

Є. В. Опря

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ОЖИРІННЯМ

Е. В. Опря

Основные направления комплексной реабилитации больных шизофренией с ожирением

Ye. Oprya

Main directions of complex rehabilitation of patients with schizophrenia and obesity

В роботі наведено результати комплексного клініко-психопатологічного дослідження особливостей клінічних проявів, сприйняття психічної та соматичної хвороби, а також особливостей соціально-особистісного функціонування та якості життя хворих на шизофренію з ожирінням, що стали підґрунтям в розробленні стратегічних напрямків терапії пацієнтів цього контингенту. Як стратегічні напрямки терапії поєднаного варіанту шизофренії з ожирінням виокремлено проведення антипсихотичної терапії з урахуванням наявності ожиріння; опанування навичок контролю за прийняттям їжі та корекція способу життя; формування навичок контролю стресу та власного психопатологічного стану, а також підвищення соціальної компетентності та соціально-особистісного функціонування хворих.

Ключові слова: шизофренія, ожиріння, антипсихотична терапія, психотерапія, психоосвіта, контроль прийняття їжі, контроль стресу

В работе приведены результаты комплексного клинико-психопатологического исследования особенностей клинических проявлений, восприятия психической и соматической болезни, а также особенностей социально-личностного функционирования и качества жизни больных шизофренией с ожирением, которые послужили основой в разработке стратегических направлений терапии пациентов данного контингента. В качестве стратегических направлений терапии сочетанного варианта шизофрении с ожирением выделено проведение антипсихотической терапии с учетом наличия ожирения; овладение навыками контроля за приемом пищи и коррекция образа жизни; формирование навыков контроля стресса и собственного психопатологического состояния, а также повышение социальной компетентности и социально-личностного функционирования больных.

Ключевые слова: шизофрения, ожирение, антипсихотическая терапия, психотерапия, психообразование, контроль приема пищи, контроль стресса

The article presents the results of a comprehensive clinical and psychopathological study of the characteristics of clinical manifestations, the perception of mental and somatic diseases, as well as the features of social and personal functioning and quality of life of patients with schizophrenia with obesity, which served as the basis for developing strategic areas of therapy for patients of this group. Were highlighted the strategic direction of treatment of patients with obesity and schizophrenia: holding antipsychotic therapy, taking into account the presence of obesity, mastering the skills of controlling food intake and lifestyle correction; development of skills to control stress and own psychopathological state, as well as increase social competence and social and personal functioning of patients.

Key words: schizophrenia, obesity, antipsychotic therapy, psychotherapy, psycho-education, control of food intake, control of stress

Проблема ожиріння у хворих з психічними розладами останнім часом набирає все більшої медико-соціальної значущості завдяки високій розповсюдженості, негативного впливу на соціальне функціонування та соматичне здоров'я хворих. Особливо часто надмірна маса тіла реєструється у хворих на шизофренію, яка за даними клінічних досліджень спостерігається більш ніж у 60 % хворих [1]. Ожиріння пов'язане з чималим збільшенням ризику діабету, серцево-судинних розладів та гіперліпідемії, які так само є основними причинами смертності хворих на шизофренію [2]. З ожирінням пов'язана стигматизація хворих, зниження їх соціальної активності, можливостей соціальної реінтеграції та якості життя [3, 4]. Ожиріння при шизофренії вважають мультифакторним феноменом, в формуванні якого задіяні особливості обмінних процесів на фоні антипсихотичної терапії, особливості психопатологічних проявів, що включають обмеження фізичної активності, негативну симптоматику та нездоровий спосіб життя [2, 4]. Особливу увагу в сучасних дослідженнях надають факторам та механізмам формування ожиріння при шизофренії, активно досліджують особливості впливу психотропних препаратів на масу тіла, проводять масштабні біохімічні дослідження особливостей вуглеводно-ліпідного обміну хворих на шизофренію, які доводять, що ожиріння і шизофренія міцно пов'язані між собою та можуть бути як передумовою, так і наслідками одне одного [1—5]. Дослідники зазначають, що терапія як ожиріння, так і шизофренії при їх поєднанні набагато ускладнюється та потребує розроблення спеціальних терапевтично-реабілітаційних програм з урахуванням

специфіки та особливостей психопатологічного процесу при його поєднанні з ожирінням, що і зумовило мету запропонованої роботи.

Мета — розробити та запровадити в практику комплексну програму реабілітації хворих на шизофренію з ожирінням з урахуванням їх клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей.

В комплексному дослідженні особливостей клініко-психопатологічних та патопсихологічних проявів шизофренії при її поєднанні з ожирінням взяли участь 94 хворих на шизофренію (F20), з яких основну групу дослідження склали 44 хворих на шизофренію з ожирінням, контрольну — 50 хворих на шизофренію без хронічної соматичної обтяженості.

Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до критеріїв МКХ-10 тривалістю не менше ніж три роки; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнтів брати участь в дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження та наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. В дослідження не включали хворих з наявністю органічних захворювань центральної нервової системи; виражених когнітивних та психопатологічних порушень, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій; та у разі відповідності стану пацієнта критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

Основну групу дослідження формували з урахуванням наявності у хворого стану ожиріння (за умови, що індекс маси тіла хворого — IMT, *англ.* body mass index — BMI $\geq$ 30). Критерієм віднесення хворих до контрольної групи дослідження була відсутність хронічних соматичних захворювань і зокрема ожиріння.

Основну групу дослідження здебільшого складали хворі, що мали перший ступінь ожиріння ($IMT = 30-35$) — 25 осіб (59,52 %); другий ступінь ожиріння ($IMT = 35-40$) діагностовано у 13 осіб (30,95 %); третій ступінь ожиріння ($IMT > 40$) спостерігався у 4 осіб (9,52 %).

За статтю та віком хворі досліджуваних груп вірогідно не відрізнялись між собою, однак спостерігалась тенденція до більшої представленості осіб жіночої статі серед хворих основної групи (66,67 %), порівняно з хворими контрольної групи, де кількість осіб жіночої статі складала 52 %. Середній вік обстежуваних хворих в основній групі хворих складав 37,4 роки, в контрольній — 36,8 років.

В рамках дослідження вивчали особливості клініко-психопатологічних проявів шизофренії при її поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу, особливості сприйняття психічної та соматичної хвороби, специфіки соціально-особистісного функціонування та якості життя цих хворих.

Як методи дослідження використовували клініко-психопатологічний метод, що доповнювали клінічною рейтинговою шкалою позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) для оцінювання психопатологічних проявів [6]; а також психодіагностичний метод з використанням модифікованого варіанту методики Дембо — Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного та фізичного здоров'я [7]; адаптованого варіанту методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) для оцінювання рівня «інсайту» психічної хвороби [8]; та короткого опитувальника сприйняття хвороби (BIPQ) в адаптації Ялтонського В. М. [9]; шкали особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale — PSP) [10] та короткої форми опитувальника про стан здоров'я (The 36-Item Short Form Survey — SF-36) для оцінювання якості життя обстежених хворих [11].

За результатами проведеного дослідження як специфічні клініко-психопатологічні ознаки шизофренії, що поєднана з ожирінням, були виокремлені: наявність сенестопатій та переважно комплексних галюцинацій (що разом зі слуховими та зоровими включають також вісцеральні галюцинації та галюцинації шкірного відчуття); переважання негативної симптоматики над позитивною, що відбивається у вигляді зниження загального психоенергетичного тону, емоційної відчуженості, пасивно-апатичної соціальної відгородженості, зниження комунікабельності; наявністю рухової загальмованості, порушень депресивного спектра та дисфоричних розладів настрою.

Серед особливостей сприйняття психічного розладу та ожиріння у досліджених хворих виявлено низький рівень самооцінки стану власного здоров'я загалом та окремо за станами психічного та фізичного здоров'я; часткове збереження критичності щодо психічного розладу та сприйняття його як набагато вищої загрози для життя, ніж ожиріння, поряд з цим ожиріння хворі не сприймали як загрозливе самостійне захворювання, а найчастіше визнавали наслідком психічного розладу.

Під час дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації виявлено, що хворі на шизофренію з ожирінням характеризувались набагато нижчим рівнем соціальної реалізованості, що виявлялось куди нижчим освітнім рівнем, високим рівнем професійної та соціальної нереалізованості; обмеженням соціальних зв'язків та соціальною ізоляцією, низьким рівнем якості життя в сферах власного здоров'я, психічного, фізичного та соціального функціонування, а також

наявністю набагато вираженіших ускладнень в соціально-особистісному функціонуванні, зокрема в самообслуговуванні та соціально-корисній діяльності.

Перелічені вище ознаки шизофренії, що поєднана з ожирінням, стали провідними мішенями під час розроблення комплексної програми реабілітації хворих на шизофренію з ожирінням, внаслідок чого було виокремлено основні стратегічні напрямки комплексної реабілітації цих хворих: 1) редукція психотичної симптоматики та стабілізація психічного стану хворого з урахуванням наявності ожиріння; 2) терапія та профілактика ожиріння та соматичних загострень на його фоні; 3) формування усвідомлення пацієнтом наявності у нього психічної та соматичної хвороби водночас, з чітким розумінням проявів, симптомів та механізмів розвитку та негативних наслідків кожної; 4) формування у пацієнта та його оточення навичок щодо контролю стресу для запобігання провокації запуску психопатологічної симптоматики; 5) корекція образу життя пацієнтів (фізична активність, дієта); 6) підвищення рівня соціальної компетентності та адаптації пацієнтів.

Відповідно до сучасних рекомендацій з лікування шизофренії, реалізацію виокремлених завдань (направків) здійснювали поетапно, зважаючи на фазність перебігу хвороби, за такими етапами: I етап — терапія гострої фази; II етап — стабілізаційна фаза; та III етап — стабільна фаза. Терапевтичні інтервенції щодо корекції ожиріння реалізовували паралельно терапії психічного захворювання на кожному із наведених етапів.

На I етапі провідним завданням терапії була редукція важкості психопатологічної симптоматики та супутніх симптомів завдяки оптимально підібраної психотропної терапії. Препаратами вибору для лікування шизофренії відповідно до сучасних стандартів визнані атипіві нейролептики. Під час вибору нейролептику в лікуванні шизофренії у хворих з ожирінням зважували на особливості клініко-психопатологічних проявів у хворих з шизофренією та ожирінням (переважання негативної симптоматики, наявність депресивних симптомів та дисфоричних розладів настрою) та відсутність фармакогенного впливу на збільшення маси тіла та інші метаболічні порушення. Зважаючи на означене вище, препаратом вибору в лікуванні шизофренії у хворих з ожирінням рекомендовано аріпіпразол, який має низький ризик метаболічних порушень, сприяє зниженню маси тіла та його можна використовувати як монотерапію завдяки його поєднаній дії та впливу на редукцію негативної та депресивної симптоматики.

У разі, коли монотерапія нейролептиком не є достатньою для редукції психопатологічної симптоматики, в схему терапії рекомендовано включати також антидепресанти, які, з одного боку, впливають на зниження апетиту та маси тіла та чинять стимулюючу дію (зважаючи на превалювання негативної симптоматики), як-от флуоксетин та бупропіон. Як додаткову терапію дисфоричних проявів можна призначати карбамазепін.

Фармакотерапія хворих на шизофренію з ожирінням потребує особливої обережності та проводиться в умовах регулярного моніторингу маси тіла, обводу талії, ЕКГ, визначення ліпідного профілю та глюкози крові та в міцній взаємодії психіатра з терапевтами.

Окрім фармакотерапії не першому етапі розпочинають психоосвітню та психотерапевтичну роботу, спрямовану на усвідомлення хворим наявності у нього метаболічного захворювання та його важких наслідків на стан соматичного та психічного здоров'я.

Розробляють план поведінкової терапії, метою якої є зниження маси тіла та розпочинають його реалізацію під контролем лікаря. Поведінкова терапія обов'язково включає низькокалорійну дієту, фізичну активність з поступовим збільшенням навантаження, корекцію способу життя, що включає режимні моменти, формування навичок турботи про себе (власне тіло, догляд за собою, організація правильного харчування, фізичної та естетичної поведінки щодо себе). Основним завданням поведінкової психотерапії є формування самоконтролю, для чого хворому пропонують вести щоденник, в якому він зазначає час приймання їжі, калорійність продуктів, думки та почуття, пов'язані з їжею, фізичні навантаження, та проводить їх аналіз разом з лікарем.

На другому етапі терапії — стабілізаційній фазі — психотропна терапія триває та розширюється спектр психотерапевтичної та психоосвітньої роботи. Основними завданнями на цьому етапі терапії є — формування навичок контролю власної маси тіла, контролю стресу та підвищення рівня соціально-психологічної адаптації хворих. Перевагу на цьому етапі терапії надають груповим формам роботи. Групова психотерапія є чітко структурованою та становить собою тематичні сесії (тематику яких задає ведучий), що включають групову дискусію та практичні вправи, спрямовані на формування та опрацювання потрібних навичок. В рамках групової роботи обговорюють варіанти та наслідки різних типів ставлення до стану власного здоров'я, опрацьовують навички розпізнавання тілесних проявів, емоцій та навички турботи про себе, обговорюють способи та опрацьовують навички контролю стресу, специфіки власного емоційного реагування та можливі варіанти поведінки, що дозволяють уникнути стресу або послабити його. В роботі використовують техніки та вправи когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої терапії та арт-терапії. Одним з завдань психотерапевтичної роботи є відновлення контакту з тілом, вміння відчувати своє тіло, усвідомлювати його реальні потреби та формування усвідомлюваного приймання їжі. Окрему увагу надають корекції способу життя, важливості фізичної активності, організації правильного харчування та дотримання дієти. Заохочують розвиток соціальних інтересів, формування груп взаємопідтримки та взаємодопомоги, обміну досвідом. Групові форми роботи дозволяють розширити сфери контактів хворих, надають можливості для безпечної соціальної взаємодії та опрацювання комунікативних навичок, що сприяє соціально-психологічній адаптації хворих.

На цьому етапі також рекомендовано проводити психотерапевтичну та психоосвітню роботу з оптимізації сімейного функціонування хворого. Психоосвітницький напрямок передбачає навчання хворого та членів його сім'ї тому, як розпізнавати та долати фактори, що провокують загострення психічного стану. Проводять роботу щодо налагодження відносин в сім'ї, роз'яснення та розуміння специфіки та проявів хвороби, опрацьовують способи та варіанти поведінки близьких щодо мінімізації психологічної травматизації, яка може призвести до загострення психічного стану. Розробляють план зміни способу життя сім'ї, організації здорового харчування та дотримання здорового способу життя, спільної фізичної активності та обговорюють способи та варіанти заохочення хворого до змін в своєму житті. В рамках психотерапевтичної роботи з сім'єю застосовують системно-орієнтовані підходи, що спрямовані на діагностику сімейних дисфункцій, трансформацію та оптимізацію комунікацій між членами сім'ї, знижен-

ня рівня психоемоційного напруження, що дозволяє налагодити міжсемеїну взаємодію та знизити потенційний ризик рецидиву психопатологічного стану. Наголошується на потребі постійного моніторингу харчової поведінки та психічного стану хворого членами його сім'ї та своєчасного звернення до спеціалістів.

На третьому етапі — стабільна фаза — триває підтримувальна фармакотерапія та рекомендовано відвідування хворими психокорекційних та психотерапевтичних груп (з розвитку комунікативних навичок, груп взаємопідтримки та взаємодопомоги, арт-терапевтичних груп), спрямованих передусім на соціально-психологічну реабілітацію, підвищення соціальної компетентності та розширення можливостей соціальної взаємодії хворих.

Наведена комплексна система реабілітації хворих на шизофренію з ожирінням спрямована на одночасну терапію як шизофренії, так і ожиріння, внаслідок реалізації провідних завдань: усвідомлення проблеми купірування антипсихотичної симптоматики з урахуванням наявності надмірної маси тіла; опанування навичок контролю за прийманням їжі та навичок фізичної активності; опанування навичок контролю стресу, а також підвищення соціальної компетентності та соціально-особистісного функціонування хворих.

Список літератури

1. Соловьева Е. Ожирение у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами // НейроNews. Психоневрология та нейропсихиатрия. 2010. № 8 (27). URL: neuronews.com.ua/ru/issue-article-403.
2. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences / I. Oreški, M. Jakovljević, B. Aukst-Margetić [et al.] // Psychiatria Danubina. 2012. Vol. 24, No. 1. P. 80—85.
3. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia // Digest of Psychiatry. 2013. Vol. 42, No. 3. P. 51—55.
4. Physical Health and Schizophrenia / David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran. Oxford University Press. 2017. 136 p.
5. Данилов Д. С. Применение арипипразола для коррекции связанного с приемом нейролептиков второго поколения ожирения у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014. 114(3). С. 34—40.
6. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 238 с.
7. Яньшин П. В. Клиническая психодиагностика личности : уч.-метод. пособие. 2-е изд., испр. СПб. : Речь, 2007. 320 с.
8. Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії (методичні рекомендації) / Абрамов В. А., Осокіна О. І., Студзінський О. Г., Ушенін С. Г. К., 2011. 29 с.
9. Ялтонский В. М., Ялтонская А. В., Сирота Н. А., Москвиченко Д. В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 51. С. 1. URL : <http://psystudy.ru>.
10. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P. L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000. No. 101 (4). P. 323—329. PMID: 10782554.
11. Ware J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA : The Health Institute, New England Medical Center, 1994. 238 p.

Надійшла до редакції 16.01.2019 р.

ОПРЯ Євген Васильович, доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprya@yahoo.com

OPRYA Yevgen, Associated Professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: yoprya@yahoo.com