

Сравнительный опыт использования атипичных антипсихотиков в клинике первого эпизода

Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, М. В. Горбунова, Е. М. Крюкова

Оренбургская государственная медицинская академия.

Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1

В последние годы особое внимание уделяется проблеме первых психотических эпизодов у больных шизофренией (5, 16). Считается, что максимально раннее терапевтическое вмешательство напрямую влияет на нейробиологические механизмы развития шизофрении и улучшает последующее социальное функционирование пациентов (3, 9). Концепция нейрочувствительного дефицита как одна из нейробиологических характеристик шизофрении открыла перед исследователями и практиками новые перспективы в терапии первых психотических проявлений. Если в традиционном подходе социальная дезадаптация и последующая инвалидизация связывались с позитивной или преимущественно негативной симптоматикой, то в настоящий момент именно социально-когнитивный дефицит считается в наибольшей степени ответственным за социальную несостоятельность пациентов (4).

Основными задачами лечения первого приступа психоза являются, сокращение времени между началом развития психотической симптоматики и эффективной терапией; ускорение развития ремиссии с помощью эффективных биологических и психосоциальных вмешательств; уменьшение неблагоприятной реакции индивида на текущий психоз и максимальное повышение/сохранение социального функци-

онирования и трудовой деятельности; предотвращение развития рецидива и терапевтической резистентности (15). В литературе предложены следующие стратегии достижения раннего вмешательства: психообразование с опорой на сообщество и целевые группы населения; интенсивное обучение персонала общей практики раннему распознаванию психоза; быстрое направление за специализированной помощью; раннее обеспечение клиничко-социального ведения случая; раннее включение в наименее стигматизирующую лечебно-реабилитационную программу (4, 11, 13).

С точки зрения биологической терапии атипичные нейролептики считаются предпочтительными в этих случаях, т.к. предположительно обладают благоприятным влиянием на нейрочувствительное функционирование, лучше переносятся пациентами и имеют значительно менее выраженные побочные эффекты (6). Наряду с оптимальной нейролептической терапией большое внимание уделяется раннему присоединению различных психосоциальных вмешательств в комплексном лечении больных с первыми психотическими проявлениями.

В качестве составных частей психосоциального вмешательства при первом психотическом эпизоде чаще всего называют индивидуальную социальную работу и различные психообразовательные программы для пациентов и членов их семей; группы социально-психологического тренинга; тренинг нейрочувствительного дефицита (4).

Указанные принципы реализуются в клиниках первого психотического эпизода. Опыт организации отделения первого психотического эпизода в Оренбурге уже освещен в ряде работ (1, 2, 7).

Оказание психиатрической помощи в отделении основано на принципе полипрофессионального бригадного ведения, с проведением психотерапии, психосоциального лечения и реабилитации психически больных. На еженедельном собрании членов бригады обсуждается текущее состояние пациентов, их готовность к выписке, участие в различных формах

Антохин Евгений Юрьевич — к. м. н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава». Председатель Совета АНО «ОренПроПси».

Будза Владимир Георгиевич — д. м. н., проф., зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава». Заслуженный врач РФ.

Горбунова Марина Владиславовна — врач-психотерапевт, зам. главного врача ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1» по реабилитационной работе. Член Совета АНО «ОренПроПси».

Крюкова Елена Михайловна — врач-психиатр, зав. отделением первого психотического эпизода ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1». Член Совета АНО «ОренПроПси».

Таблица 1. Фармакотерапия по профильным пациентам за 2006 год

Класс. нейролептики	Атипичные нейролептики 83% пациентов				
	азалептин	зипрекса	солиан	сероквель	рисполепт
17%	53,5%	22,8%	9,5%	9,5%	4,7%

Таблица 2. Характеристика выборки по фармакотерапии

Класс. нейролептики	Атипичные нейролептики 84,4% (54 пациента)			
	азалептин	зипрекса	сероквель	солиан
15,6% (10 пац.)	37,1% (20 пац.)	29,6% (16 пац.)	18,5% (10 пац.)	14,8% (8 пац.)

Таблица 3. Классические нейролептики — показатели эффективности психосоциальной терапии

Показатели	До терапии (1)	После терапий (2)	p
Самостигматизация	69,3	85,2	0,05
«Паранойяльность» (SCL – 90 – R)	1,17	0,66	0,05
«Психотизм» (SCL – 90 – R)	0,81	0,62	0,05

Таблица 4. Азалептин — показатели эффективности психосоциальной терапии

Показатели	1*	2*	p
Копинг – поведенческая сфера, неадаптивный	2,23	1,73	0,04
Психологическая защита «регрессия»	78,1	68,4	0,05
Психологическая защита «интеллектуализация»	64,0	73,4	0,03
«Паранойяльность» (SCL – 90 – R)	1,26	1,01	0,08
Самостигматизация	86,9	69,9	0,08

Примечание. 1 — до терапии, 2 — после терапии.

Таблица 5. Солиан — показатели эффективности психосоциальной терапии

Показатели	1*	2*	p
Копинг – поведенческая сфера, неадаптивный	2,56	1,56	0,02
Психологическая защита «отрицание»	62,5	82,7	0,05
«Сензитивность» (SCL – 90 – R)	1,44	0,96	0,04
Самостигматизация	88,0	62,75	0,09

Примечание. 1 — до терапии, 2 — после терапии.

групповой работы, непосредственные задачи на ближайшую неделю, данные психологического исследования и анализа социального статуса.

Уже на ранних этапах терапии пациенты начинают привлекаться к групповым психосоциальным мероприятиям с использованием арт-

терапевтических методик. Все профильные больные включаются в психообразовательные группы, а затем в группы тренинга когнитивных и социальных навыков.

С первых же дней лечения осуществляется активная работа с родственниками пациента, которая в начале направлена на купирование стресса, вызванного известием о заболевании и стационарировании члена семьи. В последующем еженедельно проводится семейное консультирование, а также психообразовательные семинары, которые ведут врачи-психиатры.

Отделение активно сотрудничает с общественными организациями в области психического здоровья как российскими, так и зарубежными (14): «Новые возможности», «ОренПроПси» (г. Оренбург), «ПроПси» (г. Ставрополь), «Psykorр» (г. Ставангер, Норвегия). В настоящее время при их участии устанавливаются контакты с органами социальной защиты по организации досуга пациентов, мест обучения и переподготовки, трудоустройства, клубной работы, а также ведется психообразовательная работа через СМИ, направленная, в первую очередь, на дестигматизацию.

Проводится активное лечение нейролептиками, причем в подавляющем числе случаев атипичными или новыми (азалептин, оланзапин, сероквель, солиан, рисперидон, зуклопентиксол). В частности, в 2006 году лечение атипичными антипсихотиками в отделении получали 83% пациентов (табл. 1).

Цель настоящего исследования — изучение влияния приема нейролептиков на эффективность психосоциальной терапии больных шизофренией с первым психотическим эпизодом.

Цель реализована в задачах — исследовать в сравнительном аспекте влияние классических и атипичных нейролептиков в сочетании с психосоциальной терапией на:

- 1) адаптивность копинг-поведения;
- 2) самостигматизацию;
- 3) механизмы психологической защиты;
- 4) клиническую картину.

Материал и методы

Обследованы 64 пациента (39 мужчин и 25 женщин).

Критерии включения:

– больные с диагнозами шизофрения параноидная или шизофреноформное расстройство, удовлетворяющая всем критериям МКБ — 10, кроме длительности;

– возраст от 17 до 45 лет;

– число госпитализаций не более 2 включая настоящую;

– участие в психообразовательной группе (10 занятий) и тренинге когнитивных и социальных навыков (15 занятий).

Критерии исключения:

– сопутствующие диагнозы алкогольной и/или наркотической зависимости;

– сопутствующая серьезная соматическая патология и/или органическая патология головного мозга.

Эффективность комплексной терапии оценивалась до психосоциальной терапии и после — через 35 дней. Применялись следующие методики:

– модифицированная методика Е. Heim (копинг-поведение);

– «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» *R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte* (механизмы психологической защиты — МПЗ);

– опросник по самостигматизации (*В. С. Ястребов с соавт.*);

– «симптоматический опросник *SCL — 90 — R*» *L.R.Derogatis et al.*;

– Т — критерий Вилкоксона (статистическая оценка сдвига).

Из 64 пациентов 84,4% получали атипичные нейролептики (табл. 2) в числе которых преобладал азалептин (37,1%), далее зипрекса (29,6%), сероквель (18,5%) и солиан (14,8%). 15,6% пациентов получали лечение классическими нейролептиками.

Результаты и обсуждение

Группа пациентов, получающих классические нейролептики, представлена 10 пациентами (5 мужчин и 5 женщин) из них 8 пациентов получали лечение клопиксолом, 1 пациент галоперидолом и 1 пациент трифтазином (табл. 3).

Статистически значимые изменения при психосоциальной терапии с участием классических нейролептиков выявлены по трем показателям. Прежде всего, обращает внимание неблагоприятный рост самостигматизации, чему способствовали, в первую очередь, побочные действия нейролептика с развитием экстрапирамидных расстройств и связанного с ними восприятием себя как неполноценного больного человека с невозможностью осуще-

ствления множества социальных функций. При этом рост самостигматизации коррелировал с ростом критической оценки психотических проявлений (достоверное снижение «паранойальности» и «психотизма»), а также с укреплением психологической защиты по типу «отрицания», которая снижала усвоение психообразовательной программы. Таким образом, классические нейролептики не только не способствовали повышению качества психосоциальной терапии, но и препятствовали воздействию на ее «мишени» (самостигматизация, защиты).

Азалептин получали 20 пациентов: 10 женщин, 10 мужчин (табл. 4).

В отличие от классических нейролептиков, в группе больных, получающих азалептин, спектр «мишеней» психосоциальной терапии расширился за счет снижения неадаптивности копинг-механизмов в поведенческой сфере ($p=0,04$), а также укрепления наиболее зрелого механизма Эго-защиты «интеллектуализации» ($p=0,05$) и снижения напряжения менее зрелого механизма «регрессии» ($p=0,03$). Укрепление Эго (интеллектуализация) путем развития логических установок и манипуляцией субъективно неприемлемой ситуацией (в частности, ситуации болезни и связанной с ней дезадаптацией) на определенный момент времени снижает эмоциональное напряжение (кратковременная протекторная функция, позволяющая снять часть эмоционального напряжения) и способствует закреплению рациональных установок совладания с болезнью, а также повышает ответственность пациента и его самостоятельность путем ухода от чрезмерно зависимого функционирования (регрессии). Отмечено также снижение показателя клинической шкалы *SCL — 90 — R* «паранойальности» и самостигматизации, хотя указанные изменения не достигли статистической достоверности ($p = 0,08$).

Сочетание психосоциальной терапии с солианом — 8 пациентов, 2 женщины и 6 мужчин (табл. 5) также как и в группе пациентов, получающих азалептин способствовало уменьшению использования неадаптивных копинг-стратегий в поведенческой сфере ($p=0,02$), а также снижению «сензитивности» ($p=0,04$) и самостигматизации.

Тем не менее, следует отметить рост напряженности МПЗ «отрицание», что может быть прогностически неблагоприятным. Данный механизм большинство исследователей (8, 10, 12) относит к наименее зрелым, который выполняет не столько протекторную, сколько патопротекторную роль, не допуская в сферу сознания реальную информацию и чаще искажая действительность. Следует отметить, что

Таблица 6. Зипрекса — показатели эффективности психосоциальной терапии

Показатели	1*	2*	p
Копинг – поведенческая сфера, адаптивный	1,79	2,24	0,05
Копинг – поведенческая сфера, неадаптивный	2,01	1,31	0,05
Копинг – когнитивная сфера, адаптивный	1,93	2,26	0,04
Копинг – когнитивная сфера, неадаптивный	1,83	1,56	0,05
Копинг – эмоциональная сфера, адаптивный	1,92	2,34	0,05
Копинг – эмоциональная сфера, неадаптивный	1,60	1,08	0,04
Самостигматизация	82,8	55,5	0,03
«Соматизация» (SCL – 90 – R)	1,02	0,43	0,01
«Обсессивность-компульсивность» (SCL – 90 – R)	1,30	0,63	0,01
«Тревожность» (SCL – 90 – R)	1,21	0,49	0,01
«Паранойяльность» (SCL – 90 – R)	1,23	0,45	0,002
«Психотизм» (SCL – 90 – R)	1,08	0,39	0,002
Индекс выраженности симптомов (SCL – 90 – R)	1,06	0,50	0,01

Примечание. 1 – до терапии, 2 – после терапии.

Таблица 7. Сероквель — показатели эффективности психосоциальной терапии

Показатели	1*	2*	p
Копинг – поведенческая сфера, адаптивный	1,52	2,32	0,01
Копинг – поведенческая сфера, неадаптивный	2,10	1,65	0,09
Копинг – когнитивная сфера, адаптивный	2,14	2,24	0,09
Копинг – когнитивная сфера, неадаптивный	1,79	1,64	0,04
Копинг – эмоциональная сфера, адаптивный	1,60	2,61	0,02
Копинг – эмоциональная сфера, неадаптивный	2,10	1,23	0,01
Психологическая защита «подавление»	90,9	63,2	0,01
Психологическая защита «регрессия»	71,2	57,0	0,02
Психологическая защита «компенсация»	63,3	80,6	0,02
Психологическая защита «проекция»	69,7	46,3	0,01
Степень напряжения защиты	52,9	45,3	0,01
Самостигматизация	108,6	56,4	0,01
«Паранойяльность» (SCL – 90 – R)	1,17	0,48	0,09
«Психотизм» (SCL – 90 – R)	0,91	0,45	0,09

Примечание. 1 – до терапии, 2 – после терапии.

данная группа пациентов отличалась от предыдущих по гендерному составу, а преобладание мужчин в выборке как раз могло привести к росту МПЗ «отрицания».

Зипрексу при комплексной терапии получали 16 пациентов: 4 женщины и 12 мужчин (табл. 6).

В сравнении с предыдущими группами обращает внимание расширение спектра динамики терапевтических «мишеней». Психосоциальная терапия в сочетании с приемом зипрексы способствовала более качественному

изменению копинг-структуры во всех трех сферах — поведенческой, когнитивной и эмоциональной, снижая неконструктивное совладание в ситуации болезни. Отмечено достоверное снижение самостигматизации ($p=0,03$), а также широкого спектра клинических шкал с наибольшим «паранойяльности» и «психотизма». Это способствовало раннему включению пациентов в терапевтический процесс, формированию комплайенса с позитивным восприятием качественных изменений психического состояния, усвоению психообразовательной программы и программы тренингов.

Сероквель при комплексной терапии получали 10 пациентов в их числе 4 женщины и 6 мужчин (табл. 7)

Также как и в группе пациентов, получающих зипрексу, результаты оценки эффективности психосоциальной терапии показывают широкий спектр динамики «мишеней» воздействия. В частности, копинг-стратегии при приеме сероквеля в процессе комплексной терапии изменяются в сторону повышения адаптивности в поведенческой и эмоциональной сфере ($p<0,05$), но данные по когнитивной сфере недостоверны ($p=0,09$). Тем не менее, отмечается достоверное снижение неадаптивных вариантов копинга именно в когнитивной сфере, а также в эмоциональной ($p<0,05$), что приближает действие сероквеля к зипрексе. Кроме того, в группе пациентов получающих сероквель отмечено широкое (в сравнении с зипрексой) изменение Эго-защит со снижением менее зрелых, не

способствующих адаптации и являющихся патопротекторными (подавление, регрессия, проекция) и укреплением более зрелых (компенсация), а также снижение степени напряжения защиты, что облегчает работу с бессознательными механизмами сопротивления и способствует более качественной проработке тревожно-обусловленной проблематики с формированием терапевтического комплайенса как на прием препарата, так и на участие в психосоциальной реабилитации. Этому также способствует и снижение самостигматизации

($p < 0,05$). Клинические шкалы при приеме сероквеля, несмотря на снижение «паранойальности», «психотизма», подвержены изменению в меньшей степени (не достигают достоверности ($p = 0,09$), что можно также объяснить малочисленностью выборки).

Выводы

Атипичные нейролептики в сравнении с классическими нейролептиками повышают эффективность психосоциальной терапии. В группе атипичных нейролептиков при комплексной терапии сероквель и зипрекса в сравнении с солианом и азалептином влияют на более широкий спектр «мишеней» психосоциальной терапии

Литература

1. Антохин Е. Ю., Будза В. Г., Горбунова М. В. и др. Клинический психолог в отделении первого психотического эпизода // «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология». Мат. 4-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. М., 2006: 84-86.
2. Будза В. Г., Друзь В. Ф., Антохин Е. Ю. и др. Психосоциальная реабилитация и пути ее реализации в практическом здравоохранении. Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации. Научное издание — Екатеринбург: «СВ-96», 2005: 297-307.
3. Гурович И. Я. Сберегающе — превентивная психосоциальная реабилитация. Социальная и клиническая психиатрия. 2007; 17: 1: 5-9.
4. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Любов Е. Б. и др. Клиника первого психотического эпизода. Методические рекомендации. М., 2003: 23.
5. Дороднова А. С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. Автореф. дисс. ... канд. меднаук. — М., 2006: 23.
6. Мосолов С. Н. Полвека нейролептической терапии: основные итоги и новые рубежи. Новые достижения в

терапии психических заболеваний. М.: БИНОМ, 2002: 47-82.

(копинги, Эго-защиты, самостигматизацию. Сероквель при комплексной терапии в сравнении с зипрексой обладает большим воздействием на Эго-защиты, зипрекса на клинические проявления (в первую очередь на продуктивную и вторичную негативную симптоматику).

Следует отметить, что выявленные различия действия сероквеля и зипрексы, в частности на копинги и Эго-защиты, с нашей точки зрения, имеют перспективное значение в плане дальнейших исследований с целью раскрытия глубинных психологических механизмов влияния атипиков в сочетании с психосоциальной терапией на развитие и течение первого психотического эпизода шизофрении.

7. Отмахов А. П., Будза В. Г., Прусс Г. Б., Отделение первого психотического эпизода — новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия. 2005; 4: 58-62.
8. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Теория: В 1 т.: Пер. с англ. Общ. ред. А. В. Казанской. М.: Издательская группа «Прогресс» — «Литера», Издательства Агенства «Яхтсмен», 1996: 576.
9. Aitchison K. J., Meehan K., Murray R. M. First episode psychosis. ? London: Martin Dunitz, 1999: 138.
10. Grzegolowska H. J. Proba reinterpretacji zjawiska mechanizmow obrownych na podstawie teorii aktywacji Prseglad Psych. 1976; 3: 323-339.
11. McGorry P., Edwards J., Mihalopoulos C. et al. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr. Bull., 1996; 22: 2: 305-326.
12. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process. -N. Y., London: The Guilford Press, 1994.
13. Morris E., Harris C., Nolan L. First psychosis liason unit family education programme. Schizophr. Bull., 1999: 23: 212-214.

Полный список литературы см. на сайте umj.ru

Опыт проведения всемирного дня психического здоровья в городе Ирбите

В. С. Булыкина, С. Т. Абдухалилова

МУЗ «Ирбитская Центральная Городская Больница им. Шестовских Л. Г.» — психиатрическое отделение.

В 1992 году Всемирная федерация психического здоровья предложила международной общественности отмечать Всемирный день психического здоровья ежегодно 10 октября. Задачами в рамках этой работы было стремле-

ние развеять бытующий в населении миф о неизлечимости психических заболеваний, разъяснить необходимость более терпимого отношения окружающих к лицам страдающим психическими расстройствами.

С 1 по 10 октября 2006 года в г. Ирбите проведены мероприятия в рамках Всемирного дня психического здоровья под лозунгом: «Выше осведомленность — ниже риск самоубийств и психических заболеваний». Необходи-

Булыкина В. С. — врач-психиатр высшей категории, зав. психиатрическим отделением.

Абдухалилова С. Т. — врач-психиатр первой категории, психотерапевт.