

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИЗНАННЫХ СУДОМ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ

Минакова Ю. С., Руженков В. А.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии*

Клинико-психопатологическим и психометрическим методами обследовано 180 больных шизофренией в возрасте от 19 до 87 ($49,4 \pm 1,1$) лет: 77 женского и 103 мужского пола, признанных судом в установленном законом порядке недееспособными. Сравнительный анализ проводился в двух группах пациентов: проживающих в домашних условиях (первая группа) и находящихся на этапе оформления в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения (вторая группа). Установлено, что у пациентов второй группы более выраженная, чем в первой, социальная дезадаптация, связанная с более ранним началом эндогенного процесса, что являлось одной из причин отказа от них родственниками и оформлении в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения. Причиной, препятствующими больным находиться в домашних условиях, являлось агрессивное поведение пациента. До признания их недееспособными, пациенты неоднократно госпитализировались в недобровольном порядке с параноидной и психопатоподобной симптоматикой: большинство (73,2 %) злоупотребляли алкоголем, а у 62,4 % было неблагоприятное микросоциальное окружение (лица с криминальным прошлым, злоупотребляющие алкоголем и психоактивными веществами, религиозные фанатики). Обсуждаются подходы к психофармакотерапии и психосоциальной терапии и реабилитации.

Ключевые слова: шизофрения, недееспособность, социальная адаптация, гетероагрессия, психофармакотерапия.

PSYCHO-PHARMACOTHERAPY IN THE STRUCTURE OF INTEGRATED TREATMENT OF SCHIZOPHRENIC FOUND LEGALLY INCOMPETENT BY COURT

Minakova Yu. S., Ruzhenkov V. A.

Belgorod State National Research University Department of psychiatry, narcology and clinical psychology

180 schizophrenics at the age from 19 to 87 ($49,4 \pm 1,1$) including 77 women and 103 men found legally incompetent by court were surveyed by the clinical-psychopathological and psychometrical methods. The comparative study was carried out for two groups of patients: the ones living at home (the first group) and the patients that were at the stage of preparing for going to a psychoneurological institution for social security (the second group). It was found the second group patient had more expressed level of social maladjustment than the patients in the first group. The social maladjustment was connected with early start of the endogenetic processes that was the cause their parents abandoned them. The main factor preventing such patients to live at home was their aggressive behavior. Such patients were hospitalized at various times on a voluntary basis with psychopathic-like symptoms and signs: the main part of them (73,2 %) misused alcohol and 62,4% had a negative milieu (persons with criminal history, people misused alcohol and psychoactive substances, religious bigots). In the article some approaches to psycho-pharmacotherapy, psychosocial therapy and rehabilitation were discussed.

Keywords: schizophrenia, incapability, social adaptation, hetero-aggression, psycho-pharmacotherapy.

Шизофрения – тяжелое психическое расстройство, которое характеризуется расстройствами мышления, восприятия, неадекватными эмоциями, нарушениями социального взаимодействия, широко распространена в населении – 0,8–1 %, а заболеваемость составляет 15 на 100 000 человек [7] и приводит к высокому уровню инвалидности [3, 11] с преобладанием лиц молодого возраста в структуре первичной и повторной инвалидности [9]. Шизофрения приводит к ухудшению профессионального и социального функционирования больных, создает огромное бремя для их семьи и окружения, а также требует больших экономических

затрат [6]. Через 10 лет после манифестации заболевания у 86 % больных наблюдается должностное и профессиональное снижение [1].

В связи с социальной дезадаптацией больных, необходимостью рационального расходования их денежных средств, защиты имущественных прав, обеспечением ухода, надзора и контроля за лечением, невозможностью совместного проживания по мотивам «психологической несовместимости», родственники пациентов обращаются в суд с иском о признании пациентов недееспособными и установления над ними опеки [2]. По разным причинам часть недееспособных больных помещаются в психоневрологические учреждения для социального обеспечения, которые входят в общую систему психиатрической помощи в Российской Федерации и одновременно являются учреждениями социальной защиты населения [5].

В связи с этим целью исследования была разработка дифференцированных подходов к оказанию психофармакологической помощи больным шизофренией, признанных судом недееспособными для повышения уровня их адаптации в микросоциальном окружении.

Материал и методы исследования

В течение 2010–2012 гг. нами обследовано 180 больных шизофренией в возрасте от 19 до 87 ($49,4 \pm 1,1$) лет ($Me=53$; $Q25-Q75 = 37-60$): 77 женского и 103 мужского пола, признанных судом в установленном законом порядке недееспособными: первую составили 88 (46 мужчин и 42 женщины) пациентов, проживающих в домашних условиях, а во вторую группу вошли 92 (57 мужчин и 35 женщин) пациента, преимущественно находящиеся в условиях психиатрической клиники на этапе подготовки к помещению в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический: шкала позитивных и негативных симптомов PANSS, «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» [4], «Шкала социальной поддержки» (MSPSS) Зимета в адаптации Сироты и Ялтонского (оценивалась эффективность и адекватность социальной поддержки по трем аспектам – «семья», «друзья» и «значимые другие»).

Статистическая обработка материала проводилась методами непараметрической статистики (медиана и интерквартильный интервал $Q25-Q75$, критерий Манна – Уитни [для сравнения двух независимых переменных], критерий χ^2 для таблиц сопряженности 2×2) при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Диагностика шизофрении проводилась на основании критериев, принятых в отечественной психиатрии [8], и сопоставлялась с рубриками F2 МКБ-10.

Результаты исследования и обсуждение

На период обследования больные шизофренией первой группы были в возрасте от 21 до 77 ($48,7 \pm 1,4$) лет и второй – от 19 до 87 ($48,8 \pm 1,6$) лет. По уровню образования группы между собою не отличались (17 % и 23 % высшее и неоконченное высшее образование соответственно). Однако в первой группе высшее и неоконченное высшее образование у лиц женского пола (31 %) было статистически достоверно чаще ($\chi^2=8,653$ $p=0,003$), чем у мужского (4,3 %). По уровню занимаемого социального положения до начала заболевания больные обеих групп также не различались. Обращает на себя внимание определенный диссонанс между высоким удельным весом высшего и неоконченного высшего образования и незначительного числа пациентов (16 %), занятых на должности ИТР и служащих (74 % занимали рабочие должности и 11 % никогда не работали). В первой группе лица женского пола занимали должности ИТР и служащих в 31 % случаев, а мужского – только в 6,5 % случаев ($\chi^2=7,243$ $p=0,007$). Данное обстоятельство может быть в определенной степени связано как с более высоким образовательным уровнем, так и с более поздним началом эндогенного процесса у лиц женского пола (у 21,4 % женщин дебют заболевания выпал на возраст 31–40 лет, в то время как у мужчин в этом возрастном диапазоне дебют был только у 6,5 % пациентов).

В общей сложности подавляющее большинство дебютов шизофрении в обеих группах – 83,9 % выпало на возрастной период до 30 лет, что соответствует литературным данным. Обращает на себя внимание тот факт, что во второй группе значительное число дебютов шизофрении – 45,6 % выпало на возраст до 20 лет, а первой – только 27,2 % ($\chi^2=5,775$ $p=0,016$). В связи с более ранним началом эндогенного процесса у пациентов второй группы произошла более выраженная, чем в первой, социальная дезадаптация, что послужило причиной отказа от них родственников и возникла необходимость решения вопроса о помещении в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения. Обращает внимание на себя тот факт, что у пятой части лиц женского пола первой группы (21,4 %) заболевание дебютировало в возрасте старше 30 лет, что помогло им до начала заболевания приобрести стойкие социальные связи (завести друзей, выйти замуж, родить детей), обеспечив тем самым хороший уровень семейной адаптации и поддержку в период болезни.

Установлено, что причины госпитализации в психиатрический стационар пациентов первой и второй группы были различными. Так, в первой группе это была необходимость оказания лечебной помощи (ухудшение психического состояния пациента, необходимость коррекции поддерживающей антипсихотической терапии, отсутствие в аптечной сети необходимых препаратов, неэффективность прежней терапии, выраженные побочные действия антипсихотических препаратов), реже – временный отъезд опекуна и других родственников, ухаживающих за пациентом, или настоятельные просьбы самого пациента. Во второй группе основные причины госпитализации были социального плана: сбор необходимых документов

для оформления в интернат, госпитализация по настоянию опекуна в связи с нежеланием ухода за пациентом и, значительно реже, ухудшение психического состояния пациента.

Клинико-психопатологический анализ показал, что в первой и второй группах преобладала параноидная форма шизофрении (94,3 % и 87 % соответственно), значительно реже встречалась простая форма (3,4 % и 5,4 %) и недифференцированная (2,3 % и 3,3 % соответственно); резидуальная шизофрения (4,3 %) встречалась только во второй группе. В большинстве случаев течение эндогенного процесса было непрерывно-прогредиентным (72,7 % в первой и 82,6 % во второй группе), эпизодический тип с нарастающим дефектом встречался в 20,6 % и 14,1 % случаев соответственно и эпизодический со стабильным дефектом – 6,8 % и 3,3 % случаев. В обеих группах клинически преобладал параноидный синдром: 51,1 % в первой и 39,1 % во второй группе (с одинаковым распределением бредового и галлюцинаторного вариантов), реже встречался психопатоподобный (19,3 % и 26 % соответственно), аффективно-бредовый (21,6 % и 18,5 %) и парафренный (8 % и 16,3 % соответственно) синдром.

Причинами обращения в суд с исковым заявлением о признании пациента недееспособным наиболее часто – 92 (51,1 %) случая было решение о помещении в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения (вторая группа), а в первой группе – 27,2 % упрощение госпитализации в психиатрический стационар, приобретение жилищной выгоды (продажа или сдача в аренду жилья) – 17,2 %, забота о детях пациента (оформление над ними опеки) – 2,8 % и пресечение антисоциального поведения пациента – 1,7 % случаев.

Во второй группе причины оформления пациентов в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения (диаграмма 1) можно разделить на две группы: социальные (плохое здоровье опекуна, стесненные жилищные и материальные условия, нежелание опекуна ухаживать за пациентом и отсутствие родственников) и клинические (агрессивное поведение пациентов).



Анализ причин, которые препятствуют больным шизофренией находиться в домашних условиях, показал, что имеются определенные резервы для психосоциальной терапии и реабилитации. В первую очередь необходима коррекция «агрессивного поведения пациента». Клинический анализ показал, что до признания их недееспособными, пациенты неоднократно госпитализировались в недобровольном порядке с параноидной и психопатоподобной симптоматикой. После лишения дееспособности и установления опеки, решение о госпитализации и её длительности принимал опекун, поэтому сроки пребывания в стационаре значительно увеличивались. После выписки из стационара почти половина пациентов (46,7 %) не принимали регулярно поддерживающую терапию. Большинство (73,2 %) пациентов из этой группы злоупотребляли алкоголем, у 62,4 % больных социальное окружение составляли лица с криминальным прошлым, злоупотребляющие алкоголем и психоактивными веществами, религиозные фанатики, судимые за мошенничество, у части были близкие родственники, страдающие психическими заболеваниями. Многие пациенты (21,3 %) сами употребляли алкоголь для уменьшения симптомов депрессии и тревоги, ослабления побочного действия нейролептиков. Другие использовали алкоголь как коммуникативный допинг, чтобы «влииться в компанию». Нередко на употребление спиртных напитков их провоцировали родственники (родители, в основном отцы, супруги).

Высокий удельный вес (33,7 %) занимает нежелание родственников ухаживать за пациентами. Причинами этого были следующие: нежелание обременять себя лишними хлопотами, плохое материальное положение и стесненные жилищные условия, агрессивное и антисоциальное поведение пациентов (сексуальная распущенность, склонность к воровству),

страх подвергнуться общественному неодобрению, если станет известно, что в семье есть психически больной, наличие тяжелого соматического заболевания у пациента или у самого родственника.

Способность к самообслуживанию снижена почти у всех лиц мужского пола первой группы (97,8 %), в то время как у лиц женского пола этот показатель составляет 71,4 % ($\chi^2=10,145$ $p=0,001$). В то же время только 2,2 % мужчин нуждаются в посторонней помощи, тогда как среди женщин эта цифра составляет 28,5 % ($\chi^2 =10,145$ $p=0,001$). Приведенные данные свидетельствуют, что родственники более охотно берут на себя ответственность за ослабленных больных женского пола, а от больных мужского пола стараются избавиться. Это связано с тем, что женщины реже злоупотребляли психоактивными веществами и родственникам проще справиться с агрессивно настроенной женщиной. Кроме того, лица мужского пола быстрее теряли социальные связи (не участвовали в воспитании детей, поэтому лишились заботы с их стороны).

Для психофармакотерапии как симптом-мишень нами выделен психопатоподобный синдром, проявляющийся на поведенческом уровне в виде агрессивного поведения пациента:

- обусловленное негативной (психопатоподобной) симптоматикой в рамках изменений личности;
- обусловленное параноидной симптоматикой (резидуальной и в рамках изменений личности).

При гетероагрессии, обусловленной негативной симптоматикой, в период пребывания в стационаре пациентам назначались нейролептики пролонгированного действия: клопиксол 200 мг в/м один раз в 2 недели в сочетании с неуплептилом 0,01 до 30–60 мг в сутки в течение 2–3 месяцев. При выписке рекомендовалось в амбулаторных условиях продолжать инъекции клопиксола и прием 20–30 мг неуплептила. Выбор такой тактики обусловлен необходимостью не только купирования гетероагрессии, но и закрепления результата терапии, проведения в условиях стационара психотерапевтической работы, направленной на упорядочение поведения пациента, урегулирования его взаимоотношений с родственниками, улучшение комплаентности.

При гетероагрессии, обусловленной параноидным синдромом, выделено два варианта терапии в зависимости от структуры синдрома. При галлюцинаторном варианте – парентеральное введение галоперидола в дозе 30–50 мг в/м в течение 10–14 дней с последующим переходом на таблетированные формы в сочетании с клопиксолом 25–50 мг в сутки в течение 1–1,5 месяцев с последующим переводом на клопиксол-депо 200 мг в/м один раз в 2 недели.

При бредовом варианте – парентерально введение трифтазина в дозе 30-40 мг в/м в течение 2 недель с последующим переходом на таблетированные формы в сочетании с флюанксомом 20–35 мг в сутки в течении 2–2,5 месяцев с последующим переводом на флюанксол деканоат в дозе 20–40 мг в/м один раз в 2–3 недели.

Такой контингент пациентов должен наблюдаться диспансерно, при выраженной агрессии, а также совершенных в прошлом ООД и прохождении принудительного лечения – в кабинете активного диспансерного наблюдения. Катамнестическое обследование пациентов показало, что они стали более спокойными, лучше адаптировались в семейных условиях, за исключением пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Наблюдение пациентов в кабинете активного диспансерного наблюдения позволило усилить контроль за их поведением и приемом лекарственных препаратов, что снизило агрессивность пациентов и улучшило их внутрисемейные отношения.

Таким образом, в результате исследования установлено, что среди больных шизофренией, признанных судом недееспособными, лица женского пола более адаптированы в микросоциальной среде за счет более позднего начала эндогенного процесса, более высокого образовательного уровня и преморбидной социальной адаптации, а также более редким сочетанием эндогенного процесса со злоупотреблением алкоголем, наркотическими и токсическими веществами. Имеется определенный резерв для психосоциальной терапии и реабилитации недееспособных больных шизофренией, а симптомами-мишенями являются «нежелание опекуна ухаживать за пациентом» и «агрессивное поведение пациента». Реализация комплекса психофармакотерапии при адекватном диспансерном наблюдении пациента участковым врачом-психиатром, позволяет в определенной степени оптимизировать социальную адаптацию пациента в домашних условиях.

Список литературы

1. Андропова Н. В., Генайло С. П. Качество жизни у больных параноидной шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 63-64.
2. Бойко Е. О., Ситчихин П. В., Солоненко А. В. О факторах, влияющих на динамику количества недееспособных лиц в г. Краснодаре // Психическое здоровье. – 2013. – № 1. – С. 61-66.
3. Бремя шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза [Электронный ресурс]: расширенный реферат / W. Rössler, H. J. Salize, J. van Os [и др.] // Психиатрия и фармакотерапия. – 2006. – Т. 11, № 2. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatry/article/10963> (дата обращения: 10.07.2013).

4. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35-40.
5. Дементьева Н. Ф. Проблемы соблюдения прав человека в психоневрологических интернатах и детских домах-интернатах [Электронный ресурс] // Права человека и психиатрия в Российской Федерации: докл. по результатам мониторинга и темат. ст. / отв. ред. А. Новикова. – М.: Моск. Хельсинкская группа, 2004. – Режим доступа: <http://www.mhg.ru/publications/389СЕЕ8> (дата обращения: 10.07.2013).
6. Нурмагамбетова С. А. Конста: новые перспективы достижения ремиссии при шизофрении // Сборник трудов Республиканской научно-практической конференции, Алма-Аты, 3–4 мая 2007 г. / РНПЦ ППН. – Алма-Аты, 2007. – С. 30-39.
7. Психиатрия: справочник практического врача / Под ред. А. Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 608 с.
8. Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.
9. Структура и динамика инвалидности вследствие психических расстройств в Российской Федерации в 2007–2011 гг. / Н. Ф. Дементьева, Е. А. Бочева, О. Х. Бегметов [и др.] // Психическое здоровье. – 2013. – № 2. – С. 21-25.
10. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / Акад. мед. наук; под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – 398 с.
11. Tandon R., Keshavan M. S., Nasrallah H. A. Schizophrenia, “Just the Facts”: What we know in 2008. Part 1: Overview // Schizophrenia Research. – 2008. – Vol 100, № 1. – P. 4-19.

Рецензенты:

Ретюнский Константин Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург.

Дмитрий Вадимович Плотников, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Курского государственного медицинского университета, г. Курск.