

УДК 616.892-082-085

В. С. Білоус

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ У ПРОДРОМАЛЬНУ СТАДІЮ ПСИХОЗУ

В. С. Білоус

Эффективность раннего вмешательства в продромальную стадию психоза

V. S. Bilous

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

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

Програма включає етапи діагностики, активного втручання та підтримувальних впливів.

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

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

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

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

Программа включает этапы диагностики, активного вмешательства и поддерживающих воздействий.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Були обстежені 137 пацієнтів з вперше виявленим психозом:

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

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

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

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

Основними завданнями цієї програми є:

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

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

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

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

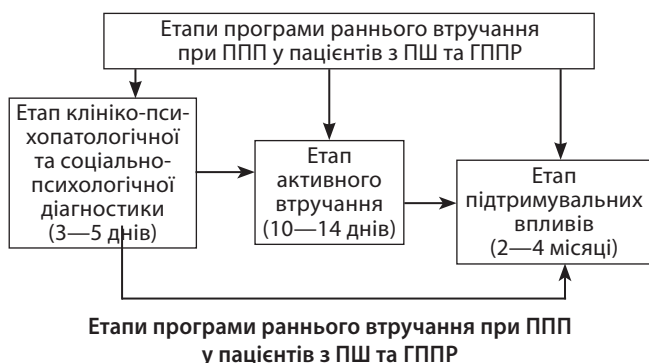
Для кожного етапу визначено місце проведення та фахівці, які беруть участь у лікуванні.

І. Етап клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики

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

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

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



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

Діагностичні методи, використовувані на цьому етапі:

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

Тривалість етапу складає 3—5 днів.

II. Етап активного втручання

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

1. Фармакотерапія другого етапу програми раннього втручання при ППП.

1.1. ППП у хворих на ПШ:

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

1.2. ППП у хворих на ГППР:

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

— транквілізатори (за потребою).

2. Психотерапія другого етапу програми раннього втручання у ППП.

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

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

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

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

Тривалість етапу складає 10—14 днів.

III. Етап підтримувальних впливів

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

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

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

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

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

Тривалість етапу — 2—4 місяці.

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

диційними методами підтримувального лікування при ПШ та ГППР.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Список літератури

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

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

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

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

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

11. EPA guidance on the quality of mental health services / W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen [et al.] // Eur. Psychiatry. 2012. Vol. 27(2). P. 87—113.

Надійшла до редакції 21.09.2017 р.

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

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

УДК 616.85-039-07-008.447

М. М. Денисенко

АДДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ (клініко-психопатологічна характеристика та лікування)

М. М. Денисенко

Аддиктивное поведение при невротических расстройствах (клинико-психопатологическая характеристика и лечение)

М. М. Denysenko

Addictive behavior in neurotic disorders (clinical-psychopathological characteristics and therapy)

Подано результати комплексної оцінки аддиктивного стану хворих на невротичні розлади. Встановлено, що хворі на невротичні розлади більш схильні до формування станів залежності. Окрім того, хворі на дисоціативні та тривожно-фобічні розлади виявляються більш схильними до накопичення різних варіантів залежностей (формування «мультиморбідних» станів). Як найбільш «аддиктивно небезпечний» невротичний розлад визначено дисоціативні розлади. Структуру аддикцій як у хворих на невротичні розлади, так і у здорових осіб очолюють: залежність від тютюну, їжі, Інтернету та роботи/навчання, що відображає загальнопопуляційні тенденції аддиктивного стану нашого суспільства. Особливості аддиктивного стану хворих на невротичні розлади полягають в послідовності розташування «найпоширеніших» аддикцій, а також в більшій частотній представленості та варіабельності аддиктивних об'єктів.

Ключові слова: аддикції, невротичний розлад, коморбідність, мультиморбідність

Представлены результаты комплексной оценки аддиктивного состояния больных с невротическими расстройствами. Установлено, что больные с невротическими расстройствами более склонны к формированию состояний зависимости. Кроме того, больные с диссоциативными и тревожно-фобическими расстройствами более склонны к накоплению разных вариантов зависимостей (формированию «мультиморбидных» состояний). В качестве наиболее «аддиктивно опасного» невротического расстройства признаны диссоциативные расстройства. Структуру аддикций, как у больных с невротическими расстройствами, так и у здоровых, возглавляют: зависимость от табака, еды, Интернета и работы/обучения, что отражает общепопуляционные тенденции аддиктивного состояния нашего общества. Особенности структуры аддикций больных с невротическими расстройствами заключаются в последовательности размещения «распространенных» аддикций, а так же в большей частотной представленности и вариабельности аддиктивных объектов.

Ключевые слова: аддикции, невротическое расстройство, коморбидность, мультиморбидность

The results of a comprehensive evaluation of the addictive condition in patients with neurotic disorders. It was found that patients with neurotic disorders are more prone to the formation of addictive behavior. In addition, patients with dissociative and anxiety and phobic disorders are more prone to the accumulation of different options dependencies (the formation of "multimorbid" addiction). As the most "dangerous addictive" neurotic disorders recognized dissociative disorders. The structure of addictions, both in patients with neurotic disorders, and healthy, head: dependence on tobacco, food, internet and work / study, which reflects the general population of addictive tendencies state of our society. The structure features of addiction in patients with neurotic disorders are in the sequence of placement "common" addiction, as well as a greater frequency representation and variability addictive objects.

Keywords: addiction, neurotic disorder, comorbidity, multimorbid

Сучасні психічні розлади, окрім стрімкого поширення, характеризуються також значним клініко-психопатологічним патоморфозом, практичною відсутністю класичних клінічних форм та поширеністю коморбідної психічної патології [1—3]. В загальній структурі психічних захворювань переважна частка належить не психотичним психічним розладам, що пов'язані, перш за все, зі стресовими, психотравмуючими факторами, зниженням адаптаційних ресурсів особистості в сучасних умовах геополітичних змін, загроз терористичних актів, військових конфліктів та загалом стрімким темпом життя та інфор-

маційного прогресу [2, 4]. Зокрема, в структурі сучасних невротичних розладів усе частіше спостерігаються ознаки аддиктивної поведінки [5, 6]. Одним із найчастіших варіантів коморбідності є поєднання невротичної хвороби з аддиктивними розладами. Зокрема, стани залежності від різних об'єктів вживання фіксуються у 61,82 % хворих на дисоціативні розлади, у 56,52 %, хворих на тривожно-фобічні розлади, та у 56,52 % хворих на неврастенію. Проте, даних щодо клінічних особливостей, перебігу, формування невротичних розладів з коморбідними аддикціями в літературі немає, що створює певні труднощі в діагностиці та терапії подібних станів та зумовлює актуальність та доцільність запропонованої роботи.