

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПНД

К. В. Шендеров

*Психоневрологический диспансер № 14, Москва*

В настоящее время в отечественной психиатрии отмечается тенденция к сдвигу акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия [3, 11, 19, 20], сочетающаяся с распространением психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации [1, 2, 5–10, 15–17]. Данные направления развития соответствуют мировой практике лечения психически больных [21, 23–26].

На этом фоне возрастает значимость социально ориентированных внебольничных форм помощи [6, 11, 20], в частности, дневных стационаров [12–14, 22, 27]. Вместе с тем, содержание и доказательность комплексного подхода (психофармакотерапия и психосоциальное вмешательство) в условиях дневного стационара ПНД нуждается в дополнительной разработке.

**Цель исследования:** определить эффективность комплексной помощи (психофармакотерапия и психосоциальное воздействие) больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра при ее оказании в условиях дневного стационара (ДС) психоневрологического диспансера (ПНД).

## Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе дневного стационара ПНД №14 города Москвы. Первоначально, сплошным невыборочным методом был проведен анализ клинико-социальных характеристик больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в течение календарного года (2005 г.), поступивших в дневной стационар (145 чел., 255 поступлений). Результаты данного этапа исследования были представлены ранее [18]. Полученные результаты указывали на необходимость при осуществлении психиатрической помощи больным широкого внедрения психосоциальных вмешательств (как неотъемлемой части психиатрического лечения) уже в период лечения в дневном стационаре. Данные вмешательства должны быть направлены на наиболее актуальные для изучаемого контин-

гента проблемы: вопросы комплайенса, своевременность обращения за помощью, обучение совладанию с остаточными болезненными проявлениями, помощь в решении социальных проблем и пр.

Для оценки эффективности комплексного подхода при лечении указанного контингента больных из пациентов, поступивших в дневной стационар ПНД №14 в 2006 году, случайным образом были сформированы две группы больных. Больные основной группы (50 чел.) помимо традиционной биологической терапии в период нахождения в дневном стационаре получали психосоциальное лечение. Больные контрольной группы (51 чел.) получали традиционное лечение в дневном стационаре.

Основная группа была сопоставима с контрольной по клинико-социальным характеристикам (табл. 1), что позволило сравнивать результаты вмешательства у больных двух групп между собой.

Психосоциальная работа с пациентами основной группы осуществлялась в два этапа. На первом этапе, в период пребывания пациента в дневном стационаре, в групповом формате проводился основной цикл занятий по психообразовательной методике [5, 15] с фрагментами проблемно-решающей техники, комплайенс-терапии, наряду с индивидуальным семейным вмешательством, инструментальной поддержкой, направленной на решение социальных задач, стоящих перед больными и их родственниками в связи с психическим заболеванием. Пациенты включались в группы по 7–10 человек, частота занятий – 1–2 раза в неделю.

На втором этапе, после окончания основного блока (после выписки из дневного стационара) на протяжении всего катамнестического периода (12 мес.) осуществлялась (помимо психофармакотерапии в амбулаторных условиях) поддерживающая психосоциальная терапия с указанными выше целями. Групповые занятия на данном этапе проводились 1 раз в месяц. Также осуществлялось инди-

Таблица 1

**Социально-демографические и клинические характеристики больных основной и контрольной групп**

Признак (характеристика)	Основная группа (n=50) Абс.(%)	Контрольная группа (n=51) Абс.(%)
Пол мужчины женщины	22/44,0 28/56,0	22/43,14 29/56,86
Средний возраст на момент поступления в ДС (лет)	44,68±11,66	46,67±12,84
Прожили в семьях	45/90,0	42/82,35
Одиноки	3/6	3/5,88
Конфликтные или неустойчивые отношения с родственниками	19/38,0	22/43,13
Параноидная шизофрения (всего)	36/72,0	37/72,55
Эпизодическое течение	28/56,0	28/54,90
Непрерывное течение	8/16,0	9/17,65
Шизоаффективное расстройство	5/10,0	3/5,88
Другие	9/18,0	11/21,57
PANSS, сумма баллов при поступлении	74,58±12,46	77,78±14,64
Регулярный прием терапии	27/54,0	26/50,98
Специальное образование	39/78,0	38/74,51
Инвалиды по психическому расстройству	36/72,0	37/72,55
Не работали, не имея пенсии и инвалидности	7/14,0	6/11,78

Примечания: Во всех случаях  $p > 0,05$ .

видуальное семейное вмешательство и оказывалась социальная поддержка.

Клинико-социальная оценка состояния пациентов основной и контрольной групп осуществлялась в начале исследования и через 1 год после выписки из дневного стационара. Больные оцени-

вались клинико-психопатологически, а также с помощью набора шкал и опросников: PANSS, «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», «Шкалы оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных» и «Шкалы оценки социальной сети психически больных», «Оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности групповой психообразовательной программы» [5].

### Результаты

Динамика психопатологического состояния больных обеих групп оценивалась с помощью шкалы PANSS, сумма баллов по которой при поступлении в ДС для основной группы составила  $74,58 \pm 12,46$ , для контрольной –  $77,78 \pm 14,64$  (табл. 2), что соответствовало уровню подострого психоза [12, 14]. К выписке в обеих группах снизилась выраженность позитивных ( $p < 0,01$ ), общих психопатологических расстройств ( $p < 0,01$ ), суммы баллов по PANSS ( $p < 0,01$ ) при отсутствии статистически достоверных различий между группами (табл. 2). Через 12 месяцев после выписки из ДС (катамнез) разница между группами достигла статистической значимости по всем подшкалам PANSS ( $p < 0,001$ ), при этом у основной группы происходило дальнейшее снижение (в сравнении с состоянием при выписке) показателей по PANSS, у контрольной – достигнутые за период лечения в ДС результаты практически нивелировались.

На фоне комплексного вмешательства пациенты основной группы в период катамнеза более аккуратно принимали лекарства ( $p < 0,01$ ). Так, если при включении в исследование больные обеих групп не отличались по регулярности приема фармакотерапии, когда половина больных нарушала режим лечения, то к концу катамнестического периода раз-

Таблица 2

**Клинические характеристики и показатели социального функционирования пациентов основной и контрольной групп**

Характеристика	Основная группа (n=50)			Контрольная группа (n=51)		
	поступление	выписка	катамнез	поступление	выписка	катамнез
Позитивные расстройства	14,58±4,12	11,50±2,77***	11,02±2,57***	15,57±4,96	12,31±4,01**	14,06±4,91
Негативные расстройства	19,96±4,40	18,74±4,66	16,64±4,34***	21,84±5,86	20,51±5,10	21,10±6,42
Общие психопатологические синдромы	40,22±7,29	34,52±6,01***	30,16±6,29***	40,55±7,24	35,47±6,91**	37,63±7,73
Сумма баллов по PANSS	74,58±12,46	64,92±11,64**	57,94±11,81***	77,78±14,64	68,45±13,62**	72,92±16,23
Эмоциональная поддержка	23,44±8,71	28,16±7,60**	29,02±7,67***	20,57±9,34	21,43±9,17	20,96±9,32
Инструментальная поддержка	12,78±4,15	14,50±3,67*	15,12±3,91**	11,86±4,44	12,17±4,53	11,94±4,45
Социальная интеграция	17,40±5,45	21,14±5,13***	21,78±4,54***	15,39±5,28	16,14±5,63	15,67±5,33
Физическая работоспособность	2,06±0,79	1,60±0,67**	1,48±0,68***	2,06±0,67	1,63±0,63**	2,02±0,62
Интеллектуальная продуктивность	1,66±0,59	1,40±0,57*	1,22±0,58***	1,82±0,77	1,51±0,67*	1,76±0,65
Занятие домашним хозяйством	2,10±0,99	1,72±0,86*	1,68±0,79*	2,31±0,73	1,94±0,81*	2,27±0,71
Характеристика круга общения	1,74±1,01	1,58±0,86	1,42±0,81	2,12±1,09	2,12±1,11	2,20±1,09
Характер отношения с окружающими	0,94±0,93	0,52±0,61*	0,46±0,61**	0,98±0,79	0,61±0,70*	1,10±0,92

Примечания: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

личия достигали статистической значимости ( $p=0,0016$ ).

То же касается характеристик, отражающих особенности социального функционирования больных (табл. 2). Если при поступлении в ДС группы были схожи, то к выписке у пациентов основной группы ( $n=50$ ) отмечалось достоверное улучшение эмоциональной ( $p<0,01$ ) и инструментальной поддержки ( $p<0,05$ ), а также по субшкале социальной интеграции ( $p\leq 0,001$ ). За катamnестический период достигнутые результаты сохранялись. К окончанию катamnестического периода различия между группами достигли статистической значимости: «эмоциональная поддержка» ( $p<0,001$ ), «инструментальная поддержка» ( $p<0,001$ ), «социальная интеграция» ( $p<0,001$ ), «доверительность связей» ( $p<0,01$ ) и «удовлетворенность социальной поддержкой» ( $p<0,01$ ).

К выписке из дневного стационара у больных обеих групп отмечалось улучшение ( $p<0,05$ ) показателей физической работоспособности и интеллектуальной продуктивности, они стали больше обслуживать себя и помогать близким, больше участвовать в ведении домашнего хозяйства, трудоустроенные больные вернулись на работу, студенты продолжили обучение. Отношения с окружающими стали носить более спокойный, гармоничный характер. При этом, если к окончанию катamnестического периода у пациентов контрольной группы отмеченное на момент выписки улучшение нивелировалось, то у пациентов основной группы на фоне поддерживающего психосоциального вмешательства в катamnестический период продолжалось улучшение достигнутых результатов. Это касалось показателей физической работоспособности и интеллектуальной продуктивности ( $p<0,001$ ). Пациенты стали более активны в ведении домашнего хозяйства ( $p<0,05$ ), улучшился характер взаимоотношений с окружающими ( $p<0,05$ ), несколько расширился круг общения ( $p=0,08$ ). Общение с окружающими стало носить менее конфликтный характер ( $p<0,01$ ).

В процессе занятий пациенты стали более открыто обсуждать с другими участниками группы свой

собственный опыт болезни. Увеличился уровень знаний в отношении симптомов болезни, клинико-социальных последствий заболевания, условий более благоприятного прогноза, методов лечения ( $p<0,001$ ). У 96% больных удалось полностью избежать госпитализаций за год катamnеза (табл. 3). На треть сократилось число поступлений в дневной стационар ( $p<0,05$ ), а также средняя длительность лечения в ПБ и ДС ( $p<0,05$  и  $p<0,05$  соответственно), больные дольше удерживались в амбулаторных условиях ( $p<0,01$ ). В катamnестический период больные основной группы (в сравнении с контрольной) имели меньшее число ( $p<0,05$ ) и длительность ( $p<0,05$ ) госпитализаций. Что касается контрольной группы, то ни по одному из указанных показателей статистически значимых изменений не отмечалось.

Множественный регрессионный анализ позволил выявить, что наиболее сильная связь частоты поступлений в дневной стационар в период катamnеза ( $n=101$ ) была связана ( $R=0,38$ ;  $p<0,05$ ) с динамикой уровня интеллектуальной продуктивности (фактор 1). С присоединением такого показателя, как динамика инструментальной поддержки (фактор 2) сила связи увеличивалась на 8% ( $R=0,46$ ;  $p<0,05$ ;  $\beta_1=-0,32$ ;  $\beta_2=0,27$ ). Наиболее же выраженную связь ( $R=0,52$ ;  $p<0,05$ ) вышеуказанные поступления продемонстрировали с констелляцией таких факторов, как динамика интеллектуальной продуктивности (фактор 1;  $\beta_1=-0,32$ ), изменение уровня инструментальной поддержки (фактор 2;  $\beta_2=0,27$ ) и динамика выраженности подозрительности или идей преследования (фактор 3;  $\beta_3=-0,23$ ).

У пациентов основной группы на фоне комплексного лечения отмечались изменения практически всех вышеуказанных факторов, при этом на треть снизилась частота поступлений в дневной стационар. У контрольной же группы при отсутствии значимых изменений в клинико-социальном плане сохранилась на исходном уровне и частота поступлений в ДС.

Частота поступлений пациентов ( $n=101$ ) в психиатрический стационар в катamnестический период наиболее сильно оказалась связанной с динамикой (разница между началом исследования

Таблица 3

**Динамика длительности лечения в различных звеньях оказания психиатрической помощи**

Показатель	Основная группа (n=50)		Контрольная группа (n=51)	
	Исходный уровень	Катamnез	Исходный уровень	Катamnез
Среднее число поступлений в ПБ	0,3±0,68	0,04±0,20**	0,35±0,59	0,22±0,54
Средняя длительность лечения в ПБ (дни)	14,30±36,53	2,08±10,49*	13,96±23,92	13,43±36,19
Среднее число поступлений в ДС	1,43±1,50	0,92±0,90*	1,235±1,23	1,16±1,10
Средняя длительность лечения в ДС (дни)	83,24±89,54	51,80±62,90*	71,49±82,23	63,23±71,98
Средняя длительность лечения в ПБ+ДС (дни)	97,56±90,52	53,88±65,30**	85,45±80,23	76,55±83,78
Наблюдение в амбулаторных условиях (дни)	267,16±90,43	310,34±64,24**	276,61±85,71	288,45±83,78

Примечания: \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p\leq 0,01$ .

и катамнезом) характера отношений с окружающими ( $R=0,51$ ;  $p<0,05$ ). С присоединением такого фактора, как регулярность приема терапии в период катамнеза (фактор 2) сила связи увеличивалась на 6% ( $R=0,57$ ;  $p<0,05$ ). Сочетание с динамикой инструментальной поддержки (фактор 3) увеличивало силу связи еще на 3% ( $R=0,60$ ;  $p<0,05$ ).

Все факторы, связанные с частотой поступлений в ПБ, продемонстрировали у больных основной группы значимую динамику. На этом фоне за катамнестический год произошло значимое сокращение числа поступлений больных в ПБ (всего 2 поступления на группу).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Багуцкий А.Ю., Былим И.А. и соавт. Психосоциальная реабилитация в краевой психиатрической больнице: клинко-экономическая и социальная результативность // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. 2007. С. 226–242.
2. Гажа А.К., Монастырский В.А., Асоскова Т.Н., Струкова Е.Ю. Этапы психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического стационара // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М., 2007. С. 72–83.
3. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). М., 2007. 572 с.
4. Гурович И.Я., Саркисян В.В., Куцай С.И. Подострые состояния при шизофрении во внебольничной практике // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. С. 118–125.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (Ред.). Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М., 2002. 179 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004. 342 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г., Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: проблемы организационной помощи больным и ее эффективность // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М., 2007. С. 174–187.
8. Давыдов К.В. Больные шизофренией с повторными длительными госпитализациями (клинко-социальная характеристика и комплексная внебольничная психиатрическая помощь после выписки из стационара): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 22 с.
9. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 23 с.
10. Еричев А.Н. Психообразовательные программы для больных эндогенными психическими расстройствами // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». М., 2004. С. 51–52.
11. Калининская А.А. Научное обоснование медико-организационных основ развития стационарозамещающих форм медицинской помощи населению Российской Федерации (на примере Тверской, Самарской, Брянской областей и Ставропольского края): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2000.
12. Куцай С.И. Затяжные подострые бредовые и аффективно-бредовые состояния у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией во внебольничных условиях: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1985. 187 с.
13. Пасечник А.П., Пивень Б.Н. Дневной стационар как оптимальная форма оказания помощи психически больным // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». М., 2004. С. 87–88.
14. Саркисян В.В. Подострые состояния при шизофрении, их клиника и особенности лечения в дневном стационаре: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983. 196 с.
15. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 4. С. 30–39.
16. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 157 с.
17. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Дисс. ... канд. мед. наук. 2009. 144 с.
18. Шевченко В.А., Шмуклер А.Б., Гаврилова Е.К. и соавт. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. 2008. № 5. С. 70–74.
19. Ястребов В.С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 98, № 2. С. 63–67.
20. Ястребов В.С. Роль и место социотерапевтической помощи в современной внебольничной психиатрической службе // Журн. неврол. психиатр. им. С.С.Корсакова. 2001. Т. 101, № 8. С. 50–53.
21. Bachrach L.L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Suppl. 102. P. 6–10.
22. Briscoe J., McCabe R., Priebe S., Kallert T. A national survey of psychiatric day hospitals // Psychiatr. Bull. 2004. Vol. 28. P. 160–163.
23. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158, N 2. P. 163–175.
24. Creed F., Black D., Anthony P. et al. Randomized controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment // Br. Med. J. 1990. Vol. 300. P. 1033–1037.
25. Green L.R., De La Cruz A. Psychiatric day treatment as alternative to and transition from full time hospitalization // Comm. Ment. Hlth. J. 1981. Vol. 17. P. 191–202.
26. Horvitz-Lennon M., Normand S.-L.T., Gaccione P. et al. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957–1997) // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158, N 5. P. 676–685.
27. Marshall M. Acute psychiatric day hospitals // Br. Med. J. 2003. Vol. 327. P. 116–117.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПНД

К. В. Шендеров

Цель исследования: определить эффективность комплексной (фармакотерапия и психосоциальная терапия) помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра при ее оказании в условиях дневного стационара.

Из пациентов, поступивших в дневной стационар, случайным образом были сформированы две группы больных. Больные основной группы (50 чел.) помимо традиционной биологической терапии в период нахождения в дневном стационаре получали психосоциаль-

ное лечение. Больные контрольной группы (51 чел.) получали традиционное лечение в дневном стационаре.

Клинико-социальная оценка состояния пациентов основной и контрольной групп осуществлялась в начале исследования и через 1 год после выписки из дневного стационара. Больные оценивались клинико-психопатологически, а также с помощью набора шкал и опросников: PANSS, «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», «Шкалы оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных» и «Шкалы оценки социальной сети психически больных», «Оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности групповой

психообразовательной программы».

Полученные результаты показывают, что применение комплексного подхода позволяет улучшить социальное функционирование пациентов, увеличить (в сравнении с традиционным подходом) интенсивность общения, снизить выраженность психопатологических переживаний, улучшить показатели соблюдения режима терапии. Это способствует уменьшению числа и длительности последующих госпитализаций и поступлений в дневной стационар, более длительному удержанию пациентов в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** шизофрения, дневной стационар, психо-социальная терапия.

## **EFFICACY OF MULTICOMPONENT CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN A DAY CLINIC OF PSYCHO-NEUROLOGICAL DISPENSARY**

**K. V. Shenderov**

**Goal:** Investigation of efficacy of multicomponent care for patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a day clinic. The patients referred to the day clinic were randomly assigned to one of two groups. Patients in Group 1 (N=50) received along with standard biological therapy also psychosocial treatment. Patients in control Group 2 (N=51) received just standard treatment in a day hospital. Clinical and social evaluation of patients' condition in both groups took place prior to treatment and one year after discharge from the day clinic.

**Method and instruments:** The author used clinico-psychopathological method and a number of scales, such as the PANSS, 'Social functioning and quality of life checklist', 'Scale for evaluation of emotional and

instrumental support of mental patients', 'Scale for mental patients' social net evaluation' and the scale for evaluation of patients' knowledge about mental disease and the efficacy of group psychoeducation programs.

**Results:** The data obtained show that the use of multicomponent approach helps to improve the patients' social functioning, to increase (in comparison with standard treatment) the intensity of communication and the patient's social net, and decrease the severity of psychopathological experiences, and also to improve the compliance. As a consequence, the number and duration of repeated hospitalizations and stay in a day clinic drops, and such patients can longer receive outpatient care.

**Key words:** schizophrenia, day clinic, psychosocial treatment.

---

**Шендеров Кирилл Валерьевич** – врач-психиатр дневного стационара психоневрологического диспансера №14 Департамента здравоохранения города Москвы; e-mail: medemmail@mail.ru