

SYSTEM OF COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH SHYOSFRENIA IN VIEW OF SOMATIC COMORBIDITY*Опря Ye.**Associated professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine***СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З УРАХУВАННЯМ СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ***Опря Є.В.**доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університета, Одеса, Україна***Abstract**

On the basis of the results of the complex clinical and psychopathological study of the features of clinical manifestations, perceptions of psychic and somatic illness, as well as features of social and personal functioning and quality of life of patients with schizophrenia with somatic disorders, has been developed and introduced into practice the system of complex rehabilitation in view of somatic comorbidity.

The proposed rehabilitation system is a complex of interventions that includes a combination of pharmacotherapeutic, psycho-educational, psychotherapeutic and psychosocial influence, selected in view of specifics of the psychopathological process resulting from a combination with somatic pathology. According to the results of approbation has been proved its high efficiency compared to traditional treatment.

Анотація

На основі результатів комплексного клініко-психопатологічного дослідження особливостей клінічних проявів, сприйняття психічної та соматичної хвороби, а також особливостей соціально-особистісного функціонування та якості життя хворих на шизофренію з соматичними розладами розроблена та впроваджена в практику система комплексної реабілітації хворих з урахуванням соматичної коморбідності. Запропонована система реабілітації представляє собою комплекс заходів, що включає поєднання фармако-терапевтичних, психоосвітніх, психотерапевтичних та психосоціальних заходів, підібраних з врахуванням специфіки психопатологічного процесу, що обумовлена поєднанням з соматичною патологією. За результатами апробації доведена її висока ефективність, порівняно з традиційним лікуванням.

Keywords: schizophrenia, somatic disorders, cardiovascular disorders, type 2 diabetes, obesity, complex rehabilitation, pharmacotherapy, psycho-education, psychotherapy.

Ключові слова: шизофренія, соматичні розлади, серцево-судинні розлади, цукровий діабет 2-го типу, ожиріння, комплексна реабілітація, фармакотерапія, психоосвіта, психотерапія

Шизофренія є одним з найбільш інвалідизуючих психічних розладів, яка? за даними сучасних досліджень? все частіше визнається системним захворюванням, при якому складні психопатологічні порушення часто поєднуються з інтеркурентними шизофренії соматичними розладами, що відзначаються майже у кожного другого хворого [1-4]. Поєднання шизофренії з соматичними розладами асоційовано зі значними негативними медико-соціальними наслідками: збільшенням рівня смертності, негативним клінічним прогнозом, погіршенням соціального функціонування та якості життя хворих [3-6]. Особливих труднощів набуває питання терапії шизофренії при її поєднанні з соматичними станами, по-перше, за рахунок інтеркурентності соматичних та психопатологічних проявів: їх взаємовпливу, нашаровуванню один на одне, нівелюванню або навпаки посиленню симптомів, по друге, за рахунок необхідності врахування особливостей фармакологічної дії психотропних та соматотропних препаратів, при їх сумісному використанні, можливі побічні ефекти та ускладнення; по-третє, особливостями психопатологічного процесу, що обумовлюють специфіку сприйняття соматичної та психі-

чної хвороби, поведінку хворого в процесі лікування. Означене вище передбачає необхідність науково досліджень в напрямку визначення особливостей психопатологічного процесу при його поєднанні з соматичною патологією та розробці на їх основі комплексних терапевтичних заходів з урахуванням соматичної коморбідності, що і стало за мету даного дослідження.

Мета – розробити та впровадити в практику комплексну програму реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням соматичної коморбідності.

За основу при розробці програми комплексної реабілітації були використані результати комплексного дослідження клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей психотичного процесу при його поєднанні з соматичними розладами, в якому взяли участь 186 хворих на шизофренію (F20): 136 осіб з хронічними соматичними захворюваннями (50 хворих з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), 42 хворих з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2), 44 хворих з ожирінням з яких та 50 хворих на шизофренію без хронічних соматичних захворювань). Визначені за результатами дослідження особливості психопатологічного процесу

при його поєднанні з соматичними розладами (таблиця 1) виступили провідними мішенями (напрямами) при розробці запропонованої комплексної

системи реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням соматичної коморбідності.

Таблиця 1

Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості (ознаки) шизофренії, що поєднана з соматичними розладами за результатами комплексного дослідження

Ознаки	F 20 з ССЗ	F 20 з ЦД-2	F 20 з ожирінням
1	2	3	4
Клініко-психопатологічні особливості	Наявність галюцинацій, сенестопатій, гіперстезій		
	Іпохондризація		Рухова загальмованість
	Депресивна симптоматика	Депресивна симптоматика, дисфоричні розлади настрою	
	Тривожність	Збудження, імпульсивність	Аутизація та активний відхід від соціальних контактів
	Емоційна відчуженість	Порушення уваги	Превалювання негативної симптоматики (емоційна відчуженість, пасивно-апатична соціальна відгородженість, зниження комунікабельності);
особливості сприйняття психічної та соматичної хвороби	Високий рівень усвідомлення та критичності щодо психічної хвороби		Частковий рівень усвідомлення та критичності щодо психічної хвороби
	сприйняття високої загрози психічного розладу		
	сприйняття низької загрози соматичного розладу		
	ототожнення між собою соматичних та психопатологічних симптомів		
особливості соціально-психологічної адаптації	високий рівень професійної нереалізованості		
	обмеженість та звуження соціальних зв'язків		
	зниження фізичного та повсякденного функціонування, обумовлені фізичним та/або емоційним станом		
	зниження рівня якості життя у сфері власного здоров'я		
		Низький рівень комплаєнсу за рахунок недостатньої сформованості факторів, пов'язаних з пацієнтом та відношенням до медикації	

Враховуючи означені клініко-психопатологічні та патопсихологічні ознаки шизофренії, що поєднана з соматичними розладами було виділено основні стратегічні напрямки (завдання) системи комплексної реабілітації: 1) редукція психотичної симптоматики та стабілізація психічного стану хворого з урахуванням особливостей соматичного стану (психотропна терапія); 2) лікування та профілактика соматичного захворювання (соматотропна терапія); 2) формування усвідомлення пацієнтом наявності у нього психічної та соматичної хвороби водночас, з чітким розумінням проявів, симптомів та механізмів розвитку кожної; 3) формування у пацієнта навичок контролю соматичного стану (контроль соматичного симптому); 4) формування у пацієнта навичок контролю свого психічного стану

(контроль психопатологічних проявів); 5) формування у пацієнта та його оточення навичок щодо контролю стресу для запобігання провокацій запуску психопатологічної симптоматики; 6) корекція образу життя пацієнтів з врахуванням специфіки соматичної коморбідності; 7) підвищення соціальної компетентності пацієнтів. Для реалізації виділених завдань на кожному з виділених етапів в обов'язковому порядку використовувались наступні форми роботи: фармакотерапія (психотропна та соматотропна), психотерапія та психоосвіта, психосоціальна реабілітація (рисунок 1). На кожному з етапів означені форми роботи мали свої акценти та специфіку.

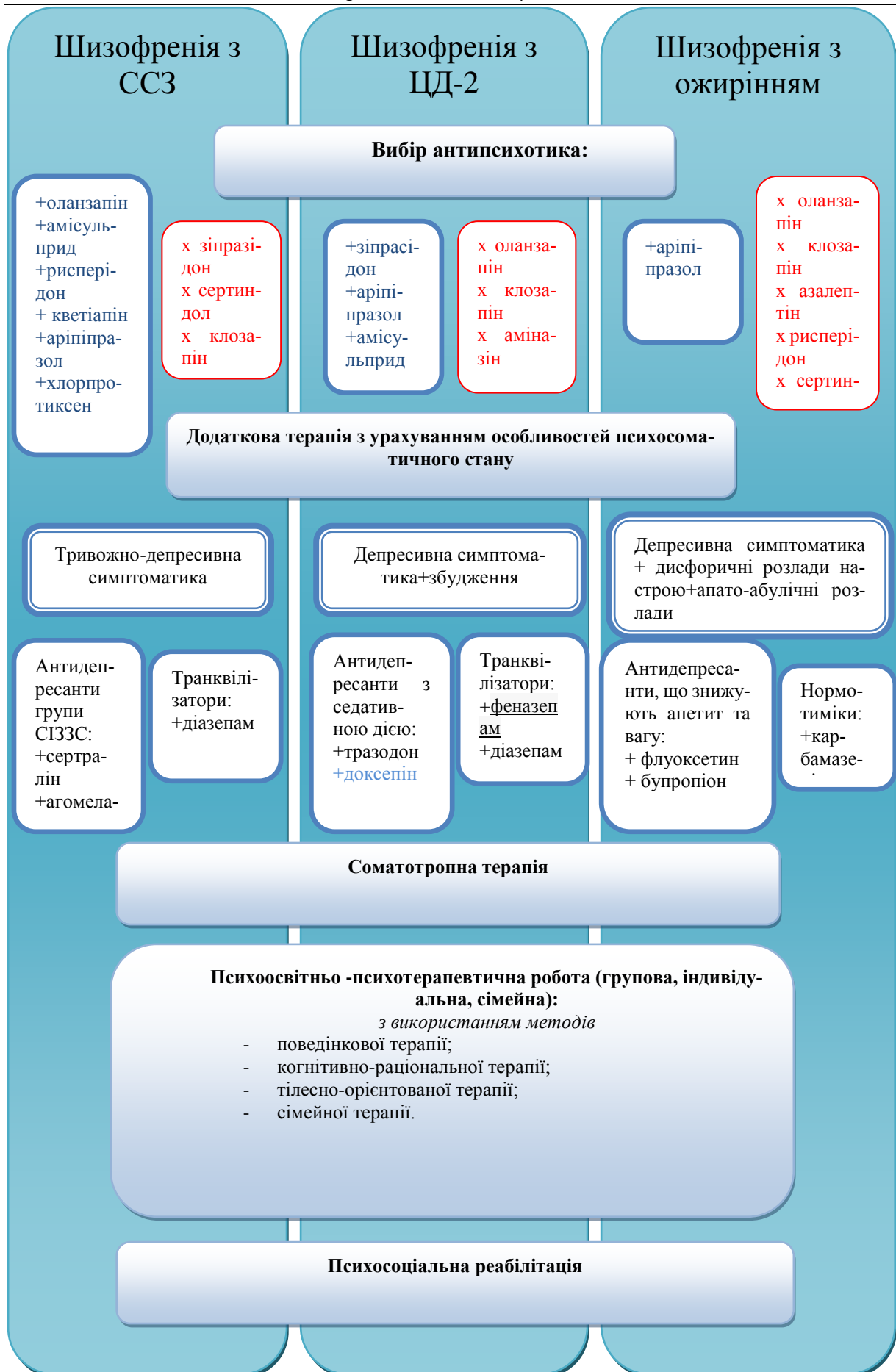


Рисунок 1 Напрямки та методи роботи системи

комплексної реабілітації хворих на шизофренію з соматичними розладами (умовні позначення: «+» - рекомендовано; «X» - протипоказано). Реалізація запропонованої системи комплексної реабілітації здійснюється поетапно, відповідно фазності перебігу шизофренії та включає наступні етапи: I етап - терапія гострої фази; II етап – стабілізаційна фаза; та III етап – стабільна фаза.

Провідним завданням терапії на I етапі була редукція важкості психопатологічної симптоматики та супутніх симптомів за рахунок оптимально підібраної психотропної терапії. В якості загальних принципів вибору нейролептичної терапії при шизофренії з коморбідною соматичною патологією були виділені: індивідуальний підхід з урахуванням особливостей психопатологічного та соматичного станів; мінімальна виразність побічних нейротропних та соматотропних побічних ефектів; низька вірогідність небажаної взаємодії з препаратами соматотропної терапії; за можливістю дотримання монотерапевтичного підходу; ретельна фільтрація дози (її поступове збільшення або зменшення для визначення індивідуальної переносимості препарату, його впливу на стан пацієнта та попередження небажаних побічних ефектів).

Спируючись на отримані в ході дослідження особливості клінічних проявів психопатологічного процесу у хворих з соматичними розладами та враховуючі специфіку соматичної патології запропоновані наступні схеми фармакотерапії:

Хворим на шизофренію з ССЗ, враховуючи наявність депресивної та тривожної симптоматики та необхідність забезпечення мінімального кардіометаболічного ризику, призначались: нейролептики поєднаної дії (кветіапін, оланзапін, хлорпротиксен; аріпіпразол, амисульприд та рисперідон); антидепресанти (сертралін, агомелатин) та анксиолітики (діазепам).

Хворим на шизофренію з ИД-2, враховуючи виразність депресивної симптоматики, наявність дисфоричних розладів настрою та необхідність мінімізації впливу препарату на досягнення компенсації цукрового діабету на фоні антидіабетичної терапії призначались: нейролептики (зіпрасідон, аріпіпразол та амисульприд), антидепресанти (тразодон, доксерін, мінсерин та азафен) та транквілізатори (феназепам та діазепам).

Хворим на шизофренію з ожирінням, враховуючи переважання в клінічній картині негативної симптоматики, наявність депресивних симптомів та дисфоричних розладів настрою, а також важливість мінімального фармакогенного впливу препарату на збільшення ваги та інші метаболічні порушення призначались: нейролептик (зіпрасідон), антидепресанти (флуоксетин та бупробіон), психостимулятори (сібутрамін та амфепрамон).

Паралельно з психотропною терапією ведеться постійний контроль за соматичним станом (регулярний контроль показників тиску, ЕКГ та показників крові) та корекція соматотропної терапії лікарем загальної медицини (терапевтом, кардіологом, ендокринологом).

Психоосвітня і психотерапевтична робота використовуються інтегративно, проводяться в двох формах: індивідуальній та груповій, що орієнтовані як на пацієнта, так і на його оточення (сім'ю) та

спрямовуються на усвідомлення пацієнтом та членів його сім'ї наявності у нього психічної та соматичної хвороби водночас, з чітким розумінням проявів, симптомів, механізмів розвитку кожної та можливості контролю їх симптомів. Індивідуальна робота розпочинається з перших днів лікування та проводиться протягом всього курсу лікування лікарем-психіатром. Психоосвітня робота ведеться за наступними ключовими напрямками: надання інформації відносно особливостей, специфіки, проявів та лікування психічного та соматичного захворювань; формування навичок контролю соматичного стану (контроль соматичного симптому); контролю психічного стану (контроль психопатологічної симптоматики) та контролю стресу.

Індивідуальна психоосвітньо-психотерапевтична робота проводиться з акцентом на поведінковій терапії, метою якої є корекція способу життя пацієнта, що включає дієту, фізичну активність, режимні моменти, формування навичок турботи про себе (фізичну та естетичну поведінку по відношенню до себе).

Терапія на етапі стабілізаційної фази заключається в продовженні психотропної терапії на фоні соматотропної терапії та розширенні спектру психотерапевтичної та психоосвітньої роботи. Перевага на даному етапі терапії надається груповій психотерапевтичній роботі. Група формується з числа хворих на шизофренію з наявністю соматичної коморбідності та без неї. Критерієм відбору пацієнтів для роботи в психотерапевтичній групі є відсутність гострої психічної симптоматики, грубих інтелектуальних порушень та неконтрольованої агресивної поведінки.

Групова психотерапія є чітко структурованою та представляє собою 12 тематичних сесій (тематика яких задається ведучим). Група є закритою з обмеженням кількості учасників від 6 до 12 осіб з фіксованою датою початку та закінчення курсу, тривалістю кожної сесії 1 час та періодичністю 3 рази на тиждень. Групу ведуть два спеціаліста: лікар-психіатр та психолог. Кожне заняття має чітку структуру та складається із ввідної (інформаційної) частини, практичної частини та обговорення. Змістовне наповнення циклу групових занять включає в себе інформацію про психічну хворобу, її причини, перебіг, прояви, прогноз, характер медикаментозної терапії та побічні дії препаратів (що надається відповідно до тематики сесії). Дві сесії присвячуються стану соматичного здоров'я, його оцінці, наявності коморбідних хронічних соматичних розладів, усвідомленню їх наявності та ризиків, впливу на психічний стан, можливостям та необхідності їх контролю, лікування та профілактики. Робоча частина сесій присвячується практичній роботі, - пацієнтів навчають спостерігати за собою, виокремлювати у себе хворобливі симптоми, відстежувати початок загострення, опрацьовуються навички розпізнання тілесних проявів, емоцій та навички турботи про себе, обговорюються способи та опрацьовуються навички контролю стресу, досліджується специфіка власного емоційного реагування та апробуються можливі інші варіанти, що дозволяють уникнути стресу або послабити його.

Для чого використовуються техніки та вправи когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої терапії та арт-терапії. Групова психоосвітньо-психотерапевтична робота окрім психоосвіти спрямована передусім на взаємодію учасників та надає можливість розширення сфери контактів, безпечної соціальної взаємодії, опрацювання комунікативних навичок та забезпечує «психосоціальну підтримку», що сприяє соціально-психологічній адаптації хворих.

На етапі стабілізаційної фази продовжується підтримуюча фармакотерапія та рекомендовано відвідування хворими груп підтримуючої психосоціальної взаємодії (з розвитку комунікативних навичок, груп взаємопідтримки та взаємодопомоги, арт-терапевтичних груп) спрямованих передусім на соціально-психологічну реабілітацію, підвищення соціальної компетентності та розширення можливостей соціальної взаємодії хворих.

В апробації запропонованої комплексної програми реабілітації хворих на шизофренію з соматичними розладами взяли участь 110 осіб з числа хворих основних груп дослідження, з яких 57 осіб (22 хворих з серцево-судинними; 18 хворих на цукровий діабет 2-го типу; та 17 хворих на ожиріння) пройшли курс лікування за означеною програмою та 53 особи (20 хворих з серцево-судинними; 17 хворих на цукровий діабет 2-го типу; та 16 хворих на ожиріння) курс традиційного лікування.

Критеріями для оцінки ефективності розробленої програми терапії служили: загальний ступінь поліпшення стану (за результатами шкали шкали загального клінічного враження CGI-I) [7]; рівень виразності психопатологічної симптоматики (за шкалою - PANSS) [8]; особливостей соціально-особистісного функціонування (за шкалою PSP) [9] та рівня якості життя хворих (за опитувальником про стан здоров'я (SF-36)) [10], що оцінювались після проведеного лікування.

Отримано, що хворі, які пройшли лікування за означеною програмою значно частіше характеризувались: «дуже значним покращенням стану» (38,6±5,4)%, порівняно з хворими, що отримували традиційне лікування (24,53±4,09)%, при $p \leq 0,05$); значно нижчими показниками виразності психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS (50,1±0,77) балів, порівняно з хворими, що отримували традиційне лікування (63,6±0,83) балів, при $p \leq 0,05$, особливо за рахунок значно нижчих показників виразності загальної психопатологічної симптоматики (23,8±0,56) балів, зокрема депресивних, іпохондричних симптомів та соціальної відгородженості, порівняно з групою традиційного лікування (31,5±0,49) балів, при $p \leq 0,05$; а також відзначали значно вищий рівень власного соціально-особистісного функціонування (74,5±1,58) балів, порівняно з групою традиційного лікування (57,0±1,45) балів, при $p \leq 0,05$ та більш високо оцінювали рівень якості власного життя, особливо в сферах життєвої активності (67,6%), соціального функціонування (72,6%) та емоційного функціонування (75,7%), в порівнянні з хворими, що лікувались традиційно,

показники рівня якості життя яких за означеними сферами склали (55,5%, 61,4% та 63,6%, відповідно), при $p \leq 0,05$.

Таким чином, отримані дані доводять високу ефективність та результативність системи комплексної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням соматичної коморбідності, яка дозволяє значно покращити стан пацієнта та сприяє підвищенню рівня його соціально-психологічного функціонування. Отримані дані щодо ефективності запропонованої комплексної програми реабілітації дозволяють рекомендувати її для впровадження в практику надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію з коморбідними соматичними розладами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Balon R. Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface / R. Balon, T.N. Wise / *Advances in Psychosomatic Medicine*. – 2015. – Vol. 34. – 164 p.
2. Charlson F.J. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. / F.J. Charlson et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
3. *Physical Health and Schizophrenia* / David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran // Oxford University Press. – 2017. – 136 p.
4. *Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across the Life* / I. Dieset et al. // *Span. Schizophrenia Bulletin*. – Vol. 42. – Issue 6. – 2016. – P. 1316–1319. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw028>
5. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia / R. Tandon // *Digest of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 42, № 3. – P. 51-55.
6. Ревенок О.А. Особенности сопутствующей соматической патологии у больных параноидной шизофренией / О.А. Ревенок, Я.Ю. Марункевич // *Архів психіатрії*. – 2014. – 4 (79). – С.75-79.
7. Haro J.M., Kamath S.A., Ochoa S., et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. – 2003. – № 107 (416). – P. 16-23.
8. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. – М., 2001. – 238 с.
9. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini, R. Pioli // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – № 101. – P. 323-329.
10. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. – Boston, Mass. – 1994. – 238 p.