регламентация проведения занятий. Занятия проводились в одно и то же время в одном и том же месте. Все занятия были четко и единообразно структурированы, что помогало удерживать внимание пациентов и поддерживать их конструктивную активность. В занятиях содержательно менялась только информационная часть, а начало и конец всех занятий были одинаковыми. В таблице 3.1 приведена структура занятия с распределением каждого структурного компонента по времени.

Таблица 3.1

Структура занятий по психообразованию

Структурные компоненты занятия	время
1. - приветствие участников группы, - обсуждение целей и задач группы, - разъяснение, что такое психообразование	2-3 минуты
2. Знакомство участников группы	5 минут
3. Информирование о структуре занятия; обсуждение правил поведения в группе	2 минуты
4. Физическая разминка	3 – 5 минут
5. Когнитивная разминка	3 – 5 минут



(фонетическая и семантическая беглость)	
6. Обсуждение предыдущей темы (краткий обзор основных компонентов биопсихосоциальной модели оказания помощи, «диатез – стресс» модели психических расстройств, а также добавление аспектов тем предыдущих занятий);	5 минут
7. Обсуждение основной тематики занятия	20 – 25 минут
8. Обобщение изученного материала ведущим группы, сбор обратной связи от пациентов («что из обсуждаемого сегодня на группе вам показалось наиболее важным?»)	5 минут
9. Подведение итогов ведущими	2 минуты
10. Заполнение анкет обратной связи	5 минут

Представленная структура проведения занятий позволяла одновременно решать несколько задач. Во-первых, постоянное повторение основных понятий, используемых на занятиях, позволяло вновь прибывающим участникам группы сразу погружаться в контекст занятий. Во-вторых, повторение материала проводилось более опытными участниками группы, что с одной стороны, закрепляло пройденный материал у них самих и повышало их уверенность в своей компетентности, а с другой стороны вызывало доверие у новичков, поскольку материал преподносился пациентами, сталкивающимися с похожими проблемами.

Для включения участников в групповой процесс применялся игровой формат физической и когнитивной разминки, в котором были задействованы все участники, включая ведущих. Отдельное внимание уделялось правилам поведения в группе. Их также озвучивали сами пациенты, которые посещали занятия ранее. Ведущими поддерживался партнерский стиль взаимодействия с пациентами, что

обеспечивалось поощрением высказываний, коллегиальной выработкой правил поведения в группе, сбором мнения пациентов в конце занятия путем поощрения высказываний, а также заполнением анкет обратной связи. В связи с повышенной психической уязвимостью пациентов, у каждого участника было право отказаться от высказывания в случае чрезмерной болезненности какой-либо темы, также ведущие должны были следить за тем, чтобы пациенты не погружались в свои переживания, а сосредотачивались в большей степени на стратегиях поведения и на наблюдательной позиции к проявлениям своей психической деятельности.

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.

В информационной части занятия акцент делался на предоставлении пациентам практической информации, которая соотносилась бы с нуждами и потребностями пациентов и с их личным опытом. Задачей ведущего в этой связи было подвести пациента к осознанию того, как информация о проявлениях заболевания, лечении, получении помощи и т.д. касается лично его. Для этого пациенты побуждались делиться собственным опытом через ответы на открытые вопросы, связанные с темой занятия. Ведущие же структурировали этот опыт, делали обобщения и демонстрировали, как личный опыт пациентов связан с теорией, обсуждаемой на занятии, а также поощряли обсуждение темы самими пациентами.

Теоретическую информацию ведущим необходимо было предоставлять четко и коротко, с конкретными практическими выводами. Фразы должны были быть короткими, с интонационными акцентами, и выражать одну четко сформулированную мысль. В конце каждого информационного блока необходимо резюмировать сказанное. В конце занятия каждый участник группы делился основной мыслью, которую он/она вынес с занятия.

Соблюдение описанных принципов проведения занятий позволяло пациентам удерживать внимание, воспринимать информацию и конструктивно взаимодействовать внутри группы.

### **3.2. Содержание программы психообразования**

Были разработаны пять тем психообразовательных занятий: «Причины и механизмы развития психического заболевания», «Распознавание ранних признаков обострения болезни», «Лекарственная терапия», «Совладающее поведение или как справляться с болезнью», «Преемственность психиатрической помощи».

#### **3.2.1. «Причины и механизмы развития психического заболевания»**

На занятии «Причины и механизмы развития психического заболевания» освещались следующие вопросы:

- Причины психических заболеваний (модель уязвимости и наследственной предрасположенности);
- Рассмотрение психического заболевания по аналогии с хроническими соматическими заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь);
- Биологическая уязвимость (генетическая предрасположенность) как ключевой фактор возникновения психического заболевания; общие представления о системе нейромедиаторов головного мозга как основы регуляции психических процессов;
- Роль факторов окружающей среды, которые могут оказывать влияние на развитие заболевания и риск повторного обострения (биологические факторы, психологические факторы, социальные факторы – необходимо в интерактивной форме с обращением к личному опыту участников рассмотреть роль каждого из факторов в развитии обострения психического расстройства);
- Представление о возможности контроля симптомов психических заболеваний благодаря воздействию на все три фактора: воздействие на биологический фактор с помощью лекарственной терапии; влияние на психологический фактор с помощью психотерапии и реабилитационных мероприятий; контроль социального фактора с помощью социальных

работников и психосоциальных мероприятий.

Таким образом, целью данного занятия является формирование представления о психических расстройствах, ознакомление с концепцией «диатез-стресс», формирование представления о возможностях комплексной биопсихосоциальной терапии психических расстройств. Далее концепция биопсихосоциальной модели и комплексного подхода к лечению психических расстройств повторяется на каждом занятии, и каждая из тем является логическим продолжением данной концепции.

Задачей ведущего является формирование у группы понимания, что существует группа психических расстройств, которые являются точно такими же заболеваниями, как и другие хронические болезни, у которых существуют характерные симптомы, течение и лечение, а также имеются научно-обоснованные гипотезы о причинах возникновения. Пациентам дается информация о современных представлениях о развитии психических расстройств – «диатез-стресс» модель, затем информация о биопсихосоциальных факторах внешней среды, запускающих заболевание. Особое внимание при разборе биологических факторов, которые могут являться триггерами развития психоза или обострения состояния, уделяется психоактивным веществам и алкоголю.

Транслируемая на занятии информация должна подкрепляться примерами из личного опыта пациентов, что в ситуации группового занятия способствует пониманию неуникальности психотических переживаний и сходности триггеров и клинических проявлений у разных участников группы. Также следует максимально акцентировать внимание на возможности коррекции проявлений болезни через воздействие на биопсихосоциальные компоненты. Необходимо сориентировать пациентов на активное сотрудничество в лечебном процессе со специалистами, показать возможность восстановления психического благополучия.

### **3.2.2. «Распознавание ранних признаков обострения болезни»**

На занятии «Распознавание ранних признаков обострения болезни»

освещались следующие вопросы:

- Понятие о группах симптомов психических расстройств: нарушение настроения, нарушение сна и аппетита, изменения восприятия и поведения, изменения мышления;
- Понятие о ранних признаках обострения: психическое расстройство не развивается внезапно, а чаще всего начинается с появления отдельных симптомов (нарушение сна, изменение настроения, нарушение концентрации внимания), которые следует научиться распознавать, потому что можно будет обратиться к врачу на раннем этапе и предотвратить развитие психоза;
- Обучение ведению дневника самонаблюдения и распознавания общих признаков болезни. Объяснение межсессионного задания по ведению дневника самонаблюдения, обмен пациентами личным опытом (Приложение 3).

Таким образом, целью данного занятия являлось обучение идентификации симптомов психических расстройств, информирование о ранних признаках обострения психических расстройств, обозначение важности самонаблюдения, возможности контроля своего психического состояния.

Задачей ведущего было побудить участников группы к тому, чтобы они сопоставили предлагаемые на занятии признаки обострения болезни с собственным опытом - вспомнили личные примеры возникновения обострения и симптомы этому предшествовавшие. Пациенты должны понимать, как их опыт соотносится с предлагаемой ведущим общей схемой основных симптомов ранних признаков обострения болезни.

Данное занятие направлено не просто на информирование о симптомах болезни, но и на выработку практических навыков их распознавания. Общеизвестной психотерапевтической методикой для выработки навыка самонаблюдения является ведение дневника, также известно, что у пациентов с любым видом расстройств как правило имеются сложности с регулярным его заполнением. Учитывая остроту психотических проявлений в нашей когорте пациентов, необходимо было разработать такой вариант дневника

самонаблюдения, который был бы нагляден, не требовал бы долгого времени для заполнения, прост в использовании, но в то же время был бы информативен и для самого пациента, и для специалистов, позволял бы не просто описывать состояние, но и отслеживать его динамику.

Учитывая вышеперечисленные условия, нами был разработан вариант дневника самонаблюдения в виде нумерологической шкалы – «Термометр психопатологических симптомов» (Приложение 3). Это инструмент для отслеживания психического состояния и самостоятельной его оценки по шести шкалам – «термометрам»: настроение, сон, внутреннее напряжение, мышление, восприятие реальности, двигательные нарушения. Каждая шкала градуирована от 0 до 10 баллов, где 0 – это норма, а 10 – серьезные проблемы. Таким образом, пациенты учатся оценивать в баллах аспекты своей психической деятельности, нарушение которых в большинстве случаев может указывать на обострение состояния.

На первой странице дневника находится чек-лист симптомов по каждой из шкал, данный чек-лист помогает пациентам конкретизировать свое состояние. Например, при отклонении от нормы по шкале «Мышление» пациенту необходимо не просто оценить в баллах степень нарушения, но и сформулировать, как именно нарушено мышление: «мыслей мало», «мыслей много», «пустота в голове», «навязчивые мысли», «чужие мысли в моей голове», «мои мысли читают/контролируют», «мои мысли “скачут”». Шкала «Внутреннее напряжение» подразумевает фиксацию состояния «психотической готовности», когда еще нет каких-то конкретных изменений мышления или восприятия реальности, но пациент начинает испытывать внутреннее напряжение, растерянность, ощущение что «что-то изменилось» или «что-то может случиться». Оценка состояния по этой шкале происходит, когда пациент затрудняется конкретизировать свое состояние по другим шкалам.

На других страницах дневника чек-лист отсутствует, чтобы дать возможность пациентам самостоятельно сформулировать имеющиеся нарушения.

Пациентам давалось задание заполнять дневник самонаблюдения сначала

в течение недели, а затем и далее после выписки из стационара. Психологи в индивидуальном порядке обсуждали с каждым пациентом, посещающим группу, заполнение дневника, давали пояснения и инструкции. На последующих занятиях группы обсуждались общие вопросы по заполнению дневника.

### **3.2.3. «Лекарственная терапия»**

На занятии «Лекарственная терапия» освещались следующие вопросы:

- Роль лекарственной терапии в избавлении от симптомов, предупреждении их возобновления.
- Представление о нейромедиаторах (преимущественно дофамине) как о регуляторах психической деятельности. Влияние дисбаланса дофамина на возникновение психических расстройств: нарушения мотивации, поведенческие нарушения, психопродуктивные симптомы (нарушения тестирования реальности).
- Представление о возможности регуляции уровня дофамина с помощью лекарственной терапии (с помощью антипсихотиков);
- Информирование о различных классах лекарственных препаратов, применяемых в психиатрии (нейролептики, корректоры, антидепрессанты, нормотимики);
- Способы приема лекарств (таблетки, инъекции), объяснение, что такое пролонгированные инъекционные препараты;
- Цели лечения (восстановление социального функционирования, избавление от симптомов заболевания, профилактика рецидива) и сроки их достижения (необходимость длительного приема препаратов).
- Побочные эффекты и способы их преодоления (двигательные нарушения, седация, повышение уровня пролактина).
- Обоснование необходимости длительного поддерживающего лечения, психосоциальной терапии: понятие о купирующем и поддерживающем лечении, профилактика рецидивов.

Таким образом, целью данного занятия являлось формирование представления о: 1) ключевой роли лекарственной терапии в избавлении от симптомов заболевания; 2) возможностях современной лекарственной терапии, ее эффективности и безопасности; 3) целях лечения: уменьшение выраженности симптомов, а также максимально возможная социальная адаптация; 4) компетентности врача в подборе и мониторинге лекарственного лечения; 5) преодолении сопротивления пациента перед медикаментозным лечением, развенчание мифов о негативных последствиях приема лекарств, в частности, через опыт других пациентов группы.

Задачей ведущего было вызвать доверие к лечебному процессу, безопасности и эффективности лекарственной терапии и к квалификации врача, назначающего лекарственную терапию. Показать, что психические расстройства, точно также, как и соматические, возможно контролировать. Большую роль играло привлечение пациентов к активному обсуждению опыта лекарственной терапии и примеры из реального опыта пациентов: к чему приводила самостоятельная отмена лекарств (обострение состояния, повторная госпитализация); положительные примеры от пациентов благоприятного действия лекарственной терапии (улучшение самочувствия). На занятии следует избегать обсуждения конкретных препаратов, высказывать суждения о качестве того или иного препарата для избегания формирования у пациентов установок в отношении определенных лекарств, необходимо сосредоточиться на классах препаратов, преимущественно антипсихотиках, как на препаратах, которые наиболее актуальны у данной категории пациентов. При обсуждении побочных эффектов лекарств необходимо сделать акцент на том, что польза от приема препаратов перевешивает возможные риски, сообщить о возможности подбора максимально комфортной для пациента схемы лечения, о возможности контролировать побочные эффекты; о необходимости максимально подробно сообщать врачу о своих ощущениях в процессе лекарственной терапии.



### 3.2.4. «Совладающее поведение или как справиться с болезнью»

На занятии «Совладающее поведение или как справиться с болезнью» освещались следующие вопросы:

- Что такое совладающее поведение? С чем необходимо справиться человеку, болеющему психическим расстройством?
- Как справиться с острым состоянием, с остаточной болезненной симптоматикой и с последствиями психического заболевания.
- Виды совладающего поведения: адаптивные и неадаптивные способы совладания (примеры из личного опыта участников группы).
- Роль активного сотрудничества с лечащим врачом в качестве адаптивного способа совладания.
- Ответственность пациента за прохождение лечения, соблюдение режима лечения и выполнение повседневных социальных требований.
- Роль самоконтроля в предупреждении частых повторных госпитализаций и сохранении социальных позиций пациента и его семьи.

Таким образом, целью данного занятия было сформировать у пациентов представление о возможных стратегиях поведения в зависимости от их психического состояния: о вариантах совладающего поведения при наличии остаточных психотических явлений и стойких симптомах болезни, а также стратегии поведения в случае обострения состояния; сформировать у пациентов представление об их личной ответственности в преодолении болезненной симптоматики, выгоде активной позиции по отношению к лечению и о возможной поддерживающей роли ближайшего окружения и специалистов в процессе выздоровления.

Задачей ведущего было сформировать у пациентов понимание, что они являются точно такими же активными участниками процесса лечения, как и медицинский персонал; о необходимости сохранять социальную активность даже при наличии остаточной симптоматики, применять адаптивные способы совладания с болезненной симптоматикой. Отдельно акцентировалось внимание на таком способе совладания как обращение за помощью, данная стратегия поведения

рассматривалась как с точки зрения обращения за помощью и поддержкой к близким людям, так и своевременным обращением за помощью к лечащему врачу.

Данное занятие проводилось преимущественно на основании опыта самих пациентов, которым предлагалось приводить примеры адаптивных и дезадаптивных стратегий поведения по отношению к болезни. Делался акцент на наиболее распространенных ошибках при совладании с болезнью – прием психоактивных веществ (ПАВ), отказ от приема лекарств, избегающее поведение, замкнутость. В качестве адаптивных стратегий поведения обозначались прием препаратов и обращение за помощью. Также обсуждались аспекты конструктивного способа взаимодействия со специалистами, которые участвуют в лечении пациентов: открытость и честность общения, преодоление стеснения, поощрение задавать вопросы врачу. Среди адаптивных стратегий обсуждалось также планирование и соблюдение распорядка дня, соблюдение режима сон-бодрствование, умеренная физическая активности и социальная включенность.

### **3.2.5. «Преемственность психиатрической помощи»**

На занятии «Преемственность психиатрической помощи» освещались следующие вопросы:

- Информирование об этапах оказания психиатрической помощи (этап лечения в стационаре, продолжение лечения в дневном стационаре, этап поддерживающего лечения в диспансере)
- Цели лечения в стационаре: снятие острого, угрожающего здоровью состояния, точная диагностика, терапевтическая среда (режим дня, общение с врачами и медицинским персоналом), активное лечение и подбор лекарств;
- Дневной стационар (продолжение активного лечения при возвращении к своим повседневным обязанностям дома, т.е. начало адаптации к привычной жизни);
- Наблюдение у участкового психиатра – необходимость регулярного контроля состояния, контроль эффективности и переносимости

лекарственной терапии, решение социальных вопросов при необходимости.

- Конкретные действия при ухудшении состояния (информирование лечащего врача в диспансере, вызов бригады ПОНП).
- Виды неотложной помощи: скорая помощь, ПОНП, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи
- Телефон доверия

Таким образом, целью данного занятия было формирование представления о видах психиатрической помощи, доступных в системе психиатрической службы; формирование представления об этапах лечения, о длительности лечения, о возможностях получения помощи в случае изменения психического состояния.

Задачей ведущего было сформировать у участников группы представление о том, как работает психиатрическая служба, какова логика в этапах лечения, в каком случае, куда и как следует обращаться за помощью. У пациента должно возникнуть понимание, как связаны этапы течения его болезни с той формой помощи, которая предлагается на каждом из этапов (стационар, дневной стационар, лечение в диспансере и т.п.). У пациента должно сформироваться понимание, что его лечащий врач – это его главный союзник на пути к выздоровлению.

Необходимость включения данного занятия была обусловлена тем, что даже у имеющих опыт лечения пациентов не формировалось целостного представления о логике работы психиатрической службы и услугах, которые она предоставляет. Вследствие этого пациенты не могли в полной мере пользоваться данными услугами, не всегда понимали необходимость тех или иных этапов лечения, занимали пассивную позицию, следуя указаниям родственников или специалистов. На занятии разъяснялось какие этапы лечения предстоит пройти пациентам, какие виды помощи они будут получать на каждом из этапов, объяснялась необходимость стационарного, полустационарного и амбулаторного этапов. На занятиях выдавались памятки с контактами ПОНП, телефона доверия, сайтом больницы, контактами общественных организаций.

### **3.3. Модель работы полипрофессиональной бригады**

В полипрофессиональную бригаду, занимающуюся психообразованием, входили медицинские психологи, психотерапевты и врачи-психиатры. Рекомендуется, чтобы группу проводили два специалиста – медицинский психолог и врач (психиатр или психотерапевт). В процессе занятия роли у ведущих могут меняться в зависимости от этапа и темы занятия. Роли у обоих ведущих равнозначны. Пока один из ведущих предоставляет информацию или интерактивно взаимодействует с участниками, другой следит за временным регламентом, за реакцией группы. Психолог в большей степени следит за процессом сплочения группы, проводит разминку в начале занятия, врач сосредотачивается на информационной части занятия. Оба ведущих взаимодействуют между собой, привлекая друг друга в качестве экспертов по соответствующим медицинским или психологическим вопросам.

При проведении занятий для пациентов важно соблюдать единый принцип проведения группы и единообразие предоставляемой информации. Кроме того, для обеспечения непрерывности процесса психообразования и охвата психообразовательными мероприятиями максимального количества пациентов необходимо сформировать несколько взаимозаменяемых «психообразовательных бригад». Для достижения этого перед тем, как приступить к ведению групп, ведущим необходимо пройти обучение, поприсутствовав в качестве наблюдателей хотя бы на одном цикле занятий по психообразованию. Кроме того, рекомендуется, чтобы первое время кто-то из опытных ведущих присутствовал на занятиях в качестве супервизора. Как правило, такая супервизия необходима в течение 4–5 циклов занятий. Далее для поддержания единого стандарта проведения групп необходимо, чтобы супервизор или интервизор присутствовал на занятиях 1 раз в 3 месяца.

Супервизор оценивает проведение занятия по нескольким параметрам:

1. соблюдение структуры занятий;
2. изложение информационной части;
3. степень вовлеченности группы и работа ведущих по вовлечению пациентов;
4. взаимодействие между ведущими.

После окончания занятия в случае присутствия на нем супервизоров или интервизоров происходит разбор занятия с учетом каждого из перечисленных критериев оценки.

Набор пациентов в группу по психообразованию в настоящем исследовании проходил следующим образом. Пациенты направлялись в исследование в первую неделю поступления в стационар и обследовались с применением шкалы PANSS и CGI-S лечащим врачом или исследователем. В ходе обследования проводилась оценка психического состояния пациента и его готовность принять участие в занятиях по психообразованию. В ходе беседы клиническим методом оценивалась способность пациента к контакту со специалистом, возможность удерживаться в беседе в течение как минимум получаса. Дополнительно к этому особое внимание обращалось на показатели следующих подшкал PANSS: возбуждение (P4), враждебность (P7), напряжение (G4), манерность и поза (G5), некооперативность (G8), нарушение внимания (G11), недостаточный контроль импульсивности (G14). Наличие 6 и более баллов по перечисленным шкалам являлось противопоказанием к включению в групповую работу вследствие нарушения поведения пациентов и невозможности продуктивного контакта с ними. Пациентов, у которых число баллов по указанным шкалам равнялось 6 или 7 на момент обследования на первой неделе госпитализации было 45 человек (28,5%). Наиболее показательными были нарушения по шкале P4, которые наблюдались у 28 человек (62,2%) и в 75% случаев сочетались с повышением баллов по остальным шкалам из приведенного перечня. Средние баллы по выбранным шкалам у остальных 113 пациентов на момент поступления в стационар приведены в таблице 3.2.

Среднее число баллов шкалы PANSS

n=113	P4	P7	G4	G5	G8	G11	G14
Средний балл±СО	3,6±1,1	3,1±1,2	3,6±0,9	3,4±0,6	3,1±1,0	3,7±0,9	2,9±0,9

Как видно из таблицы 3.2, показатели по шкалам, отражающим нарушение поведения и сложности взаимодействия с пациентом, были невысоки даже на первой неделе госпитализации, что делало возможным участие большинства пациентов в программе психообразования по психическому состоянию. Перед включением пациентов в группу по психообразованию кто-либо из членов психообразовательной бригады, чаще психолог, проводил с пациентом беседу с пояснениями сути психообразования, а также давал практическую информацию по расписанию занятий, отвечал на возникающие вопросы (Семенова Н.Д., Гурович И.Я., 2014).

Пациенты, которые на момент обследования при поступлении в стационар, не могли быть включены в группу по психообразованию, оценивались лечащим врачом в динамике при помощи шкалы CGI-S и при снижении показателей данной шкалы на 1 балл относительно состояния при поступлении, направлялись к специалисту психообразовательной бригады для проведения консультации перед включением в группу психообразования, в ходе которой повторно оценивалась возможность продуктивного контакта с пациентом на протяжении 30 минут.

В среднем пациенты направлялись на психообразование на  $11,6 \pm 6,3$  день госпитализации, при средней длительности госпитализации  $32,4 \pm 11,9$  дня.

## Глава 4

### Результаты проспективного этапа исследования и оценка эффективности психообразовательной программы

#### 4.1. Оценка сопоставимости пациентов проспективного и ретроспективного этапов исследования с регоспитализациями в течение 6 месяцев

Для оценки сопоставимости выборки пациентов проспективного этапа исследования с выборкой пациентов ретроспективного этапа проводилось сравнение основных социально-демографических и клинических характеристик пациентов. Для проведения сравнения среди пациентов проспективного этапа были отобраны пациенты с регоспитализацией в течение 6 месяцев после предыдущей выписки. Таких пациентов было 25 (15,8%) человек в основной группе, и 12 (15,2%) в контрольной.

Сравнение социально-демографических характеристик пациентов представлены в таблице 4.1.

Таблица 4.1

Сравнение социально-демографических характеристик пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев

Показатель	Группа 0 n = 46		Группа 1 n = 25		Группа 2 n = 12	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мужской пол	26	56,5	12	48,0	6	50,0
Женский пол	20	43,5	13	52,0	6	50,0
Средний возраст ( $\pm$ СО)	30,4 $\pm$ 7,3		33,2 $\pm$ 8,1		32,7 $\pm$ 7,8	
Семейный статус						
Холост/не замужем	34	73,9	18	72,0	9	75,0
Женат/замужем	7	15,2	5	20	2	16,7

В разводе	5	10,9	2	8,0	1	8,3
Вдовец/вдова	0	0	0	0	0	0
Есть дети	9	19,5	4	16	3	25
Проживание						
С родителями/ родственниками	31	67,4	16	64	7	58,3
С партнером/ супругом	8	17,4	5	20	2	16,7
Один	7	15,2	4	16	3	25
Образование						
Неполное среднее	2	4,4	0	0	1	8,3
Среднее	7	15,2	4	16	1	8,3
Среднее- специальное	9	19,6	5	20	2	16,7
Незаконченное высшее	12	26	7	28	3	25
Высшее	16	34,8	9	36	5	41,7
Трудовой статус						
Работа	10	21,7	5	20	3	25
Учеба	9	19,6	4	16	2	16,7
Нет занятости	22	47,8	14	56	6	50
Пенсия по инвалидности	5	10,9	2	8	1	8,3
Всего	46	100	25	100	12	100

Группа 0 – пациенты ретроспективного этапа исследования

Группа 1 – пациенты основной группы проспективного этапа исследования

Группа 2 – пациенты контрольной группы проспективного этапа исследования

Пациенты всех трех групп были сопоставимы по полу, возрасту, семейному статусу, уровню образования и трудовому статусу. И, как уже отмечалось ранее, характеризовались низким уровнем социальной адаптации.

Также проводилось сравнение клинико-динамических характеристик этих трех групп пациентов (таблицы 4.2 – 4.5).



Сравнение количества госпитализаций

Показатель	Группа 0 n = 46		Группа 1 n = 25		Группа 2 n = 12	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Длительность предыдущей госпитализации	34,6±6,8		33,8±4,9		32,5±5,2	
Вторая госпитализация	30	65,2*	14	56	7	58,3
Третья госпитализация	16	34,8*	11	44	5	41,7
Всего	46	100	25	100	12	100

\*p = 0,05

Пациенты трех групп были сопоставимы между собой по количеству госпитализаций в стационар и по длительности предыдущей госпитализации, продолжительность которой была достаточна для купирования психотического состояния, то есть регоспитализация в течение 6 месяцев не могла объясняться недостаточным купированием психотического приступа. Во всех группах пациентов, которые госпитализировались второй раз было больше, статистическая значимая разница между долей пациентов со второй и третьей госпитализацией отмечалась в группе ретроспективного этапа исследования (p=0,05).

Также проводилось сравнение пациентов по диагнозам (таблица 4.3)

Таблица 4.3

Диагнозы пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев

Показатель	Группа 0 n = 46		Группа 1 n = 25		Группа 2 n = 12	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%

Параноидная шизофрения (F 20.0)	40	87	20	80	10	83,3
- непрерывный тип течения	12	26,1	8	32	4	33,3
- эпизодическое течение	16	34,8	7	28	4	33,3
- период наблюдения менее года	12	26,1	5	20	2	16,8
Шизоаффективные расстройства (F 25)	2	4,3	3	12	1	8,3
Биполярное аффективное расстройство (F 31.2, F31.5)	3	6,5	2	8	1	8,3
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.3)	1	2,2	0	0	0	0
Всего	46	100	25	100	12	100

Группа 0 – пациенты ретроспективного этапа исследования

Группа 1 – пациенты основной группы проспективного этапа исследования

Группа 2 – пациенты контрольной группы проспективного этапа исследования

Группы не различались между собой по диагнозам, во всех трех группах преобладали пациенты с диагнозом «параноидная шизофрения», остальные диагностические категории были представлены аффективными и шизоаффективными психозами.

Маршрутизация пациентов после стационара также не отличалась у всех трех групп пациентов, большая часть пациентов проходила долечивание в полустационарных условиях (таблица 4.4).

Таблица 4.4

## Маршрутизация после прошлой госпитализации

Показатель	Группа 0 n = 46		Группа 1 n = 25		Группа 2 n = 12	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Дневной стационар	26	56,5	13	52	5	41,7
ОИОПП	8	17,3	6	24	4	33,3
ПНД	12	26	6	24	3	25
Всего	46	100	25	100	12	100

Таблица 4.5

Лекарственная терапия пациентов с регоспитализациями  
в течение 6 месяцев

Показатель	Группа 0 n = 46		Группа 1 n = 25		Группа 2 n = 12	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Пролонгированные инъекционные антипсихотики:	20	43,5	11	44	5	41,7
- типичные	15	75	8	72,7	4	80
- атипичные	5	25	3	27,3	1	20
Корректоры	32	69,5	16	64	8	66,7
Пероральные антипсихотики:	26	56,5	14	56	7	58,3

- типичные	9	35	4	28,6	3	42,8
- атипичные	17	65	10	71,4	4	57,2

При сравнении подходов к лекарственной терапии также значимых различий выявить не удалось. Назначение пролонгированных антипсихотических препаратов было сопоставимо у всех трех групп пациентов, также, как и назначение пероральных антипсихотиков. Частота назначения типичных и атипичных антипсихотиков была также сопоставима у всех трех групп пациентов.

Таким образом, группа пациентов с частыми регоспитализациями проспективного этапа исследования не отличалась ни по клиническим, ни по социально-демографическим показателям от пациентов ретроспективного этапа исследования. Показатели организации помощи данным пациентам также не отличались между группами. Можно сделать вывод о том, что пациенты проспективного этапа исследования с опытом регоспитализаций в течение 6 месяцев репрезентативно представляет особенности пациентов с частыми регоспитализациями.

#### **4.2. Сравнение характеристик пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев и пациентов без частых повторных госпитализаций.**

Для определения отличительных особенностей пациентов с частыми регоспитализациями от остальных пациентов выборки, проводилось сравнение пациентов по социально-демографическим и клиническим параметрам.

Сравнение диагнозов пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев и остальных пациентов выборки приведены в таблице 4.6.

Структура диагнозов пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев отличается от всей остальной выборки пациентов проспективного этапа исследования. Среди пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев преобладают пациенты с диагнозом «параноидная шизофрения» (81,6%) и не встречаются пациенты с диагнозом острого полиморфного психотического расстройства, тогда как в основной выборке диагноз «параноидная шизофрения»

наблюдается у 45,7%. Также существенно меньше пациентов с диагнозом шизоаффективного расстройства (12% и 8,3% против 18% и 20,9%).

Сравнение социально-демографических характеристик пациентов представлено в таблицах 4.7 - 4.9.

Таблица 4.6

Сравнение диагнозов пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев и остальных пациентов выборки

Диагностическая категория	Основная группа-Р n = 25		Контрольная группа-Р n = 12		Основная группа n = 133		Контрольная группа n = 67	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Параноидная шизофрения (F 20.0)	20	80	10	83,3	60	45,1	31	46,3
- непрерывный тип течения	8	32	4	33,3	14	10,5	8	12,0
- эпизодическое течение	7	28	4	33,3	25	18,8	14	20,9
- период наблюдения менее года	5	20	2	16,8	21	15,8	9	13,4
Шизоаффективные расстройства (F 25)	3	12	1	8,3	24	18,0	14	20,9
Острое полиморфное психотическое расстройство (F 23.0, F 23.1, F 23.2)	0	0	0	0	30	22,6	16	23,9
Биполярное аффективное	2	8	1	8,3	12	9,1	4	5,9

расстройство (F 31.2, 31.5)								
Бредовое расстройство (F 22.0)	0	0	0	0	7	5,3	2	3,0
Всего	25	100	12	100	133	100	60	100

Основная группа-Р – пациенты основной группы с регоспитализациями в течение 6 месяцев

Контрольная группа-Р – пациенты контрольной группы с регоспитализациями в течение 6 месяцев

Таблица 4.7

Сравнение пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев и остальных пациентов выборки по полу

Параметры	Основная группа-Р n = 25		Основная группа-Р n = 12		Основная группа n = 133		Контрольн ая группа n = 67	
	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужской пол	12	48,0	6	50,0	58	43,6	28	41,8
Женский пол	13	52,0	6	50,0	75	56,4	39	58,2

Таблица 4.8

Сравнение семейного статуса пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев и остальных пациентов выборки

Параметр	Основная группа-Р n = 25		Основная группа-Р n = 12		Основная группа n = 133		Контрольн ая группа n = 67	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
<b>Семейный статус</b>								
Холост/не замужем	18	72,0	9	75,0	96	72,2	46	68,6
Женат/замужем	5	20	2	16,7	19	14,3	12	17,9
В разводе	2	8,0	1	8,3	18	13,5	8	11,4

Вдовец/вдова	0	0	0	0	0	0	1	1,3
Есть дети	4	16	3	25	30	22,5	12	19
Проживание								
С родителями/ родственниками	16	64	7	58,3	86	64,7	42	62,8
С партнером/ супругом	5	20	2	16,7	21	15,8	13	19,4
Один	4	16	3	25	26	19,5	12	17,8

Таблица 4.9

Сравнение образования и трудового статуса пациентов с  
регоспитализациями в течение 6 месяцев и остальных пациентов выборки

Параметр	Основная группа-Р n = 25		Контрольная группа-Р n = 12		Основная группа n = 133		Контрольная группа n = 67	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Образование								
Неполное среднее	0	0	1	8,3	8	6,0	1	1,5
Среднее	4	16	1	8,3	14	10,5	10	14,9
Среднее-специальное	5	20	2	16,7	35	26,3	19	28,3
Незаконченное высшее	7	28	3	25	23	17,3	9	13,4
Высшее	9	36	5	41,7	53	39,8	28	41,8
Трудовой статус								
Работа	5	20	3	25	31	23,3	12	17,9
Учеба	4	16	2	16,7	20	15,1	8	11,9
Нет занятости	14	56	6	50	56	42,1	33	49,2
Пенсия по инвалидности	2	8	1	8,3	26	19,5	14	21,0

Соотношение мужчин и женщин среди пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев было примерно одинаковым, тогда как в группе остальных пациентов женщин было несколько больше, чем мужчин. Разница не достигала

статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ), однако можно говорить о тенденции к более частой регоспитализации у лиц мужского пола.

По остальным социально-демографическим характеристикам разницы между пациентами с регоспитализациями в течение 6 месяцев и всеми остальными пациентами выборки не отмечалось. Можно сделать вывод о том, что все пациенты, участвовавшие в исследовании, были сопоставимы между собой по основным клиническим и социально-демографическим характеристикам и каких-либо отличий по оцениваемым параметрам между группами пациентов выявить не удалось. Единственное, что отличало пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев от остальных пациентов выборки – значительно более частый диагноз параноидной шизофрении по МКБ-10.

Во всей выборке пациентов основной и контрольной групп (всего 237 человек) анализировался ведущий синдром. Всего по историям болезни пациентов лечащими врачами выделялось 4 вида синдромов: галлюцинаторно-параноидный, параноидный, галлюцинаторный, аффективно-бредовый. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от повторности госпитализаций: впервые госпитализированные, с регоспитализацией в течение 1 года и с регоспитализацией больше, чем через 1 год (таблица 4.10). Частота встречаемости каждого синдрома была подсчитана в каждой группе пациентов.

Таблица 4.10

#### Распределение пациентов выборки по ведущему синдрому

Синдром	Впервые госпитализированы	Регоспитализация в течение года	Регоспитализация более чем через год	Всего
Галлюцинаторно-параноидный	40 (43%)*	42 (53,8%)	43 (65,2%)*	125 (52,7%)
Параноидный	33 (35,4%)	22 (28,2%)	12 (18,1%)	67 (28,3%)



Галлюцинаторный	10 (10,8%)	6 (7,8%)	0	16 (6,8%)
Аффективно-бредовый	10 (10,8%)	8 (10,2%)	11 (16,7%)	29 (12,2%)
Всего	93 (100%)	78 (100%)	66 (100%)	237 (100%)

\* $p=0,0004$

Обращает на себя внимание превалирование галлюцинаторно-параноидного синдрома у пациентов с регоспитализациями больше года (65,2%), его частота значимо выше, чем у впервые госпитализированных пациентов ( $p=0,0004$ ). У впервые госпитализированных пациентов распределение синдромов более равномерно. Тем не менее, во всей выборке преобладают галлюцинаторно-параноидный и параноидные синдромы, что соответствует и распределению диагнозов с преобладанием параноидной шизофрении и незначительным количеством диагнозов шизоаффективного расстройства и аффективных психозов.

#### **4.3. Факторы, способствовавшие регоспитализации в течение полугода после выписки**

При ретроспективном анализе историй болезни пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев были выявлены факторы регоспитализации, которые были описаны ранее.

Среди пациентов проспективного этапа исследования также были проанализированы факторы, способствовавшие повторной госпитализации в течение 6 месяцев у 25 человек основной и 12 человек контрольной группы. Факторы ухудшения состояния, повлекшие за собой регоспитализацию, не отличались от выделенных при ретроспективном анализе историй болезни и сводились к четырем основным: отмена или изменение дозы лекарств, пропуск приема лекарств в связи с неявкой на плановый осмотр, изменение состояния при смене терапии лечащим врачом и ухудшение самочувствия на фоне проводимой

терапии. Фактов госпитализации по причинам иным, нежели обострение состояния, обнаружено не было.

Сравнение факторов регоспитализации у пациентов ретроспективного и проспективного этапов исследования приведены в таблице 4.11.

Таблица 4.11

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	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

Значимых различий между тремя группами пациентов по факторам, способствовавшим повторной госпитализации в стационар, не отмечалось. В совокупности были собраны сведения по 83 пациентам с повторными госпитализациями в стационар в течение полугода после предыдущей выписки. В 63,9% случаев причиной ухудшения состояния, повлекшему повторную госпитализацию, была самостоятельное снижение дозы или отмена терапии, что значимо отличалось от остальных факторов повторной госпитализации ( $p < 0,05$ ). В 22,9% случаев – несоблюдение режима наблюдения у врача, в связи с чем пропускался очередной прием препаратов, что также значимо отличалось от других факторов регоспитализации ( $p < 0,05$ ). В остальных случаях причины ухудшения состояния напрямую от пациентов не зависели и в 9,6% были связаны с ухудшением состояния на фоне терапии или с изменением схемы лечения лечащим врачом (3,6%) частота встречаемости данных причин не достигала статистической значимости.

Таким образом, основным фактором, который способствовал обострению состояния, влекущему за собой регоспитализацию в течение 6 месяцев, является факт низкой медикаментозной комплаентности пациентов.

#### **4.4. Оценка психопатологического состояния выборки**

Оценка психопатологического состояния пациентов проводилась с помощью валидизированной отечественной версии Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS), Шкалы общего клинического впечатления о тяжести заболевания (CGI-S) и Шкалы общего клинического впечатления об улучшении состояния (CGI-I).

Все пациенты, включенные в исследование, проходили оценку состояния методом PANSS в течение первых 7 дней госпитализации (точка 1) и перед выпиской пациентов (точка 2).

Данные по общему числу баллов по шкале PANSS, а также по отдельным подшкалам PANSS представлены в таблице 4.12 для пациентов основной и контрольной групп.

Число баллов по шкале PANSS у пациентов основной и контрольной групп в начале госпитализации и перед выпиской

PANSS	Контрольная группа		Основная группа	
	Точка 1	Точка 2	Точка 1	Точка 2
Общее число баллов (среднее $\pm$ CO)	117,6 $\pm$ 21,8	74,3 $\pm$ 10,8	114,1 $\pm$ 23,4	75,5 $\pm$ 12,6
Шкала позитивных симптомов (среднее $\pm$ CO)	29,4 $\pm$ 8,3	17,3 $\pm$ 2,3	28,3 $\pm$ 9,5	16,1 $\pm$ 3,7
Шкала негативных симптомов (среднее $\pm$ CO)	29,7 $\pm$ 7,6	19,8 $\pm$ 3,8	28,4 $\pm$ 6,7	19,9 $\pm$ 4,9
Общая психопатологическая шкала (среднее $\pm$ CO)	58,5 $\pm$ 6,4	37,2 $\pm$ 5,2	57,3 $\pm$ 11,6	39,4 $\pm$ 6,5

Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы между собой по общему числу баллов PANSS и по общему числу баллов по отдельным шкалам PANSS, а также по количеству баллов в динамике перед выпиской из стационара.

Существуют различные рекомендации в отношении того, какое снижение числа баллов по шкале PANSS следует считать значимым в плане наличия терапевтического эффекта. Kane et al. (1988) предложили показатель в 20%, который используется в большинстве исследований (Мосолов С.Н., 2001). S. Leucht (2014) считает, что данный процент должен быть более гибким в зависимости от наличия или отсутствия терапевтической резистентности пациентов, и предлагает диапазон от 50% до 25%, где 50% применимо для пациентов с отсутствием терапевтической резистентности, а 25% для терапевтически резистентных. Кроме того, на разницу общего числа баллов PANSS могут оказывать влияние

неправильные расчеты, когда исследователи не вычитают 30 баллов из общей суммы числа баллов PANSS.

Для проведения корректного расчета разницы в общем числе баллов PANSS у пациентов в начале госпитализации и перед выпиской из стационара из средних значений было вычтено 30 баллов (в связи с тем, что минимально возможное значение общего числа баллов PANSS составляет 30 баллов и соответствует норме) (S. Leucht, 2014), таким образом в нашей основной группе пациентов средние показатели общего числа баллов PANSS для оценки его динамики в начале лечения в стационаре составили 84,1 балла, а в конце 45,5 балла, а в контрольной группе 87,6 и 44,3 баллов, соответственно. Снижение общего числа баллов PANSS при сравнении в начале лечения в стационаре (точка 1) и перед выпиской пациентов (точка 2) произошло на 45,9% (снижение с 84,1 до 45,5) в основной группе и на 49,4% (снижение с 87,6 до 44,3) – в контрольной.

При этом ориентация только лишь на степень редукции числа баллов PANSS не является достаточной, имеет значение исходная и конечная степень тяжести симптомов, выраженная в баллах PANSS, и соответствие степени тяжести симптоматики по шкале PANSS с клинической оценкой лечащих врачей. Leucht S. (2014) и Levine et al. (2008) предложили соотношение между значениями общего балла PANSS и оценкой степени тяжести состояния по шкале CGI-S, а также соотношение степени изменения общего балла PANSS с оценкой динамики состояния по шкале и CGI-I.

При оценке степени тяжести состояния диапазон общего числа баллов PANSS 126 – 149 – отражает крайне тяжелые проявления болезни (соответствуют 7 баллам по шкале CGI-S), диапазон 105 – 118 соответствует тяжелым проявлениям болезни (6 баллов по шкале CGI-S), 88 – 96 – выраженным проявлениям (5 баллов CGI-S), 71 – 78 умеренным проявлениям (4 балла CGI-S), 55 – 62 – легким проявлениям болезни и т.д. Снижение общего числа баллов PANSS на 71-82% оценивается как очень сильное улучшение (1 балл CGI-I), на 40-53% - как значительное улучшение (2 балла CGI-I), 19-28% - минимальное улучшение (3 балла CGI-I), 2-3% - без изменений и т.д.

В связи с этим, наряду с оценкой по PANSS нами проводилась оценка пациентов по шкалам CGI-S (в начале лечения и перед выпиской) и CGI-I (перед выпиской). В контрольной группе среднее число баллов по шкале CGI-S составило  $5,8 \pm 0,9$  (медиана и мода равнялись 6), а в основной –  $5,75 \pm 0,9$  (медиана и мода равнялись 6). Перед выпиской из стационара в контрольной группе среднее число баллов по шкале CGI-S составило  $4,28 \pm 0,8$  (медиана и мода равнялись 4), а в основной –  $4,1 \pm 0,8$  (медиана и мода равнялись 4). Средние показатели по шкале CGI-I в контрольной группе составляли  $2,3 \pm 0,5$  (медиана и мода равнялись 2), похожие показатели были и в основной группе:  $2,4 \pm 0,4$  (медиана и мода равнялись 2).

Таким образом, полученные нами данные соответствуют предложенному Leucht et al. (2014) соотношению между числом баллов PANSS и клинической оценкой тяжести состояния пациента и между изменениями числа баллов PANSS и клинической оценкой динамики состояния. Наша выборка пациентов на этапе начала стационарного лечения соответствовала тяжелым проявлениям болезни по шкалам CGI и PANSS: 6 баллов по шкале CGI-S в обеих группах, среднее общее число баллов PANSS: 114,1 в основной группе и 117,6 в контрольной (среднее 115,8). На этапе выписки наша выборка соответствовала умеренным проявлениям болезни: 4 балла по шкале CGI-S в обеих группах, среднее общее число баллов по шкале PANSS 75,5 в основной группе, 74,3 в контрольной (среднее 74,9). Снижение общего числа баллов PANSS на 45,9% в основной группе и на 49,4% в контрольной соответствует «значительному улучшению» по шкале CGI-I, что также соответствовало полученным нами результатам (2 балла по шкале CGI-I в обеих группах в нашей выборке) (таблица 4.13).

Таблица 4.13

Оценка тяжести состояния пациентов и динамики состояния при помощи психометрических шкал PANSS, CGI-S, CGI-I

Показатель	Контрольная группа		Основная группа	
	Точка 1	Точка 2	Точка 1	Точка 2

Общее число баллов PANSS	117,6 ± 21,8	74,3 ± 10,8	114,1 ± 23,4	75,5 ± 12,6
CGI-S (среднее±CO)	5,8 ± 0,9	4,28 ± 0,8	5,75 ± 0,9	4,1 ± 0,8
CGI-S (медиана и мода)	6	4	6	4
CGI-I (среднее±CO)	-	2,3 ± 0,5	-	2,4 ± 0,4
CGI-I (медиана и мода)	-	2	-	2
Изменение общего числа баллов PANSS	-	49,4%	-	45,9%

Для дополнительной оценки динамики состояния проводился анализ показателей PANSS, которые используют для оценки ремиссии (Andreasen N.C. et al., 2005), то есть следующие подшкалы PANSS: бред (P1), расстройства мышления (P2), галлюцинации (P3), притупленный аффект (N1), социальная отгороженность (N4), нарушение спонтанности и плавности речи (N6), манерность и позирование (G5), необычное содержание мыслей (G9). Для констатации факта становления ремиссии баллы по всем перечисленным подшкалам должны быть не выше 3 на протяжении шести месяцев. В нашем случае оценка по PANSS проводилась перед выпиской пациентов из стационара, поэтому вследствие невозможности отследить динамику баллов по данным шкалам в течение полугода, можно говорить только о тенденции становления ремиссии в исследуемой выборке пациентов. Несмотря на ограничения данного подхода, его использование может быть обосновано





Психотизм (искажение реальности)	P1	4,2± 1,8	2,3± 0,5	5,1±1, 4	3,1±1, 2	4,3±1, 5	2,1±0,6	5,2±1,5	3,2±1,1
	G9	3,6± 1,2	2,2± 0,6	4,2±0, 9	2,9±0, 7	3,9±0, 9	2,4±0,3	4,8±1,1	3,1±0,7
	P3	3,4± 1,9	1,6± 0,5	4,0±1, 9	2,3±0, 8	3,7±1, 7	1,9±0,3	4,5±1,2	2,4±1,1
Дезорга- низация	P2	4,1± 1,1	2,4± 0,6	4,8±0, 7	3,1±0, 7	4,2±1, 1	2,1±0,5	4,9±1,2	3,2±0,8
	G5	3,6± 1,1	2,2± 0,6	3,7±0, 9	2,7±0, 8	3,9±1, 3	2,1±0,7	4,1±0,9	3,1±0,5
Негативные симптомы (психомотор ная бедность)	N1	3,9± 1,5	2,6± 0,5	4,3±1, 2	3,4±0, 9	3,4±1, 7	2,4±0,4	4,2±1,1	3,2±1,2
	N4	3,9± 1,2	2,4± 0,6	4,3±1, 3	3,2±0, 9	3,5±1, 4	2,3±0,8	4,1±1,3	3,2±1,2
	N6	3,8± 1,1	2,4± 0,6	4,5±1, 1	3,3±0, 9	3,7±1, 2	2,4±0,5	4,3±1,2	3,1±0,9

Рем1 – показатели по шкалам ремиссии в точке 1 у пациентов, достигших целевых значений данных показателей;

Рем2 – показатели по шкалам ремиссии в точке 2 у пациентов, достигших целевых значений данных показателей;

Орем1 – показатели по шкалам ремиссии в точке 1 у пациентов, не достигших целевых значений данных показателей;

Орем2 – показатели по шкалам ремиссии в точке 2 у пациентов, не достигших целевых значений данных показателей.

#### 4.5. Оценка эффективности программы психообразования

Эффективность программы психообразования оценивалась в краткосрочной и долгосрочной перспективе. В качестве показателей краткосрочной эффективности программы проводился анализ: 1) уровня медикаментозного комплаенса пациентов; 2) мнения пациентов о занятиях по психообразованию; 3) уровня знаний пациентов о психическом расстройстве и его лечении. Для оценки эффективности программы в долгосрочной перспективе, оценивался уровень

повторных госпитализаций пациентов основной и контрольной группы в течение 6 месяцев после выписки из стационара и в течение 1 года.

#### **4.5.1. Оценка комплаенса пациентов после прохождения занятий по психообразованию**

Одной из задач занятий по психообразованию было повышение уровня комплаентности пациентов в отношении лечения. В связи с этим проводилась объективная оценка уровня комплаентности пациентов, прошедших занятия по психообразованию, и пациентов контрольной группы.

Для оценки уровня комплаентности нами была выбрана «Шкала медикаментозного комплаенса» (Лутова Н.Б., 2012). Предпочтение данной шкале было отдано в связи с тем, что дизайн данной шкалы позволяет провести оценку объективно, тогда как другие шкалы доступные на русском языке являются самоопросниками пациентов. Кроме того, данная шкала позволяет оценить комплаенс по нескольким факторам, к которым относится не только отношение пациента к лекарствам, но и внешние факторы, которые могут оказывать существенное влияние на соблюдение режима терапии: опыт взаимодействия пациента с психиатрической службой, взаимодействие с лечащим врачом и степень поддержки и понимания со стороны ближайшего окружения пациента, доступность лекарств. Таким образом, комплаенс оценивается с учетом как субъективных, так и объективных факторов.

«Шкала медикаментозного комплаенса» заполнялась специалистами в отношении пациентов основной и контрольной групп перед выпиской из стационара. Результаты данной шкалы представлены в таблице 4.15

Таблица 4.15

Показатели медикаментозного комплаенса

Блоки шкалы	Максимальное число баллов	Основная группа	Контрольная группа	p

Общее число баллов	52	41,5 ± 7,2	30,4 ± 4,3	<0,001
Отношение к медикации	28	23,1 ± 4,1	12,3 ± 3,7	<0,001
Факторы, связанные с пациентом	15	11,8 ± 2,7	11,4 ± 2,9	0,29
Факторы, связанные с близким окружением	5	3,5 ± 1,8	3,2 ± 1,6	0,21
Факторы, связанные с лечащим врачом	4	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,5	1,0

Исходя из показателей данной шкалы, пациенты основной группы на момент выписки из стационара имели более высокое общее число баллов комплаентности, что достигалось за счет более высоких показателей по фактору «отношение к медикации», чем у пациентов контрольной группы ( $p < 0,001$ ). По «Шкале медикаментозного комплаенса» показатели по данному фактору напрямую связаны с отношением пациента к лечению, тогда как остальные факторы сопряжены с обстоятельствами, которые напрямую от пациента не зависят, например, с выраженностью продуктивной и негативной симптоматики, с отношением близкого окружения к лечению, наличием препаратов в доступе, организацией врачебного наблюдения и т.д. Разница по общему числу баллов комплаентности между основной и контрольной группой достигала статистической значимости ( $p < 0,001$ ).

Разработчики данной шкалы также выделили дополнительные факторы внутри шкалы, которые оказывают влияние на те или иные компоненты комплаенса, хотя могут напрямую и не относиться конкретным блокам шкалы. Все эти факторы были отранжированы по силе их влияния на компоненты комплаенса на 4 степени – от сильной положительной связи до слабой положительной связи. Нами были выделены крайние факторы, которые оказывают либо сильное влияние, либо слабое на компоненты комплаенса. Результаты суммарных показателей по данным факторам представлены в таблице 4.16.

## Взаимосвязи факторов комплаентности

Блоки шкалы	Взаимосвязь факторов	Мах балл	Основная	Контроль ная	p
Отношение к медикации	Сильные	12	11,1±0,9	5,8±1,4	<0,001
	Слабые	4	3,35±0,65	3,2±0,5	0,07
Факторы, связанные с пациентом	Сильные	2	1,1±0,9	1,05±0,4	0,63
	Слабые	7	5,4±1,2	5,3±0,9	0,5
Факторы, связанные с близким окружением	Сильные	5	3,4±1,3	3,2±0,7	0,2
	Слабые	7	5,6±1,4	5,3±1,2	0,1
Факторы, связанные с лечащим врачом	Сильные	5	4,05±0,6	2,8±1,1	<0,001
	Слабые	2	1,7±0,3	1,7±0,2	1,0

Как видно из таблицы 4.16 пациенты основной группы значительно отличались от контроля по совокупности факторов, оказывающих сильное влияние на отношение к медикации и на компонент комплаенса, связанный с лечащим врачом, и не отличались по остальным показателям. Данный феномен можно объяснить лишь влиянием занятий по психообразованию, т.к. именно на них формировалось положительное отношение к приему медикаментов, давалась развернутая информация по их воздействию и объяснялась цель медикаментозного лечения, и при этом у пациентов была возможность задавать вопросы по медикаментам, делиться своими опасениями в отношении их приема. По этой же причине в основной группе пациентов отмечено более высокое число баллов по факторам, связанным с лечащим врачом, т.к. по дизайну шкалы на данный блок оказывают влияние факторы, которые связаны с отношением пациента к лечению.

Таким образом, на момент выписки из стационара, пациенты основной группы отличались от контрольной более высоким числом баллов по шкале медикаментозного комплаенса, которое было обусловлено формированием более позитивного отношения к принимаемым лекарственным препаратам.

#### **4.5.2. Мнение пациентов о программе психообразования**

Еще одним фактор, который учитывался при оценке эффективности программы психообразования, было мнение самих пациентов о занятиях и оценка пациентами полезности и релевантности информации, полученной на занятиях. С целью изучения мнения пациентов по данному вопросу нами была разработана «Анкета обратной связи о занятии по психообразованию». В связи с условиями предъявления данного опросника (пациенты в стационаре) нами было сокращено количество вопросов до четырех, которые касались непосредственно оценки пациентами полученной информации и самоотчета об эмоциональном фоне после занятий.

После каждого занятия по психообразованию пациентам предлагалось заполнить «Анкету обратной связи о занятии по психообразованию» (Приложение 2). Для повышения достоверности полученной информации анкетирование проводилось анонимно. Всего для анализа были получены 742 анкеты.

Каждый вопрос анкеты сопровождался шкалой от 1 до 5 баллов, где 1 балл соответствовал максимально негативному отзыву, а 5 – максимально позитивному. Таким образом, максимальная оценка по анкете составляла 20 баллов, а минимальная 4 балла. При этом три из пяти оценок сопровождалось текстовыми пояснениями, например, 5 - «хорошее настроение», 1 – «плохое настроение», 3 - «не могу определиться», а две оценки были промежуточными и применялись в случае затруднения пациентом при выставлении баллов. Нами была предложена градация оценок занятий по психообразованию в зависимости от суммарного числа баллов, где 17-20 баллов оценивалось как «отлично», 13-16 баллов – «хорошо», 9-12 баллов – «удовлетворительно», 4 – 8 - «неудовлетворительно».

Оценка пациентами отдельных тем занятий по психообразованию

Оценка	Тема 1	Тема 2	Тема 3	Тема 4	Тема 5
отлично	95 (61,7%)	89 (62,2%)	94 (63,5%)	94 (63,9%)	93 (62%)
хорошо	44 (28,6%)	43 (30,1%)	41 (27,7%)	44 (29,9%)	45 (30%)
удовлетворительно	11 (7,1%)	7 (4,9%)	10 (6,8%)	6 (4,1%)	8 (5,3%)
неудовлетворительно	4 (2,6%)	4 (2,8%)	3 (2,0%)	3 (2,1%)	4 (2,7%)
Всего анкет	154	143	148	147	150

Таким образом, из таблиц 4.17 и рис. 4.1 видно, что оценки пациентов распределились равномерно между всеми пятью темами занятий. В подавляющем большинстве случаев пациенты оценивали занятия на «хорошо» и «отлично». Равномерность распределения оценок между различными темами занятий может указывать на то, что занятия проводились единообразно, соблюдалась технология проведения несмотря на то, что ведущие могли меняться.

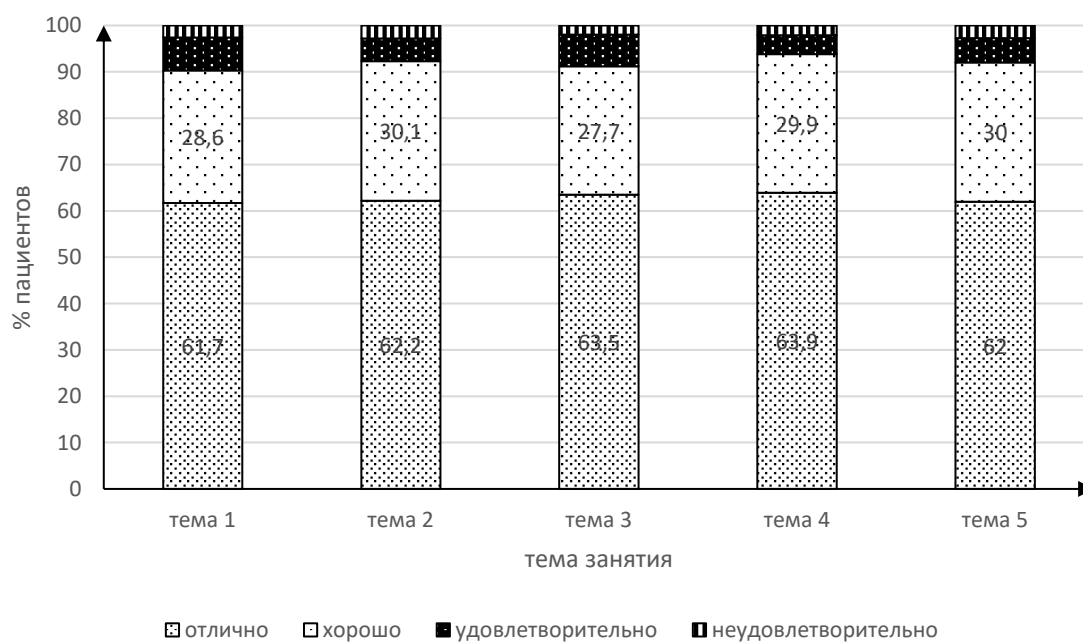


Рисунок 4.1. Распределение оценок занятий по психообразованию между темами

При анализе ответов на каждый из вопросов анкеты получились следующие результаты (Рисунок 4.2.).

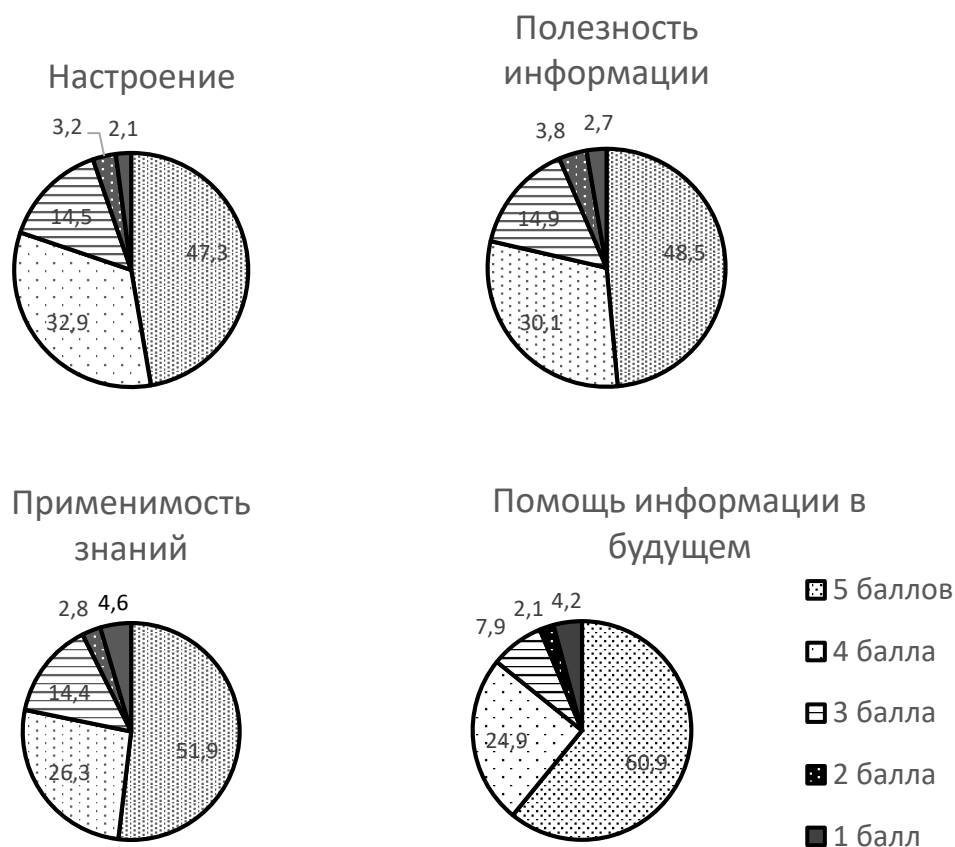


Рисунок 4.2. Распределение оценок по каждому из вопросов анкеты (в процентах)

На вопрос 1 («Какое у вас настроение?»), ответ «хорошее настроение (5 баллов)» отмечался в 351 (47,3%) случае, 4 балла – в 244 (32,9%) случаях, «не могу определиться» (3 балла) – в 108 (14,5%) случаях, 2 балла – в 24 (3,2%), «плохое настроение» (1 балл) – в 15 (2,1%) случаях.

На вопрос 2 («Узнали ли Вы новую и полезную информацию на занятии по психообразованию?»), ответ «узнал достаточно» (5 баллов) был получен в 360 (48,5%) анкетах, 4 балла – в 222 (30,1%), «узнал, но недостаточно» (3 балла) – в 111 (14,9%), 2 балла – в 28 (3,8%), «нет, не узнал» (1 балл) – в 20 (2,7%) анкетах.

На вопрос 3 («Прозвучали ли на занятии по психообразованию идеи, которые Вы могли бы применить на практике?»), ответ «да» (5 баллов) в 385 (51,9%) анкетах, 4 балла – 195 (26,3%), ответ «не уверен» (3 балла) – в 107 (14,4%), 2 балла – в 21 (2,8%), ответ «нет» (1 балл) – в 34 (4,6%) анкетах.

На вопрос 4 («Услышали ли Вы информацию, которая могла бы Вам помочь в будущем?»), ответ «да» (5 баллов) был получен в 452 анкетах (60,9%), 4 балла – в 185 (24,9%), ответ «не уверен» (3 балла) – в 59 (7,9%), 2 балла – в 15 (2,1%), ответ «нет» (1 балл) – в 31 (4,2%) анкете.

Таким образом, при оценке каждого занятия по психообразованию пациенты в подавляющем большинстве случаев оценивали занятие на «хорошо» или «отлично» по каждому из вопросов анкеты. После занятий по психообразованию настроение пациентов в 80,2% случаев было хорошим, что говорит о позитивной атмосфере, в которой проходили занятия.

Остальные вопросы анкеты касались полезности и применимости информации, которую получали пациенты. В 78,6% пациенты оценивали информацию как полезную и в 78,2% как применимую на практике (оценки 4 и 5), при этом в 86% случаев (оценки 4 и 5) пациенты считали, что информация, полученная на занятиях, пригодится им и в будущем, то есть после выписки из стационара.

Приведенные результаты опроса пациентов говорят о положительном восприятии занятий по психообразованию и об удачном выборе содержания занятий, которое соответствовало информационным потребностям пациентов.

#### **4.5.3. Оценка знаний пациентов после прохождения программы психообразования**

Оценка эффективности программы также включала оценку конкретных знаний пациентов по вопросам, которые освещались на занятиях. С этой целью нами был разработан итоговый экзамен в виде тестового контроля, который включал в себя одиннадцать вопросов, к каждому вопросу предлагалось четыре варианта ответа с неограниченным количеством правильных пунктов (Приложение 4).

Содержание вопросов отражало наиболее часто встречающиеся в практике заблуждения пациентов в отношении лечения и поведения в случае болезни, а также наиболее актуальные вопросы, которые возникают в ходе лечения. Вопросы



экзамена и ответы на них в ходе занятий по психообразованию напрямую не обсуждались, пациенты об итоговом контроле заранее не информировались, для правильного ответа на вопросы было необходимо общее понимание пациентом полученной на занятиях информации. В тоже самое время в перечне вопросов не было таких, которые требовали бы специальных знаний со стороны пациентов. В том или ином варианте все вопросы, представленные в итоговом экзамене, обсуждаются не только на занятиях по психообразованию, но и при беседах со специалистами в ходе госпитализации при рутинном лечении.

Таким образом, составленный тестовый контроль служил нескольким задачам:

1. Оценить знания пациентов после прохождения программы психообразования.
2. Сравнить знания пациентов, проходящих психообразование и получающих обычное лечение.
3. Критически оценить наиболее частые мифы в отношении лечения психических расстройств.
4. Заострить внимание пациентов на существенных вопросах лечения и получения помощи.

Итоговый экзамен предлагалось пройти пациентам основной и контрольной группы перед выпиской из стационара.

Подсчет итогового балла проводился исходя из принципа 1 балл за каждый правильно отвеченный вопрос, таким образом максимальное число баллов было 11, минимальное 0. Для оценки результатов и сравнения групп пациентов нами была предложена следующая градация: 10 – 11 баллов, 8 – 9 баллов, 6 – 7 баллов, ниже 6 баллов. Распределение баллов по результатам экзамена у пациентов основной и контрольной группы представлено в таблице 4.18.

Таким образом, распределение количества правильных ответов у пациентов основной и контрольной групп зеркально противоположно – 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 ( $p < 0,001$ ).

Таблица 4.18

Результаты тестового экзамена у пациентов основной и контрольной групп

Результат	Основная группа	Контрольная группа	p
10 – 11 баллов	62 (39%)	6 (7,6%)	<0,001
8 – 9 баллов	60 (38%)	12 (15,2%)	<0,001
6 – 7 баллов	27 (17%)	34 (43%)	<0,001
ниже 6 баллов	9 (6%)	27 (34,2%)	<0,001

Нами были проанализированы вопросы, в которых пациенты основной группы наиболее часто допускали ошибки. Это были вопросы № 6, 7 и 9. Вопрос № 6 («Чем Вам может помочь лекарственная терапия, прописанная лечащим врачом-психиатром?») был единственным, правильный ответ по которому засчитывался при обозначении двух пунктов: А) «Избавить от симптомов психического заболевания и снять острую симптоматику»; Б) «Способствовать профилактике обострений» (во всех остальных вопросах правильный вариант ответа был только один). При ответе на этот вопрос 56% пациентов допускали ошибку и чаще всего выбирали ответ «А», не обозначая при этом ответ «Б», что указывало скорее на следование стереотипам при ответах на вопросы, нежели на недостаток знаний.

При ответе на вопрос №7 («Какой нейромедиатор влияет на возникновение психических расстройств?») с правильным ответом «дофамин» ошибалось 32% пациентов. Данный вопрос был контрольный, его целью было проверка формальных знаний слушателей без вывода на какую-то практическую пользу данных знаний. Вероятно, высокая частота ошибок связана со сложностью восприятия пациентами специальной терминологии и отсутствием практической значимости для пациентов данной информации.

На вопрос № 9 («Какие способы совладания с болезнью могут улучшить Ваше эмоциональное состояние?») с правильным ответом «Умение попросить о помощи» неправильно отвечал 41% пациентов. В качестве ответа пациенты чаще всего выбирали вариант «Подавление негативных эмоций». Вероятно, выбор данного варианта ответа отражает привычные пациентам механизмы совладания с неприятными для них явлениями в виде подавления или избегания, сложность в обращении за помощью со стороны по вопросам, касающимся болезненных переживаний.

Однако в целом уровень знаний о болезни по итогам тестового контроля был значительно выше у пациентов основной группы.

#### **4.5.4. Анализ повторных госпитализаций**

В качестве показателя долгосрочной эффективности программы психообразования нами был проанализирован уровень повторных госпитализаций пациентов основной и контрольной группы в течение шести месяцев и в течение года после выписки из стационара. Данные о повторных госпитализациях пациентов основной и контрольной групп извлекались из медицинской информационной системы, в которой содержались сведения о всех пациентах, поступающих в стационар на лечение.

На момент включения в исследование в основной группе пациентов 94 человека (59,4%) имели повторные госпитализации в стационар, из них 25 человек (15,8%) были госпитализированы в течение 6 месяцев после предыдущей выписки, 26 (16,4%) в течение года после выписки. В контрольной группе повторно госпитализированных было 50 человек (63,3%), из них в течение последних 6 месяцев было госпитализировано 12 (15,2%), в течение года 15 (18,9%) человек.

При анализе количества повторных госпитализаций у исследуемых групп пациентов после выписки из стационара были получены следующие данные.

Через 6 месяцев повторно были госпитализированы 11 (6,9%) пациентов основной группы и 13 (16,4%) пациентов контрольной группы ( $p=0,02$ ). В дальнейшем в течение года (на 7 – 12 месяц после выписки из стационара)

количество регоспитализаций среди пациентов основной группы было 15 (9,5%), в контрольной – 14 (17,7%) (рис. 4.3). 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 ( $p=0,069$ ).



\* $p < 0,05$

Рисунок 4.3. Повторные госпитализации пациентов основной и контрольной групп

Были проанализированы социально-демографические и клинические характеристики регоспитализированных в течение 6 месяцев пациентов основной группы ( $n=11$ ), а также показатели медикаментозного комплаенса перед выпиской из стационара.

Из 11 пациентов катamnестического наблюдения, регоспитализированных в течение 6 месяцев, 8 (72,7%) были до этого госпитализированы впервые, для 3 (27,3%) человек предыдущая госпитализация не была первой.

При выписке из стационара пациенты маршрутизировались следующим образом: 7 (63,6%) выписывались на участок ПНД, 3 (27,3%) в ОИОПП, 1 (9,1%) в ДС. Обращает на себя внимание значительно больший процент пациентов,

выписанных на участок ПНД, чем фиксировалось ранее в исследуемых группах (см. таблицы 2.9 и 4.4).

Средний возраст пациентов составил  $29 \pm 4,1$  года, мужчин было 7 (63,6%), женщин 4 (36,4%). Социально-демографические показатели пациентов катamnестического периода представлены в таблицах 4.19 и 4.20 в сопоставлении с характеристиками пациентов основной группы с регоспитализациями в течение 6 месяцев в анамнезе и без регоспитализаций в течение 6 месяцев, которые уже демонстрировались ранее (см. таблицы 4.8 и 4.9).

Таблица 4.19

Сравнение семейного статуса пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев в анамнезе и катamnестическом и остальных пациентов выборки

Параметр	Основная группа-К n=11		Основная группа-Р n = 25		Основная группа n = 133	
	абс	%	абс	%	абс	%
<b>Семейный статус</b>						
Холост/не замужем	9	81,8	18	72,0	96	72,2
Женат/замужем	2	18,2	5	20	19	14,3
В разводе	0	0	2	8,0	18	13,5
Вдовец/вдова	0	0	0	0	0	0
Есть дети	1	9,1	4	16	30	22,5
<b>Проживание</b>						
С родителями/ родственниками	4	36,3	16	64	86	64,7
С партнером/ супругом	1	9,1	5	20	21	15,8
Один	6	63,6	4	16	26	19,5

Основная группа-К – пациенты основной группы с регоспитализацией в течение 6 месяцев в катamnестическом

Основная группа-Р – пациенты основной группы с регоспитализациями в течение 6 месяцев в анамнезе

Основная группа – пациенты основной группы без регоспитализаций в течение 6 месяцев

Сравнение образования и трудового статуса пациентов с регоспитализациями в течение 6 месяцев в анамнезе и катамнезе и остальных пациентов выборки

Параметр	Основная группа-К n=11		Основная группа-Р n = 25		Основная группа n = 133	
	абс	%	абс	%	абс	%
<b>Образование</b>						
Неполное среднее	0	0	0	0	8	6,0
Среднее	0	0	4	16	14	10,5
Среднее-специальное	3	27,3	5	20	35	26,3
Незаконченное высшее	5	45,4	7	28	23	17,3
Высшее	3	27,3	9	36	53	39,8
<b>Трудовой статус</b>						
Работа	4	36,4	5	20	31	23,3
Учеба	5	45,4	4	16	20	15,1
Нет занятости	2	18,2	14	56	56	42,1
Пенсия по инвалидности	0	0	2	8	26	19,5

Социально-демографический статус пациентов, регоспитализированных в катамнезе, характеризуется большей долей пациентов без собственной семьи (81,8%), большая часть которых проживает в одиночестве (63,6%). Большая часть этих пациентов работает или учится (81,8%), что, возможно, отчасти послужило поводом для выписки на участок ПНД.

При анализе баллов шкалы PANSS перед выпиской из стационара выявилось, что средний балл в группе был  $72,4 \pm 9,1$ , что соответствует показателям для амбулаторного ведения пациентов (Opler M.G. et al., 2007).

Были проанализировано распределение среднего балла PANSS перед выпиской в зависимости от дальнейшей маршрутизации пациентов (таблица 4.21).

Таблица 4.21

Общее число баллов PANSS при выписке из стационара и маршрутизация пациентов

	ДС n=1	ОИОПП n=3	Участок ПНД n=7
Общее число баллов PANSS	74	85,6±2,1*	66,5±3,1*

\*  $p < 0,05$

Несмотря на небольшое количество пациентов в группе, на основании полученных данных можно сделать вывод, что маршрутизация пациентов была обусловлена психическим состоянием – пациенты с хорошей динамикой состояния выписывались на участок ПНД, пациенты с более выраженной остаточной симптоматикой – в ОИОПП. На основании общего числа баллов PANSS можно предположить, что регоспитализированные в катмнезе пациенты имели либо хорошую положительную динамику состояния, либо, наоборот, имели сложности редукции симптоматики, разница в общем числе баллов PANSS у пациентов, направляемых в ОИОПП и на участок ПНД, достигала статистической значимости ( $p < 0,05$ ).

Были также проанализированы факторы, способствовавшие регоспитализации пациентов, в зависимости от маршрутизации и, соответственно, общего числа баллов PANSS при выписке (таблица 4.22).

Таблица 4.22

Факторы регоспитализации пациентов в катмнезе

	ДС n=1	ОИОПП n=3	Участок ПНД n=7	Всего n=11
отмена или самостоятельное изменение дозы препаратов	0	0	5 (71,4%)	5 (45,4%)

пропуск приема лекарств в связи с неявкой на плановый осмотр	1 (100%)	0	2 (28,6%)	3 (27,3%)
ухудшение состояния на фоне проводимой терапии	0	1 (33,3%)	0	1 (9,1%)
изменение состояния при смене терапии лечащим врачом	0	2 (66,7%)	0	2 (18,2%)
Всего	1 (100%)	3 (100%)	7 (100%)	11 (100%)

Среди факторов, способствовавших ухудшению состояния и регоспитализации в описываемой группе пациентов, отмечается гораздо больший процент госпитализированных вследствие изменения состояния при смене схемы лечения врачом (18,2%). Причины ухудшения состояния вследствие нарушения режима приема лекарств также были распространены (72,7%) и характерны для пациентов, выписываемых на участок ПНД.

Диагнозы регоспитализированных пациентов представлены в табл. 4.23 при первой госпитализации (госпитализация 1) и при регоспитализации (госпитализация 2).

Таблица 4.23

Диагнозы пациентов группы катamnестического наблюдения

Диагностическая категория	Госпитализация 1 n=11		Госпитализация 2 n=11	
	абс	%	абс	%
Параноидная шизофрения (F 20.0)	2	18,2	9	81,8



- непрерывный тип течения	1	9,1	2	18,2
- эпизодическое течение	0	0	2	18,2
- период наблюдения менее года	1	9,1	5	45,4
Шизоаффективные расстройства (F 25)	1	9,1	2	18,2
Острое полиморфное психотическое расстройство (F 23.1, F 23.2, F 23.3)	7	63,6	0	0
Биполярное аффективное расстройство (F 31.2, 31.5)	1	9,1	0	0
Бредовое расстройство (F 22.0)	0	0	0	0
Всего	11	100	11	100

Данные, представленные в таблице 4.23 указывают, что при госпитализации в стационар, в ходе которой анализируемым пациентам предъявлялась программа психообразования (госпитализация 1), превалировал диагноз «острое полиморфное психотическое расстройство» (63,6%), при повторной госпитализации в катамнезе (госпитализация 2) стал превалировать диагноз «параноидная шизофрения» (81,8%), вероятнее всего вследствие уточнения диагноза при повторной госпитализации либо отсутствия дестигматизирующих мотивов у врачей при частой повторной госпитализации пациентов. Полученные данные соответствуют приведенным ранее сведениям о распределении диагнозов в группах пациентов с

регоспитализациями в течение 6 месяцев (таблица 4.6), где диагноз «параноидная шизофрения» преобладал и встречался также в 80% случаев.

В таблице 4.24 представлены ведущие синдромы пациентов при госпитализации 1 и госпитализации 2.

Таблица 4.24

Ведущие психопатологические синдромы

	Госпитализация 1 n=11	Госпитализация 2 n=11
Галлюцинаторно-параноидный	5 (45,4%)	6 (54,5%)
Параноидный	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Галлюцинаторный	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Аффективно-бредовый	3 (27,3%)	2 (18,2%)
Всего	11 (100%)	11 (100%)

Обращает на себя внимание большая доля аффективно-бредового синдрома при госпитализации 1 (27,3%) по сравнению с данными, представленными ранее в таблице 4.10, где доля данного синдрома находилась в пределах 10 – 12%. Однако разница в размерах выборок не позволяют провести корректное сопоставление распространенности данного феномена у групп пациентов. Можно предположить, что пациенты с наличием аффективного компонента в состоянии более склонны к нарушению режима терапии, что в конечном итоге приводит к регоспитализациям.

При выписке из стационара пролонги применялись у половины пациентов основной группы (53,2%), а среди регоспитализированных пациентов пролонгированные инъекционные препараты применялись у 3 (27,3%) человек, что также могло служить предпосылкой несоблюдения режима приема препаратов у пациентов, не принимающих пролонгированные препараты.

По «Шкале медикаментозного комплаенса» среднее общее число баллов у регоспитализированных пациентов было  $36,4 \pm 1,9$ , что оказалось ниже, чем

среднее общее число баллов у пациентов без регоспитализации в течение 6 месяцев, которое составило  $40,2 \pm 6,9$  ( $n=147$ ).

Таким образом, пациенты, регоспитализированные в течение 6 месяцев, это 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, чем женщин (63,6%). 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 с диагнозом «параноидная шизофрения» (81,8%). Пролонгированные инъекционные препараты применялись у 27,3%. Общий балл медикаментозного комплаенса при предыдущей выписке из стационара был несколько ниже, чем у остальных пациентов в группе и составлял  $36,4 \pm 1,9$ . В связи с небольшим объемом выборки не представляется возможным делать статистически валидные заключения о факторах, предрасполагающих этих пациентов к повторной госпитализации. Однако обращает на себя внимание ряд отличий 11 пациентов с регоспитализацией от пациентов основной группы без регоспитализаций, которые подробно были описаны ранее.

## Заключение

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). Основная и контрольная группы формировались случайным образом для последующей оценки эффективности программы психообразования на этапе стационарного лечения пациентов. Основная группа проходила программу психообразования, пациенты контрольной группы получали стандартное лечение.

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).

Средний возраст участников составил  $31,4 \pm 8,2$  лет в основной группе и  $32 \pm 8,9$  лет в контрольной ( $p = 0,60$ ).

Среди диагнозов преобладала «параноидная шизофрения» (51%), преимущественно эпизодический тип течения (21,1%); острое полиморфное психотическое расстройство (19,4%); шизоаффективное расстройство (17,7%). Наиболее часто пациенты госпитализировались с галлюцинаторно-параноидным синдромом 125 (52,7%) человек, на втором месте по распространенности был параноидный синдром 67 (28,3%), аффективно-бредовый фиксировался у 29 (12,2%) больных и галлюцинаторный у 16 (6,8%).

Средняя продолжительность госпитализации составляла  $32,4 \pm 11,9$  дня в основной группе и  $31,6 \pm 9,8$  – в контрольной ( $p=0,61$ ). После выписки из стационара пациенты маршрутизировались преимущественно в полустационарные подразделения (79,7% в основной группе и 80,9% в контрольной), в подавляющем

большинстве случаев выписка происходила в ДС (65,8% пациентов основной и 67% пациентов контрольной группы), часть пациентов направлялась в ОИОПП (по 13,9% пациентов основной и контрольной групп), остальные на участок ПНД.

Впервые были госпитализированы в стационар 64 (40,5%) человека основной и 29 (36,7%) контрольной группы и у большинства пациентов госпитализация стала первым обращением в психиатрическую службу (81,2% в основной и 82,7% пациентов в контрольной группе). Среди впервые госпитализированных пациентов у большинства первые признаки психического расстройства проявились в течение 6 месяцев до госпитализации (48,4% в основной и 58,6% в контрольной группе), более 1,5 лет психические нарушения длились у 26,6% в основной группе и 13,7% в контрольной.

Девяносто четыре (59,4%) пациента основной, 50 (63,3%) человек контрольной группы были госпитализированы повторно (итого 60,7%), из них 25 (26,6%) основной и 12 (24%) человек контрольной группы были регоспитализированы в течение 6 месяцев после предыдущей выписки. В течение года (7-12 месяцев) регоспитализировалось 26 (27,6%) человек основной и 15 (30%) человек контрольной группы. Более года с момента предыдущей госпитализации прошло у 43 (45,8%) человек основной и 23 (46%) человек контрольной группы. Таким образом, в исследуемых группах более чем у половины пациентов были повторные госпитализации, а около четверти из пациентов с повторными госпитализациями могли быть отнесены к часто госпитализируемым (в течение 6 месяцев после выписки). Относительно всей выборки доля пациентов с повторными госпитализациями в течение полугода составляла 15,8% в основной группе и 15,2% в контрольной.

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

По семейному статусу 114 (72,2%) пациентов основной группы и 55 (69,6%) контрольной были холостыми (итого 71,3%). С родителями или другими родственниками из родительской семьи проживали 102 (64,5%) пациентов

основной и 49 (62%) контрольной группы, всего 151 (63,7%) человек. 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.

По уровню образования пациенты распределились следующим образом: 8 (5,1%) человек основной и 2 (2,5%) контрольной группы имели неполное среднее образование, 18 (11,4%) и 11 (13,9%), соответственно, среднее, 40 (25,3%) и 21 (26,6%) – среднее специальное, 30 (19%) и 12 (15,2%) – неоконченное высшее, 62 (39,2%) и 33 (41,8%) – высшее.

При этом в когорте пациентов с высшим образованием в основной группе из 62 человек работало 22 (35,5%) человека и 6 (9,7%) училось (второе высшее), а в контрольной из 33 человек с высшим образованием работало 10 (30,3%). Среди пациентов с неоконченным высшим образованием продолжали учиться только 12 (40%) пациентов основной и 5 (41,6%) человек контрольной группы.

В основной группе 60 (38%) пациентов работали или учились, остальные 98 (62%) человек не работали и не учились. Треть из тех, кто не был занят – 28 (28,6%) – проживали на пенсию по инвалидности, остальные 70 (71,4%) пациентов находились на иждивении у родственников. В контрольной группе соотношение было примерно такое же: 25 (31,6%) пациентов были заняты работой или учебой, 54 (68,4%) человека не работали и не учились, из них 15 (27,8%) проживали на пенсию по инвалидности, а 39 (72,2%) находились на иждивении у родственников.

По трудовому статусу особенностью выборки было отсутствие какой-либо занятости – работы или учебы – у более чем половины пациентов обеих групп (64%). При этом у 65,8% пациентов было высшее или средне-специальное образование. Группа инвалидности была у 42 (26,6%) пациентов основной и 19 (24%) пациентов контрольной группы ( $p=0,66$ ).

Анализ лекарственной терапии проводился перед выпиской пациентов из стационара. Пролонгированные препараты применялись у 84 (53,2%) пациентов

основной группы и 45 (56,9%) контрольной, преимущественно назначались типичные антипсихотики (60 (71,4%) пациентам в основной и 32 (71,1%) в контрольной группе). При назначении пероральных антипсихотиков атипичные препараты применялись у 38 (46,6%) пациентов основной и 20 (51,3%) контрольной групп, 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 пациентов было немного – 8 (5,1%) и 5 (6,3%) пациентов, соответственно.

Корректоры применялись у 110 (69,6%) пациентов основной группы и 58 (73,4%) пациентов контрольной, преимущественно использовался в качестве корректора тригексифенидил (в 88% случаев).

Препараты, воздействующие на аффективную сферу – нормотимики и антидепрессанты, применялись значительно реже, чем антипсихотики. Нормотимики назначались в 62 (39,2%) случаях в основной группе и 27 (34,2%) случаях в контрольной, антидепрессанты в 24 (15,1%) случаях в основной и 13 (16,4%) случаях 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). За время лечения в стационаре происходила существенная положительная динамика состояния. На этапе выписки

из стационара 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 группы и 46 (58,7%) контрольной группы отмечалось достижение целевых показатели по подшкалам PANSS для оценки ремиссии (Andreasen N.C. et al., 2005): бред (P1), расстройства мышления (P2), галлюцинации (P3), притупленный аффект (N1), социальная отгороженность (N4), нарушение спонтанности и плавности речи (N6), манерность и позирование (G5), необычное содержание мыслей (G9). Показатели по данным шкалам не превышали 3 баллов, что могло указывать на благоприятный прогноз в отношении перспектив достижения ремиссии.

По всем оцениваемым показателям (приведенным выше) пациенты основной и контрольной группы были сопоставимы между собой, статистически значимых различий между группами не отмечалось.

Для выявления факторов регоспитализации пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям, были ретроспективно проанализированы 46 историй болезни пациентов, соответствующих критериям включения и исключения в исследование, и которые регоспитализировались в течение 6 месяцев после предыдущей выписки из стационара. Анализ факторов, способствовавших повторной госпитализации, проводился с целью определения основных мишеней программы психообразования пациентов. Фактов госпитализации по причинам иным, нежели обострение состояния, обнаружено не было. В качестве факторов обострения психического состояния были выделены: 1) отмена или самостоятельное



изменение дозы препаратов, 2) пропуск приема лекарств в связи с неявкой на плановый осмотр, 3) ухудшение состояния на фоне проводимой терапии, 4) изменение состояния при смене терапии лечащим врачом. Дополнительно в ходе проспективного этапа исследования определялись факторы, способствовавшие повторной госпитализации у пациентов основной и контрольной групп, которые были регоспитализированы в течение 6 месяцев (25 человек основной и 12 контрольной группы). Эти факторы совпадали с теми, которые были выделены на этапе ретроспективного анализа историй болезни, фактов госпитализации по причинам иным, нежели обострение состояния, в данной группе также обнаружено не было. Таким образом, были проанализированы причины регоспитализации 83 пациентов: 46 пациентов ретроспективного этапа исследования, 25 человек основной и 12 контрольной группы проспективного этапа исследования. Статистически значимой разницы по распространенности факторов регоспитализации между группами не наблюдалось.

В большинстве случаев (63,9%) фактором ухудшения состояния и повторной госпитализации становилось самостоятельное снижение дозы или отмена терапии, в 22,9% случаев – несоблюдение режима наблюдения у врача, в связи с чем пропускался очередной прием препаратов. В остальных случаях причины напрямую от пациентов не зависели и в 9,6% были связаны с ухудшением состояния на фоне терапии или с изменением схемы лечения лечащим врачом (3,6%). Таким образом, основным фактором регоспитализаций в течение 6 месяцев являлась низкая медикаментозная комплаентность пациентов.

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. Однако все пациенты были сопоставимы между собой по основным клиническим и социально-демографическим характеристикам и каких-либо отличий по оцениваемым параметрам между группами пациентов выявить не удалось. Единственное, что отличало пациентов с регоспитализациями в течение 6

месяцев от остальных пациентов выборки – 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 основным фактором повторных госпитализаций в стационар является несоблюдение режима приема препаратов пациентами и режима наблюдения у врача. Основной мишенью воздействия в ходе психообразовательных мероприятий стало формирование у пациентов позитивного отношения к лечению и комплаенса со специалистами.

Была разработана программа психообразования для проведения в стационаре. Содержание программы включало пять тем для пяти занятий: «Причины и механизмы развития психического заболевания», «Распознавание ранних признаков обострения болезни», «Лекарственная терапия», «Совладающее поведение или как справляться с болезнью», «Преимущества психиатрической помощи». В ходе программы пациенты знакомились с биопсихосоциальной моделью психических расстройств и подходами к лечению в соответствии с данной моделью. Пациентам предоставлялась информация о ранних признаках обострения заболевания, и они учились наблюдать за своим состоянием с помощью специально разработанного дневника самонаблюдения в виде нумерологической шкалы – «Термометр психопатологических симптомов». Обсуждались вопросы лекарственной терапии и обосновывалась необходимость приема лекарств не только при наличии симптомов заболевания, но и в качестве поддерживающей терапии для профилактики обострений. Обсуждались различные способы совладания с проявлениями заболевания, особый акцент делался на обращении за помощью к специалистам в качестве наиболее адаптивной поведенческой стратегии в случае ухудшения состояния. Отдельное занятие было посвящено работе подразделений психиатрической службы и лечебным мероприятиям, которые проводятся в каждом подразделении в зависимости от состояния пациента и этапа лечения. Пациенты снабжались контактами службы неотложной психиатрической помощи, «телефона доверия» и пациентских организаций.

Занятия проводились в формате открытых смешанных групп, продолжительность занятий была 60 минут, занятия проходили три раза в неделю. Пациенты направлялись на психообразование в среднем на  $11,6 \pm 6,3$  день госпитализации. Противопоказанием к участию в программе психообразования, помимо несоответствия критериям включения в исследование, 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. Перед включением в группу по психообразованию специалистом проводилась беседа с пациентом, в ходе которой пациент информировался о программе психообразования, а специалист клинико-психопатологическим методом дополнительно оценивал психический статус пациента.

Ведущими программы психообразования были врач (психиатр или психотерапевт) и медицинский психолог, которые предварительно прошли обучение по проведению программы психообразования, поприбывав в качестве зрителей на всех пяти занятиях программы.

Эффективность программы психообразования оценивалась в краткосрочной и долгосрочной перспективе. В качестве показателей краткосрочной эффективности программы оценивались: 1) уровень медикаментозного комплаенса пациентов; 2) мнение пациентов о занятиях по психообразованию; 3) уровень знаний пациентов о психическом расстройстве и его лечении. Для оценки эффективности программы в долгосрочной перспективе, оценивался уровень повторных госпитализаций пациентов основной и контрольной группы в течение 6 месяцев и 12 месяцев после выписки из стационара.

Для определения медикаментозного комплаенса пациенты основной и контрольной групп оценивались перед выпиской из стационара с применением

«Шкалы медикаментозного комплаенса». Пациенты основной группы на момент выписки из стационара имели более высокое общее число баллов комплаентности, что достигалось за счет значительно более высоких показателей по фактору «отношение к медикации», чем у пациентов контрольной группы ( $p < 0,001$ ). Остальные факторы, из которых складывается медикаментозный комплаенс («факторы, связанные с пациентом», «факторы, связанные с близким окружением», «факторы, связанные с лечащим врачом»), между группами не различались.

Для оценки мнений пациентов о занятиях по психообразованию в конце каждого занятия пациенты заполняли анонимную анкету, в которой оценивали свое настроение, полезность полученной информации, практическую применимость полученной информации и полезность информации в будущем. В подавляющем большинстве случаев пациенты оценивали занятие на «хорошо» или «отлично» по каждому из пунктов анкеты.

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.

Приведенные результаты опроса пациентов говорят о положительном восприятии занятий по психообразованию, о соответствии содержания занятий информационным потребностям пациентов. Равномерность оценок пациентами разных тем занятий может указывать на выработку единообразной технологии проведения занятий несмотря на смену ведущих.

Оценка эффективности программы также включала оценку конкретных знаний пациентов по вопросам, которые освещались на занятиях. С этой целью нами был разработан итоговый тестовый контроль, который включал в себя одиннадцать вопросов с четырьмя вариантами ответов и с неограниченным количеством правильных пунктов. Содержание вопросов отражало наиболее часто

встречающиеся в практике заблуждения пациентов в отношении лечения и болезни, а также наиболее актуальные вопросы, которые возникают в ходе лечения. Итоговый экзамен предлагалось пройти пациентам основной и контрольной группы перед выпиской из стационара. Распределение количества правильных и неправильных ответов у пациентов основной и контрольной групп было зеркально противоположно – 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.

При анализе количества повторных госпитализаций у исследуемых групп пациентов после выписки из стационара были получены следующие данные.

Через 6 месяцев повторно были госпитализированы 11 (6,9%) пациентов основной группы и 13 (16,4%) пациентов контрольной группы ( $p=0,02$ ), что указывает на формирование медикаментозной ремиссии у данных пациентов. Тенденция к снижению числа регоспитализаций у пациентов, прошедших психообразование, сохранялась в течение года после выписки по сравнению с пациентами контрольной группы. В дальнейшем в течение года (на 7 – 12 месяцев после выписки из стационара) количество регоспитализаций среди пациентов основной группы было 15 (9,5%), в контрольной – 14 (17,7%). 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 ( $p=0,069$ ).

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, чем женщин (63,6%). 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 с «параноидной шизофренией» (81,8%). Пролонгированные инъекционные препараты 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 не представляется возможным делать четкие заключения о факторах, предрасполагающих этих пациентов к повторной госпитализации. Однако обращает на себя внимание ряд отличий этих 11 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 (средние 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,  $p = 0,069$ ).



### **Практические рекомендации**

Краткосрочная программа психообразования разработана для применения в стационарных психиатрических отделениях для пациентов с первым психотическим эпизодом, в том числе госпитализированных по неотложным показаниям недобровольно. Краткосрочность программы и формат открытых групп позволяет максимально охватить психообразованием целевую группу пациентов. В программу могут быть включены пациенты стационара на этапе купирующей терапии при условии упорядоченности поведения и возможности установления контакта. Применение разработанной программы психообразования способствует формированию адекватного медикаментозного комплаенса, стабилизации ремиссии и, как следствие, снижению частоты повторных госпитализаций у данного контингента пациентов.

### Список литературы

1. Антохин Е. Ю., Будза В. Г., Горбунова М. В., Крюкова Е. М., Кустова Ю. А., Моисеев С. В. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. №3. С. 5-12
2. Бабин С. М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А. Комплаенс-терапия больных шизофренией // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – N 2. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
3. Букреева Н. Д., Азаева Г.Д., Сорокина В.А. Организационные аспекты формирования приверженности к лечению больных шизофренией// Российский психиатрический журнал. 2012. № 1. С. 13– 20.
4. Бурыгина Л. А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно – психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06/ Бурыгина Лариса Андреевна. - М., 2013. – 24 с.
5. Воловик В.М. Психокоррекционная работа в семьях в инициальном периоде шизофрении / Воловик В.М., Коцюбинский А.П. // Методические рекомендации. Л., - 1984. – 39 с.
6. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. - Л., 1933. - С. 106-111
7. Гусева О.В., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П. Особенности психотерапии при расстройствах шизофренического спектра: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: О.В. Гусева, А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский – СПб, 2018. – 44 с.
8. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция "recovery"// Социальная и клиническая психиатрия. 2008а. № 2. С. 7-14.

9. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Магомедова М.В. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями: практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М., 2002. С. 98–108.
10. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. № 4. С. 78–85.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2010. 544 с.
12. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. М., 2015. 420 с.
13. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т 112. № 8. С. 7-14.
14. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика, 2004. 491 с.
15. Гурович, И. Я., Шмуклер, А. Б., Сторожакова, Я. А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ// Социальная и клиническая психиатрия. 2008b. Т. 18. № 4. С. 34-39.
16. Давыдов К. В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинико-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Давыдов Кирилл Валентинович. – М., 2005. – 24 с.

17. Дмитриева Е.Г. Комплаенс и адаптация пациентов, страдающих шизофренией (клинический и реабилитационные аспекты): дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06/ Дмитриева Екатерина Георгиевна. – Томск, 2018. 186 с.
18. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Дороднова Анна Сергеевна. – М., 2006. 179 с.
19. Еричев А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Еричев Александр Николаевич. – СПб., 2004. – 23 с.
20. Зайцева Ю. С. Значение показателя «Длительность нелеченного психоза» при первом психотическом эпизоде шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. №1. С. 72 - 79
21. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: 5-летний катамнез. Клинико-нейропсихологическое исследование: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Зайцева Юлия Станиславовна. - М., 2010. 220 с.
22. Кабанов М.М., Корабельников К.В. Некоторые психологические аспекты реабилитации психически больных в стационарных условиях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1977. Т. LXXVII, № 12. С. 1860–1872.
23. Кабанов М.М. К вопросу о связи реабилитационных мероприятий, проводимых в больничных и внебольничных условиях // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1972. Т.72, № 3. С. 438 – 440
24. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплаенса // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1986. № 2. С. 13-15.
25. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 672 с.

- 26.Каледа В.Г., Маричева М.А., Бархатова А.Н., Попович У.О. Субъективное отношение к болезни и психотерапевтические стратегии при первом психотическом приступе у юношей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т.113, № 10. С. 23–28.
- 27.Клинические рекомендации: Диагностика и лечение шизофрении. Российское общество психиатров. Москва, 2014. 42 с.
- 28.Костюк Г.П., Масякин А.В. Реформирование психиатрической службы Москвы: современное состояние и перспективы развития// Психическое здоровье. 2018. №4. С. 3-9.
- 29.Костюк Г.П., Масякин А.В. Анализ ресурсообеспеченности медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях по профилю «психиатрия» города Москвы// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №2. С. 313 – 322
- 30.Костюк, Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве// Социальная и клиническая психиатрия. 2017. №3. С. 5-9
- 31.Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Семейная психотерапия психически больных. Пособие для врачей. — СПб. : Изд-во СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2004. — 34 с.
- 32.Краснов В. Н., Гурович И.Я. Важные направления перемен в оказании психиатрической помощи// Современные медицинские технологии. 2010. № 4. С. 38–39
- 33.Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 99 - 103
- 34.Левина Н. Б., Любов Е. Б. Программа психообразования в общественной организации самопомощи «Новые возможности» // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 4 (15). С. 16 - 20

35. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Подходы к терапии комплаенса у больных шизофренией // Вестник психотерапии. 2015. № 54. С. 7 - 19
36. Лутова Н.Б. Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств: методические рекомендации / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; автор-сост.: Н.Б. Лутова. СПб., 2012. 20 с.
37. Любов Е.Б., Ястребов В. С., Шевченко В.С. и др Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 3. С. 36–42.
38. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни: дисс... канд. мед. наук: 14.00.18 / Магомедова Мария Васильевна. – М., 2003. – 142 с.
39. Маричева М.А. Психосоциальная терапия в комплексном лечении больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза: дис... канд. мед. наук: 14.01.06 / Маричева Мария Александровна – М., 2014. — 182 с.
40. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных / Мелехов Д.Е. // Основы социальной психиатрии и социально– трудовая реабилитация психически больных. – Л., 1981. С. 4–14
41. Мовина Л.Г. Результаты психообразовательной программы для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в клинике первого психотического эпизода // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. №4. С. 47-50
42. Мовина Л. Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Мовина Лариса Георгиевна. – М., 2005. – 24 с.
43. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48–55

44. Морозов П. В. Актуализация проблемы приверженности пациента режиму лечения. Что такое приверженность терапии? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2010. № 2. С. 26 – 28
45. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 238 с.
46. Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина – клинической практике / под ред. С.Н. Мосолова. М., 2012. 1080 с.
47. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Капилетти С.Г. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям // в сборнике: Биологические методы терапии психических расстройств Мосолов С.Н. Доказательная медицина – клинической практике. М., 2012. С. 11–61.
48. Мосолов С.Н., Ушаков Ю.В., Бурьгина Л.А. Оптимизация психиатрического лечения с помощью комплексного медикаментозно-психообразовательного подхода при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями. Пособие для врачей. М., 2010. 31 с.
49. Незнанов Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т.6, №4. С.159-162
50. Осокина О. И., Абрамов В. А., Пырков С. Г., Выговская Е. М., Голоденко О. Н. Прогнозирование двухлетнего клиничко-функционального исхода у пациентов с первым психотическим эпизодом // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2013. № 3 (43). С. 216-223
51. Папсуев О.О., Мовина Л.Г, Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т.24, № 3. С. 33-36
52. Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В. Антипсихотическая полипрагмазия: за и против/Современная терапия психических расстройств. 2016. №1. С. 11 - 16

- 53.Ривкина Н. М., Сальникова Л. И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 65–75.
- 54.Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М., 2002. С. 109–111.
- 55.Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М., 2002а. С. 76–97.
- 56.Сальникова Л. И., Сторожакова Я. А., Архипова Е. Л., Худавердиев В.В. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2002б. № 1. С. 48-53.
- 57.Свиридов И.Г. Критерии эффективности психообразования при оказании психиатрической помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06/ Свиридов Игорь Геннадьевич – М., 2014. – 28 с.
- 58.Семенова Н. В. Отношение родственников психически больных к психофармакотерапии и проблема комплаенса // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013. № 4. С. 104–106.
- 59.Семенова Н.Д., Бурыгина Л.А., Палин А.В., Матросова М.И. Комплексный подход к ведению пациента с шизофренией в амбулаторной практике: психофармакотерапия, психосоциальные вмешательства и мотивация к лечению. Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29, №3. С. 45-50.
- 60.Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т.24, № 4. С. 31-36



61. Семенова Н.Д., Чернов Н.В., Созинова М.В. К вопросу о группах самопомощи психически больных // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2017. № 3. С. 13-17
62. Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2012. № 1. С. 37–42
63. Солоненко А. В. Влияние психообразования на частоту повторных госпитализаций и временную нетрудоспособность лиц с первым психотическим эпизодом // Кубанский научный медицинский вестник. 2007а. №1-2. С. 168-169
64. Солоненко, А. В. Психообразование и проблемы комплаенса // Кубанский научный медицинский вестник. 2007б. № 1-2. С. 170-172
65. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Алиева Л.М., Митихина И.А., Машошин А.И. Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией. Методические рекомендации. – Москва: ООО «МАКС Пресс», 2017. – 40 с.
66. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. и соавт. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: Методические рекомендации. М.: МАКС Пресс, 2012. 32 с.
67. Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 33–37
68. Старостина Е.Г. Биомедицинские и психосоциальные аспекты сахарного диабета и ожирения: взаимодействие врача и пациента и пути его оптимизации: дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.03/ Старостина Елена Георгиевна. – М., 2003.– 396 с.
69. Ткачев Д. Ю., Кирьянова Е. М. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра со сверхчастыми

- госпитализациями и ее сравнительная эффективность // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, №4. С. 47-50
70. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–77.
71. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е. Медико-социальное значение информационно-образовательной работы среди родственников больных шизофренией // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2010. № 3. С. 85-90
72. Чуканова Е.К. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра во внебольничных условиях: дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06/ Чуканова Евгения Кирилловна. – М., 2017. – 236 с.
73. Шмилович А.А. Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом: дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.06/ Шмилович Андрей Аркадьевич. – М., 2013. – 390 с.
74. Шмуклер А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18/ Шмуклер Александр Борисович. – М., 1999. – 45 с.
75. Ястребов В. С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии // Психиатрия. 2012. № 4. С. 7-13
76. Ястребов В. С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии. 2008. № 6. С. 4-10
77. Ahmed AO, Marino BA, Rosenthal E, et al. Recovery in Schizophrenia: What Consumers Know and Do Not Know // Psychiatr Clin North Am. 2016. Vol. 39, № 2. P. 313-330
78. Ahuir M, Cabezas Á, Miñano MJ, et al. Improvement in cognitive biases after group psychoeducation and metacognitive training in recent-onset psychosis: A randomized crossover clinical trial // Psychiatry Res. 2018. № 270. P. 720-723

79. Alenius M., Hammarlund-Udenaes M., Hartvig P., Lindstrom L. Knowledge and insight in relation to functional remission in patients with long-term psychotic disorders // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2010. №45. P. 523–529.
80. Alizioti A., Lyrakos G. Measuring the effectiveness of psychoeducation on adherence, depression, anxiety and stress among patients with diagnosis of schizophrenia. a control trial // *Curr Psychol.* 2019. doi.org/10.1007/s12144-019-00255-4
81. Altamura, A. C., Bobes, J., Cunningham Owens, D., et al. Principle of practice from the European Expert Panel on Contemporary Treatment of Schizophrenia // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice.* 2000. № 4 (suppl. 1). P. 1 – 11
82. Amador, X. F., Strauss, D. H. Poor insight in schizophrenia // *Psychiatric Quarterly.* 1993. Vol. 64, №4. P. 305–318
83. Amaresha AC, Kalmady SV, Joseph B, et al. Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial // *Asian J Psychiatr.* 2018. № 32. P. 59-66.
84. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Third edition. 2020. doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841
85. Andreasen N.C., Carpenter W.T. Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // *Am. J. Psychiatr.* 2005. № 162. p. 441 - 449
86. Anderson C. M., Hogarty G. E., Reiss D. J. Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach // *Schizophrenia Bulletin.* 1980. Vol. 6, №3. P. 490–505
87. Andres K, Pfammatter M, Fries A, Brenner HD. The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia // *Eur Psychiatry.* 2003. Vol. 18, № 4. P. 149–154

88. Ascher-Svanum H. A psychoeducational intervention for schizophrenic patients //Patient Education and Counseling. 1989. vol. 14, №. 1. P. 81-87
89. Ascher-Svanum H, Nyhuis AW, Faries DE, et al. Clinical, functional, and economic ramifications of early nonresponse to antipsychotics in the naturalistic treatment of schizophrenia//Schizophr Bull. 2008. Vol. 34, № 6. P. 1163–1171
90. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families// Schizophr Bull. 2006. 32 Suppl 1(Suppl 1). S1-S9.
91. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, et al. Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study// Schizophr Bull. 2016. 42 Suppl 1(Suppl 1). S62-S70
92. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study //Journal of Clinical Psychiatry. 2007. № 68. P. 854–861
93. Bebbington P and Kuipers L. The prediction utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis //Psychological Medicine. 1994. № 24. P. 707–718.
94. Beck AT, Warman DM. Cognitive insight: theory and assessment. In: Amador XF, David AS, editors. Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders. 2. New York: Oxford University Press; 2004. pp. 79–87.
95. Beck EM, Cavelti M, Kvrjic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the ‘right stuff’ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication //Schizophr. Res. 2011. Vol. 132, №1. P. 42–49
96. Bisbee C, Vickar G. A Review of Psychoeducation for Patients with Schizophrenia// Psychiatr Ann. 2012. № 42. P. 205-210
97. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials //Bipolar Disord. 2015. № 17. P. 349-362

98. Braw Y, Sitman R, Sela T, Erez G, Bloch Y, Levkovitz Y. Comparison of insight among schizophrenia and bipolar disorder patients in remission of affective and positive symptoms: analysis and critique// *Eur. Psychiatry*. 2012. Vol. 27, №8. P. 612–618
99. Brown CS, Wright RG, Christensen DB. Association between type of medication instruction and patients' knowledge, side effects, and compliance// *Hosp Community Psychiatry*. 1987. Vol. 38, №1. P. 55-60
100. Buchy L., Makowski C., Malla A., Joober R., Lepage, M. A longitudinal study of cognitive insight and cortical thickness in first-episode psychosis // *Schizophrenia Research*. 2018. № 193. P. 251–260
101. Burns T, Fiander M, Audini B. A delphi approach to characterising "relapse" as used in UK clinical practice // *Int J Soc Psychiatry*. 2000. Vol. 46, № 3. P. 220-230
102. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice // *Psychiatry (Edgmont)*. 2007. Vol. 4, №7. P. 28–37
103. Cardin VA, McGill CW, Falloon IRH: An economic analysis: costs, benefits and effectiveness. In *Family Management of Schizophrenia*. Edited by Falloon IRH. Baltimore: Johns Hopkins Press. 1986. P. 115–123
104. Chan, K.W., Hui, L.M., Wong, H.Y., Lee, H.M., Chang, W.C., Chen, Y.H., 2014. Medication adherence, knowledge about psychosis, and insight among patients with a schizophrenia-spectrum disorder// *J. Nerv. Ment. Dis.* 2014. № 202. P. 25–29
105. Chaplin R, Kent A. Informing patients about tardive dyskinesia. Controlled trial of patient education // *Br J Psychiatry*. 1998. № 172. P. 78-81
106. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision making model// *Social Science and Medicine*. 1999. № 49. P. 651-61
107. Chen R, Zhu X, Capitão LP, et al. Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial// *Bipolar Disord*. 2019. Vol. 21, №1. P. 76-85

108. Chien WT, Bressington D, Yip A, Karatzias T. An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia//Psychol Med. 2017. Vol. 47, № 12. P. 2081-2096
109. Chien WT, Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up//Br J Psychiatry. 2014. Vol. 205, № 1. P. 52-59
110. Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou C, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review//Neuropsychiatr Dis Treat. 2016. № 12. P. 357-373
111. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis//Acta Psychiatr Scand. 2002. № 106. P. 286–290
112. Comparelli A, Savoja V, De Carolis A. et al. Relationships between psychopathological variables and insight in psychosis risk syndrome and first-episode and multiepisode schizophrenia// J. Nerv. Ment. Dis. 2013. Vol. 201, №3. P. 229–233
113. David A.S. Insight and psychosis//Br. J. Psychiatry. 1990. № 156. P. 798–808
114. Dixon L.B., Lehman A.F. Family interventions for schizophrenia//Schizophr. Bull. 1995. № 21. P. 631–643
115. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities // Psychiatric Services. 2001. № 52. P. 903–910
116. Dondé C, Senn M, Eche J, Kallel L, Saoud M, Brunelin J. Well-informed but not aware: The P.A.C.T.® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness //Asian J Psychiatr. 2019. № 46. P. 15-18
117. DGPPN e.V. (ed.) for the Guideline Group: S3 Guideline for Schizophrenia. Abbreviated version (English). 2019. Version 1.0, last updated on 29 December 2019, available at: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>

118. Dyck D. G., Hendryx M. S., Short R. A., Voss W. D., McFarlane W. R. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment//Psychiatric Services. 2002. Vol. 53, № 6. P. 749– 754
119. Falloon I., Boyd J., McGill C., Williamson M., Razani J., Moss H. et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia //Archives of General Psychiatry. 1985. № 42. P. 887–896
120. Falloon IRH, Held T, Coverdale JH, et al. Psychosocial interventions for schizophrenia: a review of long-term benefits of international studies // Psychiatric Rehabilitation Skills. 1999. № 3. P. 268-290
121. Feldmann R., Hornung W., Prein B. et al. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients// European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2002. № 252. P. 115–119
122. Foot C, Gilbert H, Dunn P, Jabbal J, Seale B, Goodrich J, et al. People in Control of Their Own Health and Care: the State of Involvement. The King's Fund, 2014.
123. Fusar-Poli P., McGorry P.D. and Kane J.M. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview //World Psychiatry. 2017. № 16. P. 251-265
124. Galletly C, Castle D, Dark F, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders// Aust N Z J Psychiatry. 2016. Vol. 50, №5. P. 410-472
125. Getachew H., Dimic S., Priebe S. Is psychoeducation routinely provided in the UK? Survey of community mental health teams// Psychiatric Bulletin. 2009. Vol. 33, № 3. P. 102-103
126. Gharabawi G.M., Lasser R.A., Bossie C.A., Zhu Y., Amador X. Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone// Int. Clin. Psychopharmacol. 2006. № 21. P. 233–240
127. Giacco D., Mavromara L., Gamblen J., Conneely M., Priebe S. Shared decision-making with involuntary hospital patients: A qualitative study of barriers and facilitators// BJPsych Open. 2018. Vol. 4, №3. P. 113-118

128. Glick I.D., Clarkin J.F., Spencer J.H., Haas G.L., Lewis A.B., Peyser J., DeMane N., Good-Ellis M., Harris E., Lestelle V. A controlled evaluation of inpatient family interventions: I. Preliminary results of the six-month follow-up//Archives of General Psychiatry. 1985. № 42. P. 882-886
129. Goldman CR. Toward a definition of psychoeducation // Hosp Community Psychiatry. 1988. Vol. 39, № 6. P. 666-668
130. Goldman CR, Quinn FL. Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia // Hosp Community Psychiatry. 1988. Vol. 39, № 3. P. 282-286.
131. Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evans J.R. et al. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics//Arch. Gen. Psychiatry. 1978. № 35. P. 1169–1177
132. Gracio J., Goncalves-Pereira M., Leff J. What do we know about family interventions for psychosis at the process level? A systematic review// Family Process. 2016. Vol. 55, №1. P. 79–90.
133. Greenberg L., Fine S., Cohen C., Larsen K. An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families in an acute care setting// Hospital and Community Psychiatry. 1988. Vol. 39, № 3. P. 277-282
134. Greenberg J., Greenley J., Kim H. The provision of mental health services to families of persons with serious mental illness// Research in Community and Mental Health. 1995. № 8. P. 181–204.
135. Giusti L, Ussorio D, Tosone A, et al. Is personal recovery in schizophrenia predicted by low cognitive insight? //Community Ment Health J. 2015. Vol. 51, № 1. P. 30-37
136. Guo X, Zhai J, Liu Z, et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study// Arch Gen Psychiatry. 2010. Vol. 67, № 9. P. 895-904
137. Haas G.L., Glick I.D., Clarkin J.F., Spencer J.H., Lewis A.B., Peyser J., DeMane N., Good-Ellis M., Harris E., Lestelle V. In-patient family intervention: A randomized clinical trial: Results at hospital discharge// Archives of General Psychiatry. 1988. № 45. P. 217-224



138. Hayes R, Gantt A. Patient psychoeducation: the therapeutic use of knowledge for the mentally ill // Soc Work Health Care. 1992. Vol. 17, №1. P. 53-67
139. Harvey C. Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families// BJPsych Advances. 2018. Vol. 24, №1. P. 9-19
140. Hofer E., Amering M., Windhaber J., Wancater M., Eberstaller M. Does psychoeducation change the concept of illness of schizophrenic patients // Psychiatr. Prax. 2001. № 28. 287–291
141. Hogarty G.E., Anderson CM., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Javana CD., Madonia M.J. and the Environmental/ Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion// Archives of General Psychiatry. 1986. № 43. P. 633-642
142. Hogarty G.E., Anderson CM., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Ulrich R.F., Carter M. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment// Archives of General Psychiatry. 1991. № 48. P. 340-347
143. Hogarty GE, Ulrich RF. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment// Journal of Psychiatric Research. 1998. № 32. P. 243-50
144. Hornung WP, Klingberg S, Feldmann R. Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psycho-educational training: results of a 1-year follow-up// Acta Psychiatr Scand. 1998. № 97. P. 213 - 219
145. Huang C, Plummer V, Lam L, Cross W. Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review// J Psychiatr Ment Health Nurs. 2020. № 27. P. 103– 127
146. Insel TR. Rethinking schizophrenia// Nature. 2010. Vol. 468, № 7321. P.187-193

147. Ivezić SŠ, Sesar MA, Mužinić L. Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia//Psychiatr Danub. 2017. vol. 29, № 1. P. 66-73
148. Jahn T., Pitschel-Walz G., Gsottschneider A., Frobose T., Kraemer S., Bauml J. Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study// Psychol. Med. 2011. № 41. P. 533–544
149. Jeppesen P., Petersen L., Thorup A., Abel M. B., Oehlenschlaeger J., Christensen T. et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: Effect of treatment on family burden: OPUS trial// British Journal of Psychiatry Supplement. 2005. № 48. s85–s90
150. Jewell T. C., Downing D., McFarlane W. R. Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia//Journal of Clinical Psychology. 2009. Vol.65, № 8. P. 868–878
151. de Jong MH, Wierdsma AI, Van Gool AR, Mulder CL. An intensive multimodal group programme for patients with psychotic disorders at risk of rehospitalization: a controlled intervention study// BMC Psychiatry. 2019. vol. 19, № 1. P. 241
152. Joosten EA, De Fuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence, and health status// Psychother Psychosom. 2008. № 77. P. 219–226
153. Kane JM, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H and the Clozaril Collaborative study group. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine//Arch Gen Psychiatry. 1988. № 45. P. 789–796
154. 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. № 12. P. 216–226
155. Kane J. M., Robinson D. G., Schooler N. R., Mueser K. T., Penn D. L., Rosenheck R. A. et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode

- psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program//American Journal of Psychiatry. 2016. Vol. 173, № 4. P. 362–372
156. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia//Schizophrenia Bulletin. 1987. Vol. 13, №2. P. 261-276
157. Ko NY, Yeh ML, Hsu ST, Chung HH, Yen CF. Investigation of insight formation using narrative analyses of people with schizophrenia in remission// J Nerv Ment Dis. 2006. Vol. 194, № 2. P. 124–127
158. Kottgen C, Sonnichsen I., Mollenhauser K., Jurth R. Group therapy with families of schizophrenia patients: III. Results of the Hamburg Camberwell family interview study//Internationaljournalof Family Psychiatry. 1984. № 5. P. 84-94
159. Lam D.H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies// Psychological Medicine. 1991. №21. P. 423-441
160. Lam YWF, Velligan DI, DiCocco M, et al. Comparative assessment of antipsychotic adherence by concentration monitoring, pill count and self-report// Schizophr Res. 2003. № 60. P. 313
161. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis// Br J Psychiatry. 2011. Vol. 199, № 6. P. 445-452
162. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis// Br J Psychiatry. 2019. Vol. 214, № 5. P. 260-268
163. Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R., Eberlein-Fries R., Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in schizophrenia families// British Journal of Psychiatry. 1982. № 141. P. 121-134
164. Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenia patients: Two-year follow-up// British Journal of Psychiatry. 1985. №146. P. 594-600

165. Levine SZ, Rabinowitz J, Engel R, Etschel E, Leucht S. Extrapolation between measures of symptom severity and change: an examination of the PANSS and CGI// *Schizophr Res.* 2008. Vol. 98, №.1-3. P. 318-322
166. Leucht S. Measurements of response, remission, and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application//*The Journal of Clinical Psychiatry.* 2014. № 75 Suppl 1. P. 8-14
167. Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis// *Lancet.* 2012. Vol. 379, № 9831. P. 2063-2071
168. Lewis L, O'Keeffe C, Smyth I, Mallalieu J, Baldock L, Oliver S. Maintaining Adherence Programme: evaluation of an innovative service model// *BJPsych Bull.* 2016. Vol. 40, № 1. P. 5-11
169. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, Gilmore J. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches//*Biol Psychiatry.* 2001. № 50. P. 884–897
170. Lincoln T.M., Lullman E., Rieff W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review// *Schizophr. Bull.* 2007a. Vol. 33, № 6. P. 1324–1342
171. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis// *Schizophr Res.* 2007b. № 96. P. 232–245
172. Lysaker PH, Vohs JL, Ballard R et al. Metacognition, self-reflection and recovery in schizophrenia: review of the literature// *Future Neurol.* 2013. Vol. 8, №1. P. 103–115
173. von Maffei C, Görges F, Kissling W, Schreiber W, Rummel-Kluge C. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design// *BMC Psychiatry.* 2015. № 15. P. 93

174. Matthias M.S. Decision making in recovery-oriented mental health care. // Matthias MS, Salyers MP, Rollins AL, Frankel RM. // *Psychiatr Rehabil J.* 2012. Vol. 35, № 4, P. 305-314
175. McCormack M., Tierney K., Brennan D., Lawlor E., Clarke M. Lack of insight in psychosis: theoretical concepts and clinical aspects// *Behav. Cogn. Psychother.* 2014. № 42. P. 327–338
176. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K. Insight in Schizophrenia. Its Relationship to Acute Psychopathology// *Journal of Nervous and Mental Disorders.* 1989. № 177. P. 43-47
177. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review// *Fam Process.* 2016. Vol. 55, № 3. P. 460-482
178. McFarlane W.R. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia// *New Directions in Mental Health Services.* 1994. № 62. P. 13-22
179. McFarlane W. R., Cook W. L. Family expressed emotion prior to onset of psychosis. *Family Process.* 2007. Vol. 46, № 2. P. 185–198
180. McFarlane W. R., Levin B., Travis L., Lucas F. L., Lynch S., Verdi M. et al. Clinical and functional outcomes after 2 years in the Early Detection and Intervention for the Prevention of Psychosis multisite effectiveness trial// *Schizophrenia Bulletin.* 2015. Vol. 41, № 1. P. 30–43
181. McFarlane W.R., Lukens E., Link B., Dushay R., Deakins S.A., Newmark M., Dunne E.J., Horen B., Toran J. Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia// *Archives of General Psychiatry.* 1995. № 52. P. 679-687
182. McGorry PD. Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process// *Psychiatry.* 1995. vol. 58, № 4. P. 313-328
183. McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue// *J Nerv Ment Dis.* 2015. Vol. 203, № 5. P. 310-318
184. Mintz A.R., Dobson K.S., Romney D.M. Insight in schizophrenia: a meta-analysis// *Schizophr. Res.* 2003. Vol. 61, № 1. P. 75–88

185. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review// *Front Psychiatry*. 2017. № 8. P. 100
186. Moritz S., Andreou C., Schneider B. C, Wittekind C. E., Menon M., Balzan R. P., Woodward T. S. Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in schizophrenia// *Clinical Psychology Review*. 2014. № 34. P. 358-366
187. Morriss RK, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton C, McCarthy JP. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder// *Cochrane Database Syst Rev*. 2007. 2007(1). CD004854
188. Morriss R, Lobban F, Riste L, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial// *Lancet Psychiatry*. 2016. № 3. P. 1029-1038
189. Motlova L.B., Balon R., Beresin E.V. et al. Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? // *Acad Psychiatry*. 2017. № 41. P. 447–451
190. Motlová L.B., Dragomirecká E, Blabolová A, Španiel F, Slováková A. Psychoeducation for schizophrenia in the Czech Republic: curriculum modification based on opinions of service users and providers// *Acad Psychiatry*. 2015. Vol. 39, № 2. P. 186-190
191. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, et al. Illness management and recovery: a review of the research// *Psychiatr Serv*. 2002. Vol. 53, № 10. P. 1272-1284
192. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia// *Annu Rev Clin Psychol*. 2013. № 9. P. 465-497
193. Mueser K. T., Sengupta A., Schooler N. R., Bellack A. S., Xie H., Glick I. D. et al. Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes, and burden// *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001. vol. 69, №1. P. 3–12

194. Myllyaho T, Siira V, Wahlberg KE, et al. Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and family functioning in adopted-away offspring of mothers with schizophrenia// *Psychiatry Res.* 2019. № 278. P. 205-212
195. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Bipolar Disorder: Assessment and Management: Clinical guideline 185.* NICE, 2014a.
196. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management.* NICE, 2014b.
197. Nordentoft M., Thorup A., Petersen L., Ohlenschlaeger J., Melau M., Christensen T. O. et al. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment// *Schizophrenia Research.* 2006. Vol. 83, № 1. P. 29–40
198. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E: Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults// *Can J Psychiatry.* 2017. Vol. 62, № 9. P. 617-623
199. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, et al. *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions about Prescribed Medicines and Supporting Adherence.* London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.
200. Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia// *Cochrane Database Syst Rev.* 2014. 3. Cd009802
201. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review// *Ann Gen Psychiatry.* 2013. Vol. 12, №1. P. 32
202. Opler M.G., Yang L.H., Caleo S. et al. Statistical validation of the criteria for symptom remission in schizophrenia: Preliminary findings// *BMC Psychiatry.* 2007. № 7. P. 35
203. Osmond H., Mullaly R., Bisbee C. The Medical Model and the Responsible Patient// *Hospital and Community Psychiatry.* 1978. Vol. 29, № 8. P. 522-524

204. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia// Cochrane Database Syst Rev. 2002. 2. CD002831
205. Petersen L., Jeppesen P., Thorup A., Abel M.-B., Ohlenschlaeger J., Christensen T. O. et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness// British Medical Journal. 2005. Vol. 331, № 7517. P. 602
206. Phahladira L, Asmal L, Kilian S, et al. Changes in insight over the first 24 months of treatment in schizophrenia spectrum disorders// Schizophr Res. 2019. № 206. P. 394-399
207. Pijnenborg GH, van Donkersgoed RJ, David AS, Aleman A. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis// Schizophr. Res. 2013. Vol. 144, № 1–3. P. 109–117
208. Pilsecker C. On educating schizophrenics about schizophrenia// Schizophrenia Bulletin. 1981. Vol. 7, № 3. P. 379-382
209. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study// J Clin Psychiatry. 2006. Vol. 67, № 3. P. 443-452
210. Pitschel-Walz G., Bäuml J., Froböse T., Gsottschneider A., Jahn T. Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? // Journal of Intellectual Disabilities. 2009. Vol. 13, № 4. P. 305–320
211. Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T, Kraemer S, Bäuml J, Jahn T. Neuropsychologie der Psychoedukation bei Schizophrenie: Ergebnisse der Münchner COGPIP-Studie [Neuropsychology of psychoeducation in schizophrenia: results of the Munich COGPIP study]// Nervenarzt. 2013. Vol. 84, № 1. P. 79-90
212. Pitschel-Walz G., Leucht S., Bäuml J., Kissling W., Engel R.R. The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia—A Meta-analysis// Schizophrenia Bulletin. 2001. Vol. 27, № 1. P. 73–92



213. Powell BJ, Othmer E, Sinkhorn C. Pharmacological aftercare for homogeneous groups of patients// *Hosp Community Psychiatry*. 1977. Vol. 28, №2. P. 125-127
214. Quillams L, Addington J. Insight, knowledge, and beliefs about illness in first-episode psychosis// *Can J Psychiatry*. 2003. № 48. P. 350
215. Rabinovitch M, Bé chard-Evans L, Schmitz N, Jooper R, Malla A. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis// *Can J Psychiatry*. 2009. Vol. 54, № 1. P. 28 - 35
216. Rabovsky K, Stoppe G. The role of psychoeducation in the treatment of psychiatric inpatients: a critical overview [in German]// *Nervenarzt*. 2006. № 77. P. 538 – 548
217. Robinson D. G., Woerner M. G., Alvir J. M. J., Bilder R. M., Hinrichsen G. A., Lieberman J. A. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder//*Schizophrenia Research*. 2002. Vol. 57, № 2-3. P. 209–219
218. Rossi A, Amore M, Galderisi S, et al. The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia// *Schizophr Res*. 2018. №192. P. 108-112
219. Rummel C, Hansen WP, Helbig A, et al. Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: a new approach// *J Clin Psychiatry*. 2005. № 66. P. 1580–1585
220. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field// *Curr Opin Psychiatry*. 2008. № 21. P. 168–72
221. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries// *BMC Psychiatry*. 2013. №13. P. 170
222. Rummel-Kluge C., Pitschel-Walz G., Bäuml J., Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia — results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland// *Schizophr. Bull*. 2006. №32. P. 765–775
223. Sauvé G., Kline R. B., Shah J. L., Jooper R., Malla A., Brodeur M. B., Lepage M. Cognitive capacity similarly predicts insight into symptoms in first- and multiple-episode psychosis// *Schizophrenia Research*. 2019. № 206. P. 236-243

224. Schooler N.R., Keith S.J., Severe J.B., Matthews S. and the Treatment Strategies in Schizophrenia Collaborative Study Group. Acute treatment response and short-term outcome in schizophrenia: First results of the NIMH Treatment Strategies in Schizophrenia study// *Psychopharmacology Bulletin*. 1989. Vol. 25, №3. P. 331-335
225. Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P. Effect of patient education on medication compliance// *Can J Psychiatry*. 1980. Vol. 25, №8. P. 638-645
226. Schaub A, Mueser KT, von Werder T, Engel R, Möller HJ, Falkai P. A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up// *Schizophr Bull*. 2016. № 42, Suppl 1. S71-S80
227. Sevy S., Nathanson K., Visweswaraiiah H., Amador X. The relationship between insight and symptoms in schizophrenia// *Compr. Psychiatry*. 2004. № 45. P. 16–19
228. Shinozaki A, Hayashi T, Okamura H. Effects of a Psychoeducation Program for People with Schizophrenia Aimed at Increasing Subjective Well-Being and the Factors Influencing Those Effects: a Preliminary Study// *Psychiatr Q*. 2020. Vol. 91, № 1. P. 45-52
229. Suñilwold L, Herrlich J. Providing schizophrenic patients with a concept of illness: An essential element of therapy// *Br J Psychiatry Suppl*. 1992. № 18. P. 129-132
230. Tarrier N., Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah J.S., Porceddu K., Watts S., Freeman H.L. The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse// *British Journal of Psychiatry*. 1988. №153. P. 532-542
231. Tarrier N, Lawson K, Barrowclough C. Some aspects of family interventions in schizophrenia: II. financial considerations// *British Journal of Psychiatry*. 1991. № 159. P. 481-484
232. Taylor M, Jauhar S. Are we getting any better at staying better? The long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and schizophrenia// *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019. 9. 2045125319870033

233. The European Mental Health Action Plan, WHO. 2013. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/195187/63wd11r\\_MentalHealth-3.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf)
234. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, et al. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees// *Br J Psychiatry*. 2004. № 184. P. 216-222
235. Trayser L M. A Teaching Program for Diabetics// *American Journal of Nursing*. 1973. Vol. 73, №1. P. 92-93
236. van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, Hasson-Ohayon I. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses// *Psychiatr Rehabil J*. 2019. Vol. 42, № 2. P. 169-181
237. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia// *Schizophrenia Bulletin*. 1995. № 21. P. 419-29
238. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care// *Canadian Medical Association Journal*. 2001. Vol. 165, №4. P. 438-9
239. White D, Wright M, Baber B, Barrera A. A pilot study evaluating the effectiveness of a medicines education group in a mental health inpatient setting: A UK perspective. *Ment Health Clin*. 2018. Vol. 7, № 3. P. 116-123
240. Winton-Brown TT, Elanjithara T, Power P et al. Five-fold increased risk of relapse following breaks in antipsychotic treatment of first episode psychosis// *Schizophr Res*. 2017. № 179. P. 50-56
241. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. № 6. Art. No.: CD002831
242. Yasuma N, Sato S, Yamaguchi S, et al Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: protocol for a cluster randomised controlled trial// *BMJ Open*. 2020. 10. e034425
243. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness// *Cochrane Database Syst Rev*. 2015. 4. CD010823

244. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review// Schizophr Res. 2014. 152. 408–414
245. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur D, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis// Int J Ment Health Nurs. 2013. Vol. 22, № 3. P. 256-271
246. Zygmunt A., Olfson M., Boyer C.A., Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia// Am. J. Psychiatry. 2002. № 159. P. 1653–1664

**Карта клинических и социально-демографических показателей**

1. Пол
2. Возраст
3. Длительность госпитализации (дни)
4. Маршрутизация после выписки из стационара:
  - дневной стационар
  - ОИОПП (отделение интенсивного оказания психиатрической помощи)
  - участок ПНД
5. Основной диагноз (МКБ-10)
6. Сопутствующий диагноз (МКБ-10)
7. Ведущий синдром
8. Длительность заболевания (лет)
9. Возникновение первых признаков психического расстройства (лет)
10. Первое обращение к психиатру (год)
11. Количество госпитализаций
12. Причина повторных госпитализаций в случае их наличия
  - самостоятельная отмена терапии
  - ухудшение на фоне коррекции терапии врачом
  - обострение симптоматики на фоне терапии
  - неявка на прием в ПНД
13. Год первой госпитализации
14. Диагноз при первой госпитализации
15. Повторная госпитализация в анамнезе

16. Причина повторной госпитализации в катамнезе
17. Инвалидность (+группа)
18. Семейный статус (холост - 0, женат/замужем - 1, развод - 2, вдовец - 3)
19. Дети (нет 0, да 1)
20. Трудовой статус (работает - 1, учится - 2, не занят - 3, пенсия по инв. - 4)
21. Образование (неполное среднее 1, среднее 2, среднее специальное 3, незаконченное высшее 4, высшее 5)
22. Проживает (один 1, с родителями/родственниками - 2, с партнером/супругой – 3)
23. Лекарственная терапия: препарат, дозировка
24. Включение в группу (день госпитализации)

### Анкета обратной связи о занятии по психообразованию

ФИО \_\_\_\_\_

Оцените в баллах следующую информацию. Если вы колеблетесь между ответами 1 и 3, то выберите ответ 2. Если вы колеблетесь между ответами 3 и 5, то выберите ответ 4. Все полученные сведения являются конфиденциальными и не подлежат разглашению.

#### 1. Какое у Вас настроение?

плохое не могу хорошее  
определиться  
 1-----2-----3-----4-----5

#### 2. Узнали ли Вы новую и полезную информацию на занятии по психообразованию?

нет узнал, но узнал  
недостаточно достаточно  
 1-----2-----3-----4-----5

#### 3. Прозвучали ли на занятии идеи, которые Вы могли бы применить на практике?

нет не уверен да  
 1-----2-----3-----4-----5

#### 4. Услышали ли Вы информацию, которая могла бы Вам помочь в будущем?

нет не уверен да  
 1-----2-----3-----4-----5





### Опросник знаний

1. Для чего и с какой целью необходимо посещать занятия по «Психообразованию»?
  - А) Чтобы приятно провести время
  - Б) Потому что направил врач
  - В) Чтобы сделать зарядку и быть в хорошей физической форме
  - Г) Чтобы повысить уровень знаний в вопросах своего заболевания и профилактики его обострения
2. Согласно современным представлениям причиной возникновения психических расстройств являются:
  - А) сочетание биологической предрасположенности и внешних неблагоприятных факторов
  - Б) особенности личности
  - В) переутомление
  - Г) конфликты с окружающими
3. Какие факторы оказывают влияние на обострение психических расстройств:
  - А) злоупотребление алкоголем и наркотиками
  - Б) отсутствие поддержки со стороны других людей
  - В) увольнение с работы
  - Г) все вышеперечисленное
4. Когда следует обратиться за помощью к лечащему врачу-психиатру после выписки из стационара?
  - А) Перед отъездом на отдых
  - Б) Следует постоянно поддерживать связь со своим лечащим врачом
  - В) Для оформления инвалидности
  - Г) Осенью и весной, когда симптомы обостряются
5. Стоит ли учитывать мнение родственников и близких в отношении Вашего состояния и поведения?
  - А) Конечно стоит, т.к. самому сложно увидеть себя со стороны
  - Б) Нет, я могу сам оценить свое самочувствие

- В) Нет, не стоит, т.к. они могут ошибаться в оценке моего состояния
- Г) Нет, они не компетентны в вопросах моего лечения
6. Чем Вам может помочь лекарственная терапия, прописанная лечащим врачом-психиатром?
- А) Избавить от симптомов психического заболевания и снять острую симптоматику
- Б) Способствовать профилактике обострений
- В) Поможет получить социальные льготы
- Г) Все вышеперечисленное
7. Какой нейромедиатор влияет на возникновение психических расстройств?
- А) Я не знаю, что такое нейромедиатор
- Б) Дофамин
- В) Глюкоза
- Г) Эндорфин
8. Когда нужно прекращать прием лекарств или менять схему лечения?
- А) Когда почувствую улучшение
- Б) Сразу после выписки из стационара
- В) По рекомендации лечащего врача психиатра
- Г) По рекомендации знакомых и родственников
9. Какие способы совладания с болезнью могут улучшить Ваше эмоциональное состояние?
- А) Подавление негативных эмоций
- Б) Игнорирование собственного заболевания
- В) Прекращение взаимодействия с окружающими
- Г) Умение попросить о помощи
10. Сколько времени нужно наблюдаться у врача по поводу психического расстройства?
- А) Несколько месяцев
- Б) Пока не пройдут симптомы
- В) Столько, сколько рекомендует врач

Г) Всю жизнь

11. В случае возникновения обострения психического заболевания, куда можно обращаться?

А) Неотложная психиатрическая помощь при больнице (ПОНП)

Б) Скорая помощь «03»

В) Лечащий врач в диспансере

Г) Все вышеперечисленное

Ключ:

1 – Г; 2 – А; 3 – Г; 4 – Б; 5 – А; 6 – А, Б; 7 – Б; 8 – В; 9 – Г; 10 – В; 11 – Г