

Психообразовательная программа как способ коррекции мотивационных составляющих у больных параноидной шизофренией с абдоминальным ожирением

Синайко В.М., Коровина Л.Д.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность темы. Параноидная шизофрения является одним из наиболее прогностически неблагоприятных психических расстройств. Это обусловлено не только хроническим типом течения, но и прогрессированием основных симптомов. Конечные состояния, специфический дефект, значимо снижают качество жизни пациентов, даже при относительном затухании симптомов в период ремиссии. В связи с этим, качество жизни и уровень социальной адаптации всегда привлекал внимание исследователей. Жизнь с хронической болезнью состоит не только из присутствия симптомов, но и с качеством компенсаторных возможностей пациента. При длительном приеме поддерживающей терапии, неизбежно наличие тех либо иных побочных действий. Нередко именно субъективное отношение к ним определяет дальнейшую жизнь больного [1, 2, 5, 8, 11].

На современном этапе развития психиатрии, концепция биопсихосоциального единства в учении о шизофрении заняла основную позицию. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией является неотъемлемой частью лечения. Нарушенные системы социального функционирования основная мишень терапии данного контингента больных. В мире разработано и изучено много комплексных и изолированных методов психореабилитационного воздействия. При этом, психообразование, как метод сочетанного воздействия информационного и тренингового блоков, является современным и экономически наиболее выгодным воздействием на психически больных, в том числе параноидной шизофренией [1, 3, 4, 7].

Любой тип обучения основан на работе с мотивационным компонентом психической сферы обучаемого. Затрагивая его в психообразовательной программе, мы обеспечиваем ее успешность и эффективность. Патология эффекторно-волевой сферы всегда присутствует при шизофрении. Общее ослабление мотивации и побуждений, есть точка приложения при составлении психообразовательных программ, что обеспечивает необходимый успех в их применения [6, 7, 9, 10].

Цель исследования. Изучить влияние мотивационно направленных психообразовательных программ, составленных с учетом особенностей адаптации и дезадаптирующих факторов у больных параноидной шизофренией с абдоминальным ожирением.

Контингент и методы исследования. Контингент данного исследования состоял из 34 женщины, страдающие параноидной шизофренией, непрерывным типом течения. Все больные в начале исследования пребывали на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3. Возраст пациенток соответствовал 18-42 лет. Все больные имели сопутствующее абдоминальное ожирение. Данная патология возникала вторично, после длительного приема антипсихотиков второго поколения (не менее 1 года) и была основным побочным эффектом у контингента исследования.

В исследование не включались больные с тяжелой сопутствующей соматической патологии и длительно принимавшие типичные нейролептики.

В работе использовались клинико-психопатологический (для качественной оценки психопатологической симптоматики) и психометрические методы. Применение методики PANSS было обусловлено необходимостью количественно оценить выраженность психопатологических симптомов. Шкалы SF-36 и PSP использовались для оценки качества жизни и уровня социальной адаптации обследованных пациентов. TSQM и Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии применялись для изучения комплайентности, приверженности терапии, факторов их составляющих.

Результаты исследования. Первичная оценка психического состояния пациенток, показала соответствие их активному эндогенно-процессуальному состоянию. Суммарная оценка по PANSS в среднем составила $116,4 \pm 3,4$ баллов. При высоком суммарно значении, контингент исследования качественно отличался. Среди отдельных симптомов доминировали так называемые вторично негативные, соответствовавшие подрубрикам общих и негативных расстройств в данной методике. Позитивные симптомы были выражены в меньшей степени. Все больные отмечали неудовлетворенность качеством жизни (SF-36), в основном обусловленную снижением эмоционального функционирования (RE – $3,9 \pm 0,2$ баллов) и общего здоровья (GH – $17,5 \pm 0,3$); социального функционирования (PSP – $38,2 \pm 2,5$ баллов).

Больные обладали низкой комплайентностью. Так, суммарная оценка по Методу прогнозирования медикаментозного комплайенса в среднем составила $29,9 \pm 2,6$ баллов. Данный показатель в основном был обусловлен недостаточно осознанным отношением к медикации ($16,3 \pm 1,8$ баллов) и факторов, связанных с пациентом ($7,1 \pm 0,8$ баллов), в меньшей степени - факторами, связанными с близкими ($4,3 \pm 0,3$ балла), врачом ($2,3 \pm 0,3$ балла). Анализ приверженности терапии, проведенный с помощью методики TSQM, также показал низкие значения, особенно по следующим показателям: субъективно осознаваемая

эффективность терапии ($47,8 \pm 2,5$ баллов), удобство ($52,1 \pm 2,5$ балла), общая удовлетворенность лечением ($42,9 \pm 2,8$ балла), побочные действия ($77,9 \pm 2,0$ баллов).

Полученные данные стали основой разработанных модулей для психообразовательной программы.

Психообразовательная программа представляла собой занятия, проводившиеся в закрытых группах по 6–7 человек, длительностью по 45 минут. Их структура включала теоретическую часть, в ходе которой пациенткам предоставлялась информация об их заболевании и его проявлениях, последующее двустороннее обсуждение и формирование когнитивного навыка.

С целью улучшения усвоения информации, учитывая патологию эффекторно-волевой сферы, был использован подход, направленный на мотивацию больных. Подача информации проводилась с учетом составляющих данного подхода: ожидаемости успеха, ценности цели и желания. Внутренние мотивирующие стратегии активировались посредством определения основного дестабилизирующего фактора выбранного контингента – абдоминального ожирения. Вера в обеспечение желаемого результата поддерживалась сложностью задачи – адаптироваться к жизни с условием наличия параноидной шизофрении и сопутствующего ожирения.

В информационном блоке преобладала информация об основных препаратах, использованных для купирования симптоматики и проведения поддерживающей терапии (атипичных антипсихотиках), их показаниях, особенностях действия. Отдельным пунктом обсуждались побочные эффекты, а именно абдоминальное ожирение, его причины, развития и методы коррекции.

Также обсуждались общие вопросы, касающиеся диагноза и составляющих понятия психическое здоровье.

Отдельным блоком шла информация об эмоциональном функционировании и возможностях самореализации.

Приобретенные знания преподносились как факторы, усиливающие эффективность занятий. Данный момент раскрывался «оживлением» полученной на предыдущих занятиях информации. Каждый озвученный больными факт или термин обсуждался и определялась его значимость для конкретного пациента. Например, при обсуждении положения о купировании негативной психосимптоматики атипичными антипсихотиками, уточнялось, что именно к ней относится, что из перечисленного имеется у конкретной пациентки, как данный симптом отражается на ее жизни и какую роль играет в конкретных составляющих ресоциализации.

Рост внутренней мотивации и более активное включение в учебные занятия обеспечивались за счет возможности применения полученной информации в конкретной жизненной ситуации. Особое внимание было уделено наличию отрицательного опыта, в какой-либо типичной ситуации. Мы хотели научить пациенток обращать внимание на происходящие с ними события в обычной жизни, разделять их на положительные и отрицательные, а также сформировать у них навык обсуждения отрицательного опыта с последующим возможным поиском верного решения.

Все больные имели более или менее выраженные попытки борьбы с основным нежелательным моментом терапии – абдоминальным ожирением, которым предшествовало осознание данного явления, оценка его как нежелательного, снижающего качество жизни и мешающего социальной адаптации. В основном попытки борьбы с избыточной массой тела и ожирением сводились к отмене поддерживающей терапии как основного мотиватора прибавки массы тела. При этом пациентки не только не добивались успеха, но и в скором времени повторно госпитализировались в стационар в связи с обострением психопатологической симптоматики.

Для улучшения усвоения данного блока информации и понимания его нужности, использовалось поэтапное раскрытие сложности задачи. Прежде всего, больным объяснялся факт наличия как минимум двух проблем: основного заболевания и основного побочного эффекта. После чего преподносилась информация о необходимости поддерживающей терапии, как основного факта, снижающего частоту повторных госпитализаций. Затем приводилась информация о методах контроля и снижения массы тела.

С целью подкрепления мотивации излагался успешный опыт в данной области. Приводились примеры снижения массы тела у пациентов, принимающих фармакологические препараты той же группы. Обсуждались отдельные случаи контроля употребляемой пищи и рациональной физической активности.

Для снижения скептического отношения к преподносимой информации, бывшие неудачи больных активно обсуждались с раскрытием их причин. В большинстве случаев они были представлены преобладанием позитивного энергетического баланса.

На протяжении всего курса сила мотивации подкреплялась конкретностью задачи: проблема раскладывалась на составные блоки, давалась повторно информация по каждому из пунктов.

На втором этапе работы, после окончания психообразовательных занятий, больные были повторно обследованы с использованием выше указанных психометрических шкал.

Общее позитивное впечатление подтверждалось их результатами.

Анализ психического состояния по методике PANSS показал снижение выраженности позитивных симптомов (с $28,7 \pm 1,0$ до $18,3 \pm 2,1$ баллов, $p < 0,001$), общих симптомов (с $55,8 \pm 1,9$ до $42 \pm 2,2$ баллов, $p < 0,001$), негативных симптомов (с $31,8 \pm 1,1$ до $28,9 \pm 2,7$ баллов).

Изучение динамики самооценки качества жизни пациенток с использованием методики SF-36 показало, что наиболее значимые для обследованных больных подшкалы характеризовались существенной позитивной динамикой. Так, эмоциональное функционирование (RE) возросло от $3,9 \pm 0,2$ до $5,2 \pm 0,8$ баллов, $p < 0,001$, общее здоровье (GH) возросло от $17,5 \pm 0,3$ до $19,3 \pm 0,9$ баллов, $p < 0,05$.

Все больные отметили субъективное повышение качества жизни по сравнению с исходным состоянием. Данные изменения обусловлены нормализацией общего психического, эмоционального, ролевого, социального показателей и их опосредованного влияния на показатели здоровья, субъективно осознаваемой боли как на социальную составляющую болезни. В то же время показатели физического функционирования и жизнеспособности, как биологические составляющие основного патологического процесса, не претерпели значимых изменений.

Общее значение социального функционирования по шкале PSP возросло с $38,2 \pm 2,5$ до $64,7 \pm 2,2$ баллов, $p < 0,001$.

Комплаенс-ориентированная информация использованной программы подтвердила свою эффективность, отразившуюся в результатах методик TSQM и Метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии.

Эффективность терапии достоверно возросла с $47,8 \pm 2,5$ до $76,4 \pm 0,3$ баллов, $p < 0,001$, общая удовлетворенность лечением: с $42,9 \pm 2,8$ до $54,5 \pm 1,1$ баллов, $p < 0,01$; снижение показателя субъективно осознаваемой тяжести побочных действий $77,9 \pm 2,0$ до $64,4 \pm 1,2$ баллов, $p < 0,01$.

Суммарное значение метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии возросло с $29,9 \pm 2,6$ до $38,9 \pm 0,7$ баллов, $p < 0,001$, что обусловлено улучшением отношения к медикации с $16,3 \pm 1,8$ до $22,4 \pm 0,7$ баллов, $p < 0,05$, факторов, связанных с пациентом, возросших с $7,3 \pm 0,8$ до $9,2 \pm 0,6$ баллов, $p < 0,001$.

Выводы.

Применение психообразовательных программ является эффективной составляющей комплексного лечения больных параноидной шизофренией. Успешность данного воздействия обеспечивается учетом особенностей контингента и переводом

формального изложения информации на блоки, направленные на составляющие мотивационной направленности.

Абдоминальное ожирение следует расценивать как важный и основной побочный эффект длительной терапии атипичными антипсихотиками, оказывающий выраженное отрицательное влияние на субъективную оценку больных и ведущий к снижению их психической и социальной адаптации. Данный фактор должен быть основой формирования ресоциализации и комплаенс-ориентированных воздействий.

Список использованной литературы.

1. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами/ Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. - Донецк: «Каштан», 2006. – 268 с.
2. Бурчинский С.Г. Проблема безопасности в стратегии фармакотерапии атипичными нейролептиками/ С.Г. Бурчинский // – Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – 5 (24). – С. 37 – 41.
3. Данилова С.В. Роль психообразования в улучшении качества психиатрической помощи/ С.В. Данилова// Российский психиатрический журнал. – 2011. – 4. – С. 36 – 40.
4. Кожина А.М., Гайчук Л.М., Самардакова Г.А. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи // Укр. вісн. психоневрології. – 2010. – Т. 18. – 3 (64). – С. 130.
5. Марута Н.А. Использование интегративного показателя качества жизни в диагностике, терапии и реабилитации больных шизофренией//Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10 – 2 (37). – С. 4–9.
6. Семенова Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции/ Н.Д. Семенова// Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – т. 22. – № 1. – С. 80 – 87.
7. Серазетдинова Л.Г. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике/ Л.Г. Серазетдинова, Н.Н. Петрова, О.В. Малеваная// Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – 1. – С. 37 – 42.
8. Сінайко В.М., Земляніцина О.В. Корекція проявів метаболічного синдрому у хворих на параноїдну шизофренію //Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т.18, вип. 3(64). – С. 149 – 150.
9. Batch D.M. The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: how much little we know/ D.M. Batch // Schizophr. Bull. – 2005. – Vol. 31. – P. 875 – 881.

10. McFarlane W.R. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature/ W. R. McFarlane; L. Dixon; E. Lukens; A. Lucksted// Journal of Marital and Family Therapy. – 2003/ - 2(29). – P/ 223 – 245.
11. McIntyre R.S. Mechanisms of antipsychotic-induced weight gain/ R.S. McIntyre, D.A. Mancini, V.S. Basile // J.Clin.Psychiatry, 2001, vol. 62, suppl. 23, p. 23–29.

Психообразовательная программа как способ коррекции мотивационных составляющих у больных параноидной шизофренией с абдоминальным ожирением

Синайко В.М., Коровина Л.Д.

Харьковский национальный медицинский университет

Психообразование является важной составляющей психосоциальной реабилитации больных параноидной шизофренией. Значимые побочные эффекты длительной поддерживающей терапии как факторы, неотъемлемые от характеристик больных, должны учитываться при составлении модулей психообразования.

Наличие волевой патологии у больных параноидной шизофренией, требует особого подхода к изложению информации, что обеспечивает ее лучшую восприимчивость; позволяет корректировать отдельные составляющие качества жизни и комплаентность больных.

Ключевые слова: шизофрения, абдоминальное ожирение, лечение, психообразование

ფსიქოწარმონაქმნის პროგრამა, როგორც მოტივაციური შემადგენლობების კორექციის ხერხი პარანოიდული შიზოფრენიით დაავადებულ ავადმყოფებში აბდომინალური სიმსუქნით.

სინაიკო ვ.მ., კოროვინა ლ.დ.

ხარკოვის ნაციონალური სამედიცინო უნივერსიტეტი.

ფსიქოწარმონაქმნი წარმოადგენს პარანოიდული შიზოფრენიით დაავადებულ ავადმყოფების ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მნიშვნელოვან შემადგენელს. ხანგრძლივი დამხმარე თერაპიის მნიშვნელოვანი არაძირითადი ეფექტები, როგორც

ავადმყოფების დახასიათების განურჩეველი ფაქტორები, გათვალისწინებული უნდა იყოს ფსიქოწარმონაქმნის მოდულის შექმნისას.

პარანოიდალური შიზოფრენიით დაავადებული ავადმყოფებებში ნებისყოფითი პათოლოგიის არსებობა საჭიროებს ინფორმაციის გადაცემის განსაკუთრებულ მიდგომას, რაც უზრუნველყოფს მის უკეთეს ათვისებას; საშუალებას აძლევს კორექტირება გაუწიოს ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხის ზოგიერთ შემადგენელს და კომპლაიენტობას.

საკვანძო სიტყვები: შიზოფრენია, აბდომინალური სიმსუქნე, მკურნალობა, ფსიქოწარმონაქმნი.

Psychoeducational program as a way of correcting motivational components in patients with paranoid schizophrenia with abdominal obesity

Sinayko V.M., Korovina L.D.

Kharkiv National Medical University

Psychoeducation is an important component of psychosocial rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia. Significant side effects of long-term maintenance therapy as factors inherent in the characteristics of patients should be considered when drawing up the modules of psychoeducation. The presence of volitional pathology in patients with paranoid schizophrenia requires a special approach to the presentation of the information that it provides a better receptivity that allows to adjust the individual components of the quality of life of patients and compliance.

Keywords: schizophrenia, abdominal obesity, treatment, psychoeducation

Сведения об авторах

Синайко Вадим Михайлович – профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, д.мед.н., профессор.

Украина, г. Харьков, пр. Ленина, 4, тел. +38097-534-11-56

Коровина Лилия Дмитриевна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, к.мед.н.

Украина, г.Харьков, пр. Ленина, 4, тел. +38066-097-88-46