

СПЕРИДАН В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ

Е. Ю. Антохин

Оренбургская государственная медицинская академия

В настоящее время психосоциальная реабилитация и фармакотерапия атипичными антипсихотиками (АА) становятся неотъемлемой частью лечения больных шизофренией [11–17, 19, 21, 53, 54, 58]. Это происходит благодаря смещению взглядов на этиопатогенез заболевания с сугубо биологических позиций к биопсихосоциальным [9, 11, 18, 20, 25, 31, 42, 46, 50, 61, 63, 64].

Одним из направлений изучения эффективности АА являются исследования их сочетания с методами психотерапии и психосоциальной реабилитации (комплексная терапия). Указывается, что стабилизация психического состояния на фоне систематической длительной фармакотерапии позволяет в полной мере реализовать ресурсосберегающий потенциал психосоциальных воздействий [11, 31, 32, 36, 70, 73]. В одном из наших исследований [1] было установлено, что психосоциальная терапия больных шизофренией с первым психотическим эпизодом в сочетании с приемом генерика рисперидона в сравнении с лечением традиционными нейролептиками и азалептином способствует наиболее качественному изменению копинг-структуры в поведенческой, эмоциональной и когнитивной сферах. При этом усиливается адаптивный полюс копинг-стратегий в ситуации болезни. Кроме того, отсутствие побочных нейролептических эффектов, а также максимально выраженное по сравнению с традиционными нейролептиками и азалептином улучшение эмоционально-волевого статуса и нейрокогнитивных процессов привело к снижению общего показателя самостигматизации, ассоциирующегося с психологической защитой по типу регрессии, которая выполняет патопротекторную (поддерживающую болезненные проявления) роль.

Таким образом, комплексное лечение больных шизофренией, включающее фармакотерапию, особенно атипичными антипсихотиками, психотерапию и психосоциальные воздействия способствует максимальному охвату терапевтических «мишеней», создавая условия для качественной и долговременной ремиссии, улучшая когнитивное и социальное функционирование больных.

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности комплексной терапии больных шизофренией с длительным течением заболевания, включающей фармакотерапию спериданом и психосоциальную терапию (этап активных психосоциальных воздействий).

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 30 больных шизофренией (15 муж. и 15 жен.) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $38,7 \pm 12,0$ лет).

Критерии включения: диагноз – шизофрения и расстройства шизофренического спектра (МКБ-10: F2), длительность заболевания свыше 5 лет и более 3-х психотических приступов; прием сперидана и участие в психосоциальной терапии, определенные лечащим врачом; отсутствие выраженных психотических проявлений, приводящих к дезорганизации поведения; относительная критичность к своему состоянию, состоящая в осознании соответствующих дефицитов вследствие болезни и наличие мотивации на их преодоление. Исключались больные с состояниями слабоумия, алкогольной и/или наркотической зависимостью, соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженным нарушением функции пораженной системы.

В табл. 1 представлены клинические характеристики больных. Длительность заболевания составила от 6 до 24 лет (в среднем $11,6 \pm 5,6$ лет), причем у 50% от 6 до 10 лет. Преобладали больные с параноидной формой шизофрении – 73,4%. Инвалидность 2 группы по психическому заболеванию имели 25 пациентов (83,3%), 5 пациентов (16,7%) сохраняли трудоспособность. Все пациенты находились на стационарном лечении в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице №1 (главный врач – Г.Б.Прусс). До приема сперидана пациенты получали на этапе купирования острого психоза традиционные антипсихотики (клопиксол, галоперидол) в инъекционной форме с постепенным переводом на сперидан, и к моменту включения в исследование получаемая суточная дозировка сперидана составила от 2 до 6 мг (сред-

Таблица 1

Клиническая характеристика больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Диагноз		
Шизофрения, в том числе	26	86,7
параноидная непрерывное течение	15	50
параноидная эпизодическое течение	7	23,4
простая	3	10
кататоническая	1	3,3
Шизоаффективное расстройство, в том числе	4	13,3
маниакальный тип	1	3,3
смешанный тип	3	10
Длительность заболевания		
6–10 лет	15	50
11–15 лет	9	30
свыше 15 лет	6	20

ная доза – $4,3 \pm 1,2$ мг/сут). У 80% пациентов сперидан был назначен впервые.

Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистические методы. Оценка указанными методами проведена на момент включения в этап активных психосоциальных воздействий в стационаре и на момент выписки (продолжительность наблюдения – $63,4 \pm 7,7$ дня).

Клинико-психопатологический метод, помимо стандартного психиатрического обследования, включал оценку психического статуса с использованием шкалы PANSS, а также опросник SCL-90-R.

При экспериментально-психологическом исследовании использованы следующие методики.

Для самооценки когнитивных и социальных дисфункций – опросник когнитивного дефицита А.Б.Холмогоровой. Опросник содержит 25 пунктов, которые распределены по 7 шкалам, отражающим нарушение: внимания, памяти, социального восприятия, вербальной коммуникации, интеллектуальной ангедонии, истощаемости в интеллектуальной деятельности, эмоционального отношения к деятельности.

Для измерения уровня воспринимаемой социальной поддержки использован опросник социальной поддержки F-SOZU-22. Адаптация и валидизация опросника была произведена в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии (руководитель – доктор психологических наук, профессор А.Б.Холмогорова) [43]. Опросник содержит 22 пункта, которые распределяются по четырем шкалам: эмоциональная поддержка, инструментальная поддержка, социальная интеграция и удовлетворенность социальной поддержкой. Ответы оцениваются по 5-ти балльной системе. Шкала «Эмоциональная поддержка» включает 9 пунктов. Вопросы сфокусированы на

поддержке, связанной с переживанием позитивного чувства близости, доверия и общности. Шкала «Инструментальная поддержка» включает 4 пункта и описывает практическую, информационную или материальную помощь. Шкала «Социальная интеграция» содержит 7 пунктов. Она описывает включенность человека в определенную сеть социальных взаимодействий, наличие референтной группы, в рамках которой отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни. Шкала «Удовлетворенность социальной поддержкой» описывает переживание стабильности в отношениях, дающее чувство уверенности и безопасности и содержит 2 пункта.

При статистической обработке данных применены методы описательной статистики: расчет среднего значения и стандартного отклонения с количественным анализом данных; непараметрический метод – Т-критерий Вилкоксона, предназначенный для оценки достоверности различий в уровне исследуемого признака в двух зависимых выборках.

Обработка данных перечисленными статистическими методами производилась с помощью стандартного пакета программ для статистического математического вычисления Statistika 6.0 for Windows. По результатам обработки статистически значимыми принимались значения при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В психическом статусе больных на момент включения в исследование преобладала негативная симптоматика в сочетании с остаточными психотическими симптомами, а также депрессивно-тревожными проявлениями (табл. 2).

Пациенты до начала комплексной терапии, включающей терапию спериданом и психосоциальную терапию, были несколько безучастными к происходящим событиям, пассивно относились к лечебному процессу, большую часть времени проводили в пределах палаты, из которой выходили по необходимости. Наряду с доминированием негативной симптоматики, в аффективном статусе преобладал депрессивный фон с неопределенным чувством тревоги, не доходящей до агитации. Общение сводилось к формальному, кроме того, предшествующая длительная терапия традиционными нейрорептиками приводила к соматическим жалобам, нейрорептическим осложнениям. Согласно данным, полученным по шкале PANSS, имелось некоторое преобладание негативных симптомов (18,99) над позитивными (16,90). В отличие от объективной оценки симптоматики лечащим врачом (шкала PANSS), опросник SCL-90-R заполняется лично пациентом. С одной стороны недостаточная самооценка тяжести симптоматики проявляется в более низких показателях шкал опросника в сравнении с больными непсихотическими депрессиями или невротизмами [2, 41], с другой же превышение нормативных показателей [41] по всем шкалам опросни-

Таблица 2

Оценка психического статуса исследуемых больных на момент включения в исследование

Шкалы	M	SD
SCL-90-R		
«соматизация»	1,01	0,68
«обсессивность-компульсивность»	1,21	0,72
«межличностная сензитивность»	1,17	0,72
«депрессия»	1,27	0,79
«тревога»	1,16	0,71
«враждебность»	0,77	0,68
«фобическая тревожность»	0,81	0,65
«паранойяльность»	0,86	0,71
«психотизм»	0,89	0,79
«выраженность симптоматики»	1,06	0,60
PANSS		
общая сумма баллов	79,61	1,03
шкала позитивных симптомов	16,90	0,37
шкала негативных симптомов	18,99	0,35
общая психопатологическая шкала	43,72	0,60

Примечания: M (mean) – среднее значение в баллах; SD – стандартное отклонение.

ка подтверждает появление относительной критичности к состоянию. С этих позиций, несмотря на то, что применение опросника SCL-90-R изначально не рекомендовалось авторами для оценки статуса больных психозами [55, 56, 59], его использование на этапе выхода из психотического состояния дополняет объективную оценку лечащим врачом и нередко служит ценным источником информации, отражающим субъективно переживаемое больным состояние, особенно для планирования и оценки психосоциальной терапии. Часто в жалобах больных шизофренией, определяемых опросником SCL-90-R, преобладали симптомы, относящиеся к шкале «обсессивности-компульсивности». В число вопросов данной шкалы, помимо оценки навязчивых мыслей и действий, входят вопросы, направленные на оценку памяти («проблемы с памятью»), внимания и когнитивных затруднений («трудно сосредоточиться», «легко теряется мысль»), проблемно-решающего поведения («трудности в принятии решения»), а также проявлений негативной симптоматики («ваша небрежность или неряшливость»), то есть близкие спектру симптомов нейрокогнитивного дефицита. В нашем случае (табл. 2) именно шкала «обсессивность-компульсивность» (1,21) является одной из ведущих в синдромальном профиле пациентов, наряду со шкалами «депрессии» (1,27), «межличностной сензитивности» (1,17) и «тревожности» (1,16), отражающих проблемы межличностного взаимодействия и депрессивно-тревожные симптомы. Шкала «сома-

тизация» (1,01), включающая вопросы, которые могут указывать на побочные действия нейролептиков (тяжесть в конечностях, боли различной локализации, явления слабости и головокружений, тошнота или расстройства желудка) также представлена в числе ведущих в синдромальном профиле. Появление относительной критичности к своему состоянию в сочетании с упорядоченностью (возможность самоконтроля) поведения и отсутствием выраженной дезорганизации деятельности в сравнении с моментом поступления в клинику создало условия для начала у пациентов, принимающих сперидан, психосоциальной терапии (этап активных психосоциальных воздействий).

В основе комплексной терапии использован полипрофессиональный (бригадный) метод ведения пациентов. Бригада, руководителем которой являлся врач-психиатр, состояла также из психотерапевта, клинического психолога, специалиста по социальной работе, а также медсестринского персонала. Психосоциальная терапия исследуемых пациентов включала участие в психообразовании (ведущие психиатр и психотерапевт), тренинге когнитивных и социальных навыков (ведущие психотерапевт и клинический психолог), структура занятий которых основана на рекомендациях Московского НИИ психиатрии и Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева [11, 23, 28, 44]. Также средним медперсоналом, социальными работниками, подготовленными студентами-волонтерами проводились социотерапевтические мероприятия: тренинги навыков самообслуживания, бытовых навыков, заполнения квитанций и оплаты коммунальных услуг, трудоустройства, досуговые группы в Клубе для пациентов «Радуга» на базе отделения дневного стационара. Также проводилась психотерапевтическая работа с родственниками пациентов: психообразование, индивидуальная и групповая семейная терапия. Повышению интеграции бригадного взаимодействия способствовали регулярные собрания бригады, проводимые еженедельно под руководством заведующего отделением. На собраниях обсуждались актуальный клинический, психологический и социальный статус каждого пациента с определением показаний к включению в конкретные методы психосоциальной терапии, активность работы пациента в группе. Постоянно использовалась обратная связь разных специалистов, представляющих данные об исследуемых ими нарушениях функций у больных, что повышало видение конкретного пациента и способствовало индивидуализации ведомого случая.

При проведении психообразования для больных, длительно страдающих шизофренией, были расширены занятия, направленные на повышение комплаенса к терапии. Следует отметить, что более 80% пациентов на момент участия в исследовании имели опыт психообразовательных групп в предыдущие госпитализации. Но в отличие от прошлых занятий, проходящих на фоне приема традицион-

ных нейролептиков, пациенты, находящиеся на фармакотерапии спериданом, отмечали, хотя и не явную, но улучшенную способность к включенности в работу с повышением понимания и усвоения предоставляемого материала. Лучшая субъективная удовлетворенность собственной деятельностью на фоне приема сперидана отмечалась пациентами и при работе в группе тренинга когнитивных и социальных навыков.

Перед выпиской из стационара пациенты прошли повторное тестирование. По данным психопатологических опросников получены статистически достоверные улучшения показателей по всем шкалам PANSS и SCL-90-R за исключением шкалы «паранойальности» (табл. 3, рис.1 и 2).

Суммарная оценка по методике PANSS (рис. 2) снизилась на 31,4% ($p<0,05$), по шкале позитивных симптомов – на 31,8% ($p<0,05$), по шкале негативных симптомов – на 28,4% ($p<0,05$), по общей психопатологической шкале – на 32,5% ($p<0,05$)¹. Отсутствие достоверного сдвига по шкале «паранойальность», включающей симптомы, относящиеся к брезовому синдрому, вполне объяснимо в силу изначально ее низкого значения при включении в исследование (дезактуализация/снижение брезового напряжения). Из ведущих шкал на момент включения в исследование регрессии менее всего подверглась шкала «обсессивность-компульсивность», что связано с ожидаемой наибольшей

¹ В данное исследование вошли пациенты, которые показали клинически положительный ответ на терапию спериданом. Не всегда попытка назначения нового препарата приводила к позитивному ответу, при этом наблюдались и случаи возврата к прежней терапии, либо обострение состояния, но оценка эффективности и переносимости сперидана не входила в задачи данного исследования.

Таблица 3

Динамика шкал опросника SCL-90-R

Шкалы	Включение в исследование	После терапии	p
«соматизация»	1,01±0,68	0,80±0,62	0,02
«обсессивность-компульсивность»	1,21±0,72	0,97±0,78	0,03
«межличностная сензитивность»	1,17±0,72	0,83±0,61	0,02
«депрессия»	1,27±0,79	0,87±0,75	0,00
«тревога»	1,16±0,71	0,87±0,65	0,00
«враждебность»	0,77±0,68	0,53±0,58	0,00
«фобическая тревожность»	0,81±0,65	0,56±0,48	0,02
«паранойальность»	0,86±0,71	0,68±0,54	0,15
«психотизм»	0,89±0,79	0,65±0,71	0,01
«выраженность симптоматики»	1,06±0,60	0,80±0,55	0,00

ригидностью к краткосрочному курсу комплексной терапии симптомов нейрокогнитивного дефицита. Тем не менее, снижение по указанной шкале является статистически значимым. Кроме того, согласно данным опросника когнитивного дефицита (табл. 4) улучшение произошло по всем шкалам с достоверным по показателям «память» (с 1,87 до 1,40; $p=0,02$) и «социальное восприятие» (с 1,73 до 1,20; $p=0,02$). Улучшение показателей памяти, вни-

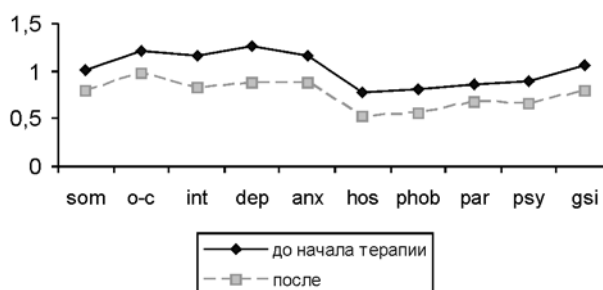


Рис. 1. Динамика синдромального профиля больных по данным опросника SCL-90-R

Примечания: полное наименование шкал в табл.3.

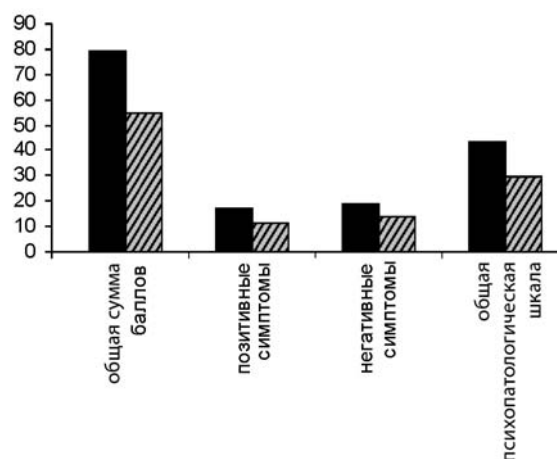


Рис. 2. Динамика по показателям PANSS

Примечания: * – $p<0,05$.

Таблица 4

Динамика шкал опросника когнитивного дефицита

Шкалы	Включение в исследование	После терапии	p
Внимание	3,60±1,83	3,30±2,05	0,39
Память	1,87±1,20	1,40±1,24	0,02
Социальное восприятие	1,73±1,05	1,20±1,19	0,02
Вербальная коммуникация	2,07±1,26	1,70±1,64	0,08
Интеллектуальная ангедония	1,47±1,22	1,27±0,94	0,47
Эмоциональная окраска интеллектуальной деятельности	1,76±1,19	1,70±1,15	0,93
Истощаемость в интеллектуальной деятельности	2,03±1,10	1,70±1,06	0,09

Таблица 5

Динамика шкал опросника социальной поддержки

Шкалы	Включение в исследование	После терапии	p
Эмоциональная поддержка	31,2±10,3	35,2±8,6	0,02
Инструментальная поддержка	14,0±3,7	16,0±4,0	0,01
Социальная интеграция	23,3±6,8	25,4±6,2	0,04
Удовлетворенность социальной поддержкой	4,6±2,1	5,1±2,4	0,26

мания, мышления было также подтверждено при повторном патопсихологическом исследовании с помощью стандартных методик (запоминание 10 слов, счет по таблице Шульце, исключение лишнего, пиктограмма и др.).

Наибольшее количество улучшенных показателей в результате комплексной терапии получено по результатам оценки пациентами удовлетворенности социальной поддержкой (табл. 5). По окончании активных психосоциальных воздействий больные шизофренией с длительным течением заболевания отметили улучшение эмоциональной поддержки (с 31,2 до 35,2; $p=0,02$), инструментальной поддержки (с 14,0 до 16,0; $p=0,01$), социальной интеграции (с 23,3 до 25,4; $p=0,04$).

В процессе комплексной терапии, особенно тренинговых программ, по мере улучшения психического состояния, усвоения социальных навыков, а также повышения критической (когнитивной) оценки болезненных проявлений с укреплением когнитивной модальности копинг-стратегий (проблемный анализ, установка собственной ценности), пациенты активнее использовали эмоциональную поддержку. Вначале это происходило в терапевтических группах с хорошей терапевтической динамикой. Затем вне группы в среде пациентов отделения. Особенно позитивное влияние оказывало общение с выписанными пациентами во время посещения Клуба. В Клубе наиболее активная часть выписанных пациентов проводила занятия в качестве ведущих. Они делились собственным опытом преодоления болезненного состояния, на собственном примере показывали стационарным пациентам возможности адаптации вне пределов больницы. В данном случае можно было говорить о формировании адаптивного модуса эмоционально-

го копинга (оптимизм). Усвоенный опыт актуализировался и при взаимодействии с близкими, которые также после групповой работы получали новый навык установления продуктивного социального контакта с подопечным. Несомненно и терапия атипичным антипсихотиком спериданом, в силу отсутствия нейролептических эффектов и чрезмерной седации, а также улучшающего влияния на негативные симптомы и проявления нейрокогнитивного дефицита, повышала восстановление нарушенных социальных функций, в частности, инструментальной поддержки, социальной интеграции, содержанию которых созвучны поведенческие адаптивные стратегии совладания, обращение за помощью, использование социальной поддержки из окружения (сотрудничество). Указанные позитивные изменения состояния пациентов способствовали более активному использованию режима дневного стационара и лечебных отпусков, что повышало социальную интеграцию больных шизофренией. Кроме того, позитивное подкрепление улучшением состояния через участие в психосоциальной терапии также способствовало росту комплайенса пациентов к проведенным методам лечения.

Заключение

Биопсихосоциальный подход к шизофрении реализуется комплексным (бригадным) ведением пациентов. Современные атипичные антипсихотики, в частности сперидан, воздействуют, прежде всего, на биологическую основу болезни (нарушенные нейромедиаторные процессы), психосоциальная терапия в большей степени на социальное функционирование пациентов. Но совместное использование потенциала различных методов терапии приводит к повышению ее эффективности в силу взаимоусиления/потенцирования влияния на биологическое и психосоциальное звено патогенеза шизофрении, особенно симптомы нейрокогнитивного дефицита. В проведенном исследовании установлена эффективность использованного метода комплексной терапии, включающей терапию современным АА спериданом и психосоциальную терапию. Комплексная терапия способствовала улучшению психического состояния, а также показателей когнитивного и социального функционирования, повышая социальную интеграцию больных шизофренией с длительным течением заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. и соавт. Первый психотический эпизод шизофрении: Сперидан (рисперидон) в структуре комплексной терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. № 2. С. 22–25.
2. Антохин Е.Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 52–60.
3. Барденштейн Л.М., Мкртумян А.М., Алешкина Г.А. Метаболические осложнения антипсихотической терапии: клинико-динамические и терапевтические аспекты // Российский психиатрический журнал. 2010. № 3. С. 37–43.
4. Бородин В.И. Сперидан (рисперидон) при терапии шизофренических психозов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. № 4.

http://old.consilium-medicum.com/media/psycho/06_04/37.shtml.

5. Бородин В.И., Алдушин А.А. Эффективность и переносимость сперидана (рисперидона) при терапии больных с шизотипическим расстройством // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2007. № 3. С. 52–55.
6. Бородин В.И. Сперидан при терапии психических и наркологических заболеваний (по материалам отечественных публикаций) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2010. № 2. С. 56–60.
7. Валиуллина И.М., Карпов А.М. Сравнительный анализ влияния азалептина, сперидана и зипрексы на трудовую деятельность больных шизофренией // Психическое здоровье. 2010. № 1(32). С. 33–37.
8. Ван Харен Н.Е., Кан В., Хулсхоф Пол Х.Е., Канн Р.С. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга // Социальная

и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 26–35.

9. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В., Шмуклер А.Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 4. С. 10–14.

10. Гринспан А., Козик-Гонзалес К., Босси С. и соавт. Готовность госпитализированных пациентов с шизофренией к выписке: эффект рisperидона, кветиапина и плацебо // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 4. С. 52–58.

11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2004. 492 с.

12. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Уткин А.А. и соавт. Новая организационная форма оказания психиатрической помощи: отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 94–98.

13. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–10.

14. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Длительная внебольничная терапия спериданом: клинико-социальная и фармакоэкономическая оценка // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 2. С. 65–71.

15. Гурович И.Я., Семёнова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–85.

16. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 356 с.

17. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «гесовегу» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.

18. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (гесовегу) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.

19. Данилов Д.С. Купирующая терапия шубообразной шизофрении: эффективность современных антипсихотических средств и дифференциация их назначений // Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. № 1. С. 49–54.

20. Джонс П.Б. Шизофрения: Клиническое руководство. Пер. с англ. / Под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 192 с.

21. Дробижев М.Ю., Овчинников А.А. Антипсихотики: меняем старые поколения на новую классификацию? // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 80–87.

22. Друсес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 1. С. 100–104.

23. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 43–47.

24. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2008. № 1. С. 5–7.

25. Каменков К.А., Быков А.Ф. Подходы к анализу причин феномена отсроченной реабилитации в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 3. С. 15–19.

26. Киф Р.С.Е., Янг К.А., Рок С.Л. и соавт. Годичное двойное слепое исследование воздействия оланзапина, рisperидона и галоперидола на нейрокогнитивные функции при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 2. С. 68–79.

27. Колчев А.И. Программа ТЭССА (Терапевтическая Эквивалентность Сперидана и рiСполепта) // Русский медицинский журнал. 2008. Т. 16, № 26. http://rmj.ru/articles_6290.htm.

28. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: Пособие для врачей. СПб., 2004. 26 с.

29. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 92–104.

30. Лутова Н.Б. Эффективность, безопасность и субъективная удовлетворённость при применении сперидана у больных с обострением шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 59–63.

31. Любов Е.Б. Кветиапин (сероквель) и биопсихосоциальный подход при шизофрении // Русский медицинский журнал. 2008. Т. 16, № 26. С. 1796–1801.

32. Любов Е.Б. и группа исследователей. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализы длительного лечения атипичными антипсихотиками больных шизофренией в повседневной внебольничной психиатрической практике // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 31–42.

33. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдалённом этапе болезни: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003.

34. Мажниц В.Б. Актуальность психосоциальной реабилитации в лечении больных шизофренией // Украинский вісник психоневрології. 2010. Т. 18, № 2. С. 57–60.

35. Морозова М.А., Рубашкина В.В., Бурминский Д.Д., Бенишвили А.Г. Динамика качества комплаентности у больных шизофренией в ходе длительного сравнительного исследования атипичных и типичных антипсихотиков // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. № 6. С. 20–25.

36. Морозов П.В. Актуализация проблемы приверженности пациента режиму лечения. Что такое приверженность терапии? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2010. № 2. С. 26–28.

37. Рычкова О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 91–105.

38. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушение социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 5–15.

39. Саркисян Г.Р. Нейровизуализация в психиатрии: возможности использования при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 89–95.

40. Семёнова Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 2. С. 76–81.

41. Тарабрина Н.В. (ред.). Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – 90 – Revised – SCL-90-R) // Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 146–181.

42. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа исследований психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12, № 3. С. 97–114.

43. Холмогорова А.Б., Петрова Г.А. Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах. М.: Медицинская технология, ФГУ МНИИП Росздрава, 2007.

44. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–77.

45. Читая Н.Н., Данилов Д.С., Тювина Н.А. Гендерные особенности нейролептического синдрома при лечении типичными и атипичными антипсихотиками // Российский психиатрический журнал. 2009. № 2. С. 77–84.

46. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999. 45 с.

47. Addington J., Addington D. Visual attention and symptoms in schizophrenia // Schizophr. Res. 1998. Vol. 34. P. 95–99.

48. Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P. Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy. N.Y.: Guilford Press, 2008. 420 p.

49. Bell M.D., Bryson G., Wexler B.E. Cognitive remediation of working memory deficits: Durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenics // Acta Psychiatr. Scand. 2003. Vol. 198. P. 101–109.

50. Bora E., Yucel M., Pantelis Ch. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study // Br. J. Psychiatry. 2009. Vol. 195. P. 475–482.

51. Conley R.B., Mahmoud R. A randomized double blind study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia or schizoaffective disorder // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158. P. 1759–1763.

52. Corrigan P.W., Penn D.L. (Eds.). Social cognition and schizophrenia. Washington: APA, 2001. 353 p.

53. Davis J., Chen N., Glick I.D. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics // Arch. Gen. Psychiatry. 2003. Vol. 60, N 6. P. 553–564.

54. Davis J.M. The choice of drugs for schizophrenia // N. Engl. J. Med. 2006. P. 354–355.

55. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. et al. Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes // Arch. Gen. Psychiatr. 1971. Vol. 24. P. 454–464.

56. Derogatis L.R., Cleave P.A. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation // J. Clin. Psychol. 1977. Vol. 33. P. 981–989.

57. Dossenbach M., Pecanek G., Szulc A. et al. Long-term antipsychotic monotherapy for schizophrenia: disease burden and comparative outcomes for patients treated with olanzapine, quetiapine, risperidone, or haloperidol monotherapy in a pan-continent observational study // J.

Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. P. 1901–1915.

58. Edwards N.C., Pesa J., Meletich D.M. et al. One-year clinical and economic consequences of oral atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia // *Curr. Med. Res. Opin.* 2008. Vol. 24. P. 3341–3355.

59. Franke G.H. SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis. Deutsche Version. Göttingen: Testzentrale, 1995.

60. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Am. J. Psychiatry.* 1996. Vol. 153. P. 3.

61. Green M.F. New possibilities in cognition of enhancement for schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2009. Vol. 166, N 7. P. 749–752.

62. Haas M., Eerdeken M., Kushner S. et al. Efficacy, safety and tolerability of two risperidone dosing regimens in adolescent schizophrenia: double-blind study // *Br. J. Psychiatry.* 2009. Vol. 194. P. 158–164.

63. Kates W.R. Investigating the cognitive antecedents of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2010. Vol. 167, N 2. P. 122–124.

64. Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P., Marder S.R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35. P. 347–361.

65. Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C., Gur R.E. Approaches to cognitive rehabilitation of neuropsychological deficits in schizophrenia: A review and meta-analysis // *Neuropsychol. Rev.* 2001. Vol. 11. P. 197–210.

66. Leucht S., Barnes T.R., Kissling W. et al. Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review of exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials // *Am. J.*

Psychiatry. 2003. Vol. 160, N 7. P. 1209–1222.

67. Leucht S., Komossa K., Rummell-Kluge C. et al. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2009. Vol. 166. P. 152–163.

68. McNab F., Varrone A., Farde L. et al. Changes in cortical dopamine D1 receptor binding associated with cognitive training // *Science.* 2009. Vol. 323. P. 800–802.

69. Medalia A., Revheim N., Casey M. The remediation of problem-solving skills in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27. P. 259–267.

70. Menditto A.A., Beck N.C., Stuve P. et al. Effectiveness of clozapine and a social learning program for severely disabled psychiatric inpatients // *Psychiatry Serv.* 1996.

71. Olbrich R., Mussgay L. Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training: An evaluative study // *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 1990. Vol. 239. P. 366–369.

72. Rajji T.K., Ismail Z., Mulsant B.H. Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis // *Br. J. Psychiatry.* 2009. Vol. 195. P. 286–293.

73. Silverstein S.M., Menditto A.A., Stuve P. Shaping attention span: An operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27. P. 247–257.

74. Wright J., Turkington D., Kingdon D.G., Basco M.R. Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide. Washington, DC: APP, 2009. 354 p.

СПЕРИДАН В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ

Е. Ю. Антохин

Цель работы – определение эффективности комплексной терапии больных шизофренией с длительным течением заболевания, включающей фармакотерапию спериданом и психосоциальную терапию (этап активных психосоциальных воздействий). В исследовании приняли участие 30 больных шизофренией (15 муж. и 15 жен.) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст – 38,7±12,0 лет). По диагностическим категориям МКБ-10: шизофрения параноидная с непрерывным течением – 15 пациентов (50%), шизофрения параноидная с эпизодическим течением – 7 пациентов (23,4%), простая – 3 пациента (10%), кататоническая – 1 (3,3%); шизоаффективное расстройство – 4 пациента (13,3%). Длительность заболевания составила от 6 до 24 лет (средняя – 11,6±5,6 лет), у 50% от 6 до 10 лет. Методы: клиничко-психопатологический с использованием шкалы PANSS и опросника

SCL-90-R; экспериментально-психологический – опросник когнитивного дефицита А.Б.Холмогоровой и опросник социальной поддержки F-SOZU-22; статистический – расчет среднего значения и стандартного отклонения с количественным анализом данных и Т-критерий Вилкоксона с обработкой данных с помощью Statistica 6.0 для Windows. Установлено, что комплексная терапия, включающая фармакотерапию спериданом и психосоциальную терапию, способствует улучшению психического состояния, а также показателей когнитивного и социального функционирования, повышая социальную интеграцию больных шизофренией с длительным течением заболевания.

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальная терапия, сперидан.

SPERIDAN IN THE INTEGRATIVE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH A LONG HISTORY OF DISEASE

E. Yu. Antokhin

Goal: Investigation of efficacy of integrative treatment in schizophrenic patients with a long history of disease. Integrative treatment includes pharmacotherapy with Speridan and psychosocial treatment (stage of active psychosocial interventions). Material: 30 schizophrenic patients (15 male and 15 female) aged 20 to 60 years (average age 38.7±12.0 years). Diagnosis according to ICD-10: continuous paranoid schizophrenia – 15 patients (50%), episodes of paranoid schizophrenia – 7 patients (23.4%), simple schizophrenia – 3 patients (10%), catatonic schizophrenia – 1 (3.3%) and schizoaffective disorder – 4 patients (13.3%). Duration of disease varies from 6 to 24 years (average 11.6±5.6 years), and in 50% the history of disease is 6 to 10 years. Methods: clinical-psychopathological,

with use of PANSS and SCL-90-R; experimental psychological – with use of the Cognitive Deficit Questionnaire (developed by A. Kholmogorova) and the social support scale F-SOZU-22; statistical – calculation of mean values and standard deviations, with quantitative analysis of data and Wilcoxon T-test, analysis of data with the help of Statistica 6.0 for Windows. Results: Integrative treatment that includes pharmacotherapy with Speridan and psychosocial treatment contribute to improvement of mental condition and the indices of cognitive and social functioning, thus facilitating the social integration of schizophrenic patients with a long history of disease.

Key words: schizophrenia, psychosocial treatment, Speridan.

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»; e-mail: antioh@rambler.ru