

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.895.87-008.74-036.1-08

КРУПЧЕНКО
Дмитрий Александрович

**КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ
ОСОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ (ИНСАЙТА)
ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.06 – психиатрия

Минск 2014

Работа выполнена в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Научный руководитель: **Евсегнеев Роман Александрович,**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой психиатрии
и наркологии государственного учреждения
образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»

Официальные оппоненты: **Доморацкий Владимир Антонович,**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общей и клинической
психологии Белорусского государственного
университета

Гелда Анатолий Петрович,
кандидат медицинских наук, старший
преподаватель кафедры судебной
психиатрии с курсом судебной психологии
государственного учреждения образования
«Институт повышения квалификации и
переподготовки кадров Государственного
комитета судебных экспертиз Республики
Беларусь»

Оппонирующая организация: учреждение образования «Витебский
государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

Защита состоится 30 июня 2014 года в 12⁰⁰ на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.06 при учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Держинского, 83; тел. 272-55-98; e-mail: bsmu@bsmu.by.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «___» мая 2014 года.

Ученый секретарь совета
кандидат медицинских наук, доцент



И.А. Хрущ

SUMMARY

Krupchanka Dzmitry

Clinical significance and correction of illness awareness (insight) in paranoid schizophrenia

Key words: insight, schizophrenia, compliance, depression.

Aim of study: to develop method of illness awareness (insight) impairments correction on the basis of complex assessment of its clinical significance.

Methods of investigation: clinic-psychopathological, clinic-psychological psychometric, statistical.

Obtained results and their novelty. Awareness of illness (insight) in paranoid schizophrenia has a heterogeneous clinical implication: understanding the need for medical treatment and its beneficial effect linked to the positive attitude of patients to treatment, while awareness of mental disorder and the negative effects of the disease – with greater severity of depressive symptomatology. Unawareness of medical treatment's effect, lack of understanding the reasons for its necessity and weak awareness of the symptoms of mental disorders are associated with low level of social functioning of patients.

In patients suffering from paranoid schizophrenia and being aware of presence of mental disorder, the severity of depressive symptoms associated with stigmatizing views of their close environment. Therefore, while implementing insight correction in patients suffering from paranoid schizophrenia to prevent the development of depressive symptoms, it is necessary to conduct psychoeducation in their close environment.

Insight correction method for patients suffering from paranoid schizophrenia was developed and assessed. Method allows correction of such aspects of awareness of the disease, as awareness of treatments' necessity and positive effect, awareness of the symptoms of mental disorder. Usage of the method allows reducing the severity of depressive symptoms and improving the attitude of patients to treatment.

Practical importance. Based on the results of the study, insight correction method for patients suffering from paranoid schizophrenia was developed and widely implemented in practice. Usage of the method allows to improve awareness of illness and compliance, what in turn helps to reduce readmissions and treatment costs.

Range of application: psychiatry, psychotherapy, psychology.

Подписано в печать 22.05.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,37. Тираж 60 экз. Заказ 261.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения как психическое расстройство характеризуется хроническим течением, частыми госпитализациями, высоким уровнем инвалидизации и ухудшения качества жизни. По данным ВОЗ, шизофрения входит в десятку заболеваний с самым высоким показателем инвалидизации за год жизни в возрастной группе от 15 до 44 лет и занимает в этом списке восьмое место [WHO World Health Report, 2001]. Экономические затраты, связанные с данным психическим расстройством, чрезвычайно высоки [Wyatt R.J., 1991; Обьедков В.Г., Хмельницкая Е.А., 2013].

На сегодняшний день медикаментозная терапия является хорошо изученной частью лечения. Вопросы приверженности терапии, комплаенса, реабилитации пациентов данной группы являются наиболее сложными и недостаточно исследованными. Это особенно актуально для отечественной психиатрии, которая долгое время рассматривала шизофрению исключительно с биологической точки зрения, а лечение ее, по существу, сводилось лишь к психофармакотерапии. Психологическим аспектам уделялось крайне мало внимания как в научных исследованиях, так и в практической психиатрии.

Очевидно, что назначение пациенту поддерживающего антипсихотического лечения недостаточно для предотвращения очередного обострения. Большая часть пациентов (около 80 % пациентов) самовольно прекращает прием лекарств, отказывается от посещений врача [Donohoe G. et al., 2004]. Это ведет к очередному обострению психотической симптоматики и, как следствие, госпитализации, ухудшению социального функционирования. Увеличивается риск суицида, затрудняется оказание медицинской помощи, тем самым увеличиваются расходы на лечение и содержание пациентов [Llorca, P., 2008]. По данным различных исследований, около 40 % затрат связанных с шизофренией, обусловлены плохой приверженностью терапии [Byerly M.J., 2007; Acosta F. et al., 2012], что подчеркивает существенную экономическую значимость проблемы.

В данном контексте чрезвычайно важной областью исследований становится нарушение осознания болезни, которое способно сводить на нет все попытки адекватной фармакотерапии в результате низкого комплаенса пациентов [Lincoln T.M. et al., 2007; Robinson D. et al., 1999; Lacro J. et al., 2002].

В современной психопатологии проблема осознания психической болезни представлена в концепции «инсайта», который представляет собой согласованность представлений пациента о собственной болезни с объективными медицинскими и социальными представлениями о психическом заболевании [Amador X.F., 2004; Иржевская В.П., 2008]. По данным исследований, около 50–80 % пациентов с диагнозом шизофрении в той или иной мере не осознают своего расстройства, что говорит о высокой

распространенности нарушений инсайта при данном заболевании [Gharabawi G.M. et al., 2006; Lysaker P.H. et al., 2002; Sevy S. et al. 2004]. Кроме того, нарушения осознания при шизофрении оказывают существенное влияние на лечение пациентов, ухудшая комплаенс, ограничивая возможности реабилитации, увеличивая количество принудительных госпитализаций и ухудшая отдаленный прогноз [Rosen K., 2005].

В мировой медицинской литературе число научных работ, направленных на изучение клинического значения осознания болезни при шизофрении, относительно невелико. В российской и белорусской науке подобные работы отсутствуют вовсе.

Недостаточно достоверных данных о распространенности, структуре, клиническом значении инсайта, а тем более разных его составляющих. Данные исследований противоречат друг другу: с одной стороны, хороший инсайт связан с лучшим комплаенсом, социальным функционированием, уменьшением количества правонарушений [Lincoln T.M. et al., 2007; Као Y.-С., Liu Y.-P., 2010; Smith C.M. et al., 1997], с другой стороны – с социальной аутизацией, самостигматизацией и бóльшим уровнем депрессии у пациентов, страдающих шизофренией [Kaiser S.L. et al., 2006; López-Moríñigo J.D. et al., 2012; Mintz A.R. et al., 2003]. Такая противоречивость взглядов на инсайт («парадокс инсайта») при шизофрении требует дальнейших исследований в этой области.

Остается неясным, у каких пациентов увеличение осознания заболевания ухудшает функционирование, а у каких – нет. Не проведено исследований, изучающих социальные аспекты осознания болезни.

В то же время шизофрения – одно из основных расстройств, несущих на себе бремя стигматизации [Sartorius N., Schulze H., 2005]. Стигматизация (от греч. στίγμα – стигма, ярлык, клеймо) – это процесс выделения индивидов среди других на основании некоторых неприемлемых отклонений от нормы в целях применения общественных санкций [Goffman E., 1963].

В данном контексте осознание заболевания может представлять сложность и даже опасность для пациента именно в связи со стигмой. Принимая заболевание, пациенты могут интернализировать сопутствующую стигму [Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T., 2007], что, в свою очередь, ведет к снижению самооценки, депрессивной реакции, социальной изоляции. Однако, данные относительно взаимосвязи инсайта, депрессии и стигматизирующих взглядов ближайшего окружения пациента отсутствуют. Прояснение особенностей этой связи даст возможность дифференцированного подхода к реабилитации и ведению пациентов, страдающих шизофренией.

Недостаточно изучены возможности и методы коррекции осознания болезни. До сих пор остается непроясненным вопрос о возможном развитии депрессивной реакции в ответ на коррекцию инсайта [Cunningham Owens D.G.

et al., 2001]. Количество русскоязычных методик, позволяющих проводить подобную коррекцию, чрезвычайно мало [Серазетдинова Л.Г., 2012; Хмельницкая Е.А., 2012], практически отсутствуют разработки в области индивидуального и семейного психообразования при шизофрении.

Все это обуславливает актуальность исследований, посвященных нарушениям осознания болезни при шизофрении, клиническому значению инсайта, а также разработке методов его коррекции.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами (проектами) и темами. Работа выполнена в рамках инициативной темы научно-исследовательской работы кафедры психиатрии и наркологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последиplomного образования»: «Факторы риска, диагностика, профилактика и лечение социально значимых психических расстройств, зависимостей от психоактивных веществ, суицидального поведения». Регистрационный № 20100325. Сроки исполнения: 18.03.2010–18.03.2013.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: разработать метод коррекции нарушения осознания психического расстройства (инсайта) у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, на основании комплексной оценки его клинического значения.

Задачи исследования:

1. Изучить на выборке пациентов, страдающих параноидной шизофренией, клиническое значение различных аспектов осознания болезни.
2. Определить возможные взаимосвязи инсайта, депрессивной симптоматики пациента и стигматизирующих взглядов его ближайшего окружения.
3. Разработать метод коррекции нарушений осознания болезни при шизофрении и оценить его эффективность.

Объект исследования: пациенты, страдающие параноидной шизофренией согласно критериям МКБ-10.

Предмет исследования: нарушения инсайта у пациентов, страдающих параноидной шизофренией.

Положения выносимые на защиту

1. Осознание болезни (инсайт) при параноидной шизофрении имеет неоднородное клиническое значение: понимание необходимости медицинского лечения и его благоприятного эффекта связано с позитивным отношением пациентов к проводимой терапии, в то время как осознание наличия психического расстройства и негативных последствий заболевания – с большей выраженностью у них депрессивной симптоматики.

2. У пациентов, страдающих параноидной шизофренией и осознающих наличие психического расстройства, выраженность депрессивной симптоматики связана со стигматизирующими взглядами их ближайшего окружения.

3. Разработанный метод коррекции нарушений инсайта позволяет проводить коррекцию наиболее значимых аспектов осознания болезни, улучшать отношение пациентов к проводимому лечению, а также уменьшать выраженность депрессивной симптоматики.

Личный вклад соискателя. Автором обследовано 120 пациентов с диагнозом параноидной шизофрении, госпитализированных в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (ГУ «РНПЦ психического здоровья») либо получающих амбулаторное лечение в учреждении здравоохранения «Городской психоневрологический диспансер» (УЗ «ГПНД») г. Минска, и опрошено 96 родственников указанных пациентов в период с марта 2009 г. по ноябрь 2012 г.

В ходе обследования с помощью пакета стандартизированных методик и обработки данных методами математической статистики получены сведения о клиническом значении аспектов осознания болезни при шизофрении, влиянии инсайта на связь между депрессией пациента и стигмой в его окружении.

На основе полученных данных, на завершающем третьем этапе исследования, автором разработана и апробирована методика коррекции нарушений осознания психического расстройства у пациентов, страдающих параноидной шизофренией. С этой целью автором в исследование было включено 65 пациентов, госпитализированных в ГУ «РНПЦ психического здоровья» г. Минска в 2012 г., 27 из которых – в контрольную, 29 – в основную группу, 9 выпало из исследования.

Все разделы диссертации и ее оформление выполнены соискателем самостоятельно. Основные научные результаты, представленные в работе, получены автором лично и изложены в ряде статей. История развития взглядов на осознание болезни при шизофрении, обзор этиологии нарушений инсайта представлены в статьях и материалах конференций [1; 5; 7] – вклад диссертанта 100 %. Данные о клиническом значении инсайта при шизофрении и его связи с выраженностью психопатологической, депрессивной симптоматики, социального функционирования, комплаенса представлены в статьях и материалах конференций [2; 6; 9] – вклад диссертанта 100 %. Данные о связи между выраженностью депрессивной симптоматики пациента, стигматизирующими взглядами его ближайшего окружения и осознания наличия психического расстройства представлены в статьях и материалах конференций [3; 8; 10; 11; 12; 13; 14] – вклад диссертанта 90 %. Данные о результатах использования разработанного метода коррекции нарушений осознания болезни представлены в статье [4] – вклад диссертанта 100 %.

Издано учебно-методическое пособие «Коррекция нарушений осознания психического расстройства при шизофрении» [17] – вклад диссертанта 100 %.

Разработаны и утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь 2 инструкции по применению: «Шкала нарушения осознания психического расстройства» (утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь, регистрационный № 033-0312 от 08.06.2012) [15] – вклад диссертанта 50 %; «Метод коррекции нарушений осознания психического расстройства при шизофрении» (утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь, регистрационный № 022-0313 от 12.06.2013) [16] – вклад диссертанта 100 %. Оформлено 11 актов о внедрении результатов научного исследования: 8 – в лечебную практику, 3 – в учебный процесс.

Апробация результатов диссертации. Результаты исследований и основные положения диссертации доложены и обсуждены на: теоретической конференции ГУ «РНПЦ психического здоровья» (Минск, 13.04.2010); конференции «Современные направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств» учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (Гродно, 28.10.2010); секции «Психиатрия и наркология» научной сессии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» (Минск, 27.01.2011); курсе лидерства и профессиональных навыков, проводимом профессором Сарториусом Н. (Рига, 03.04.2011); 2-й встрече сообщества молодых психиатров (Рига, 08.04.2011); форуме Европейской федерации обучающихся психиатров (Прага, 29.06.2011); Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья (Суздаль, 30.09.2011); международном конгрессе «Новые подходы в системе последипломного обучения и подготовки специалистов» (Минск, 10.11.2011); международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств», посвященной 50-летию кафедры психиатрии и наркологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (Гродно, 15.06.2012); Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные подходы к диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств» ГУ «РНПЦ психического здоровья» (Минск, 04.10.2012); 21-м Европейском конгрессе по психиатрии (Ницца, 07.04.2013); Балтийском региональном семинаре по нейропсихофармакологии Европейского колледжа нейропсихофармакологии, (Бальтэзерс, 16.05.2013); 26-м конгрессе Европейского колледжа нейропсихофармакологии (Барселона, 06.10.2013).

Опубликованность результатов исследования. По результатам диссертации опубликовано 17 научных работ, из них 6 статей, соответствующих

пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 17 ноября 2004 г. № 560 [1; 2; 3; 4; 5; 6], из них 1 – в соавторстве [3]. Общий объем статей – 2,84 авторских листа. Подготовлено 8 статей и тезисов докладов в материалах конференций (4 – в соавторстве), из них 4 – на русском языке [7; 9; 11; 12], 4 – в иностранных сборниках [8; 10; 13; 14]. Издано 1 учебно-методическое пособие [17]. Общий объем всех публикаций – 5,8 авторских листа, в соавторстве – 1,1 авторских листа. В опубликованных работах освещены все разделы диссертации. Разработаны, утверждены и внедрены в практику 2 инструкции по применению (1 – в соавторстве) [15; 16]. Оформлено 11 актов о внедрении результатов научного исследования: 8 – в лечебную практику, 3 – в учебный процесс.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, 5 глав основной части, заключения, что занимает 83 страницы, библиографического списка, 20 приложений. Приведено 13 таблиц и 2 рисунка. Список использованных источников включает 170 наименований, в том числе 23 на русском и 147 на иностранных языках. Список публикаций соискателя включает 17 работ (6 – в соавторстве) из них 2 инструкции по применению (1 – в соавторстве).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

В данной работе были использованы клинико-психопатологический, клинико-психологический, психометрический и статистический методы. Для реализации поставленной цели и задач проводимое исследование условно было разделено на 3 этапа:

I этап: изучить на выборке пациентов, страдающих параноидной шизофренией, клиническое значение различных аспектов осознания болезни – взаимосвязь с длительностью болезни, частотой госпитализаций, уровнем социального функционирования, наличием и выраженностью депрессивной симптоматики, уровнем комплаенса;

II этап: определить возможные взаимосвязи инсайта, депрессивной симптоматики пациента и стигматизирующих взглядов его ближайшего окружения;

III этап: разработать метод коррекции нарушений осознания болезни при шизофрении и оценить его эффективность.

Материалы и методы исследования

I этап исследования: изучение клинического значения инсайта при шизофрении. Проведенное на I и II этапах исследование носило характер одномоментного, наблюдательного. Набор участников проводился на базах ГУ «РНПЦ психического здоровья» и УЗ «ГПНД» с 2009 г. по 2012 г.

Критерии включения в I этап исследования: наличие диагноза параноидной шизофрении согласно критериям МКБ-10, по данным медицинской документации и клинического интервью; информированное согласие пациента на участие в исследовании; клиническое состояние, позволяющее выполнить все инструкции в соответствии с протоколом исследования; возраст от 18 до 60 лет. *Критерии исключения из I этапа исследования:* коморбидные диагнозы зависимости от психоактивных веществ (кроме никотина и кофеина), органического психического расстройства, умственной отсталости, расстройства личности, эпилепсии согласно критериям МКБ-10, по данным медицинской документации и клинического интервью; наличие тяжелого хронического соматического заболевания на момент обследования; беременность и кормление грудью.

Методы статистической обработки. Результаты исследования обработаны с помощью лицензионных версий пакета программ SPSS 18 и MATLAB R2012a. Анализ связи между инсайтом, социодемографическими и клиническими переменными проводился при помощи критерия независимости хи-квадрат Пирсона (χ^2) для порядковых переменных и коэффициента ранговой корреляции Кендалла (τ) для количественных переменных [Елисеева И.И., 2002; Kendall M.G., 1948; Glantz S., 2011].

II этап исследования: определение возможных взаимосвязей инсайта, депрессивной симптоматики пациента и стигматизирующих взглядов его ближайшего окружения. Во II этапе исследования приняли участие те пациенты из I этапа, человек из ближайшего окружения которых оказался доступен и дал согласие на участие в исследовании. Таким образом, одно наблюдение включало пациента с установленным диагнозом параноидной шизофрении и человека из его ближайшего окружения, у которого изучалась выраженность стигматизирующих взглядов.

Методы статистической обработки. Связь между тремя переменными – инсайтом, выраженностью депрессивной симптоматики и интенсивностью стигматизирующих взглядов окружения пациента – была проанализирована при помощи сравнения коэффициентов корреляции Кендалла между выраженностью депрессивной симптоматики пациента и интенсивностью стигматизирующих взглядов его окружения в группах пациентов с разным инсайтом. Для проверки статистической значимости различий корреляций в группах пациентов с разным инсайтом был применен перестановочный тест [Golland P., 2003].

III этап исследования: разработка метода коррекции нарушений осознания болезни при шизофрении и оценка его эффективности. При разработке метода были использованы отдельные элементы существующих методик психообразования, а также результаты I и II этапов исследования.

Дизайн исследования. Для оценки эффективности разработанного метода было проведено рандомизированное контролируемое исследование на выборке пациентов, проходивших стационарное лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья» в 2011–2012 г. Схема исследования представлена на рисунке 1.

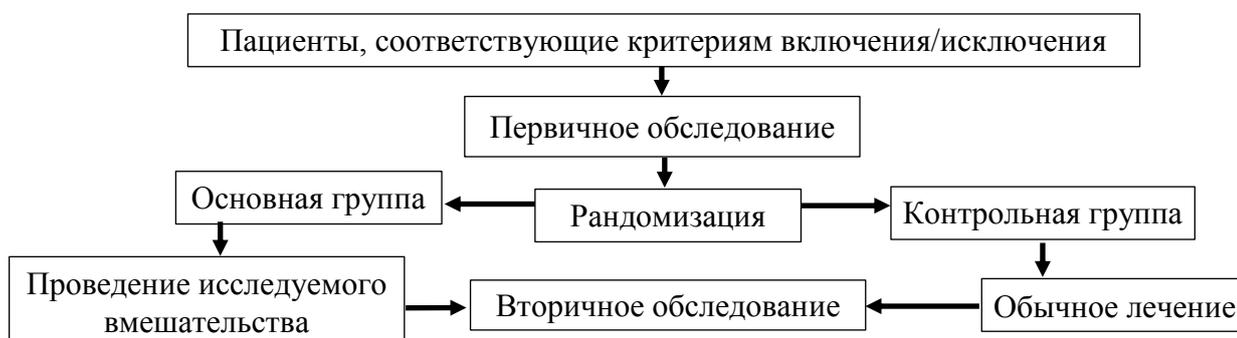


Рисунок 1 – Схема проведенного исследования

После отбора пациентов и подписания формы информированного согласия все участники прошли первичную оценку, включающую сбор основных социодемографических, анамнестических сведений, исследование инсайта, выраженности психопатологической и депрессивной симптоматики, социального функционирования, отношения к лекарствам. После первичной оценки проводилась рандомизация методом случайных чисел, на основании чего пациент определялся в основную либо контрольную группу.

Пациенты обеих групп (контрольной и основной) получали обычное лечение согласно Клиническому протоколу оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1387 от 31.12.2010). Кроме этого лечения, с пациентами основной группы была проведена изучаемая интервенция. В конце госпитализации каждый пациент прошел вторичную оценку, включающую сбор тех же сведения, что и при первичной оценке.

Критерии включения в III этап исследования: наличие диагноза параноидной шизофрении согласно критериям МКБ-10, по данным медицинской документации и клинического интервью; возраст от 18 до 40 лет; согласие пациента на участие в клиническом исследовании; доступность родственников пациента; уровень психопатологии, позволяющий выполнить все инструкции в соответствии с протоколом исследования. *Критерии исключения из III этапа исследования:* коморбидные диагнозы зависимости от психоактивных веществ (кроме никотина и кофеина), органического психического расстройства, умственной отсталости, расстройства личности, эпилепсии согласно критериям МКБ-10, по данным медицинской документации и клинического интервью; наличие тяжелого хронического соматического заболевания на момент обследования; отсутствие нарушений осознания

психического расстройства; беременность и кормление грудью; принудительная госпитализация; недееспособность.

Методы статистической обработки. В целях сравнения основной и контрольной групп до применения вмешательства применялся критерий Манна-Уитни для независимых групп и критерий независимости хи-квадрат Пирсона (χ^2) для номинальных переменных. Для оценки происшедших изменений в группах высчитывался критерий Вилкоксона (W) для связанных групп [Glantz S., 1999]. Результаты были сопоставлены между группами.

Описание инструментов, использованных в исследовании. Для изучения клинического значения осознания болезни у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, были собраны социодемографические, анамнестические, клинические и социально-психологические данные. Кроме того, была измерена интенсивность стигматизирующих взглядов лиц из ближайшего окружения пациента. Используются следующие методики сбора данных: Шкала нарушения осознания психического расстройства (ШНОПР) (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)) (Amador X., 1991); Шкала краткой психиатрической оценки (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)) (Overall J.E., 1962); Шкала депрессии Калгари у больных шизофренией (Calgary Depression Scale for Schizophrenia – CDSS) (Addington D.A. et al., 1990); Опросник отношения к лекарствам (Drug Attitude Inventory (DAI)), (Hogan T.P., 1983); Шкала персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale (PSP)) (Morosini P.L., 2000); Шкала «Психическое здоровье в общественном сознании» (Серебрянская Л.Я. и др., 2009).

Указанные методики прошли процесс валидации на русскоязычной популяции пациентов либо являются широко используемыми инструментами, многократно показавшими свою надежность, в том числе и в странах СНГ [Иржевская В.П., 2009; Потапов А.В., 2010; Петрова Н.Н., 2012 и др.].

Результаты исследования

Результаты I этапа исследования. Всего в исследование на I этапе было включено 120 человек, 3 из которых отказались от участия в процессе опроса. Таким образом, количество пациентов, которые выполнили все инструкции согласно протоколу исследования, составило 117 (уровень отклика – 97,5 %). Показатели, у которых выявлена связь с тем или иным аспектом инсайта представлены в таблице 1. Напротив каждого из аспектов осознания болезни приведен показатель, статистика критерия и уровень значимости (p) в случае, если последний оказался менее 0,05.

В целом приведенные в таблице 1 данные свидетельствуют в пользу разнородности клинического значения аспектов инсайта, когда одни из них обнаруживают связь с одними показателями, другие – с другими.

Таблица 1 – Сводная таблица связи между аспектами инсайта и социодемографическими, клиническими показателями

Аспекты инсайта (ШНОПР)	Социодемографические, клинические показатели	Статистика критерия, p
Осознание наличия психического расстройства	семейное положение	$\chi^2 = 5,89, p = 0,05$
	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,3, p < 0,01$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,44, p < 0,01$
Понимание причин психического расстройства	опыт психотерапии	$\chi^2 = 10,42, p < 0,05$
	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,23, p < 0,05$
Осознание восприятия психического расстройства окружающими	возраст	$\tau = -0,15, p < 0,05$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,26, p < 0,01$
Осознание необходимости медицинского лечения	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,55, p < 0,01$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,22, p < 0,01$
Понимание причин необходимости медицинского лечения	семейное положение	$\chi^2 = 7,45, p < 0,05$
	количество неотложных госпитализаций	$\tau = 0,21, p < 0,05$
	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,34, p < 0,01$
	социальное функционирование (PSP)	$\tau = -0,17, p < 0,05$
Осознание эффекта от медицинского лечения	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,5, p < 0,01$
	социальное функционирование (PSP)	$\tau = -0,21, p < 0,01$
Понимание причин эффективности медицинского лечения	семейное положение	$\chi^2 = 6,64, p < 0,05$
	дееспособность	$\chi^2 = 7,32, p < 0,05$
	инвалидность	$\chi^2 = 14, p < 0,05$
	опыт психотерапии	$\chi^2 = 9,23, p < 0,05$
	количество неотложных госпитализаций	$\tau = 0,22, p < 0,05$
	количество препаратов	$\tau = -0,19, p < 0,05$
	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,38, p < 0,01$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,21, p < 0,01$
	социальное функционирование (PSP)	$\tau = -0,23, p < 0,01$
Осознание негативных последствий психического расстройства	пол	$\chi^2 = 10,86, p < 0,01$
	опыт психотерапии	$\chi^2 = 7,40, p < 0,05$
	количество неотложных госпитализаций	$\tau = 0,26, p < 0,01$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,4, p < 0,01$
Понимание причин негативных последствий	количество препаратов	$\tau = 0,22, p < 0,05$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,3, p < 0,01$
Осознание восприятия негативных последствий окружающими	опыт психотерапии	$\chi^2 = 9,98, p < 0,05$
	длительность болезни	$\tau = -0,23, p < 0,01$
	количество госпитализаций	$\tau = -0,17, p < 0,05$
	количество неотложных госпитализаций	$\tau = -0,34, p < 0,01$
	размер социальной группы	$\tau = -0,2, p < 0,05$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,35, p < 0,01$
Осознание симптомов психического расстройства	трудоустройство	$\chi^2 = 8,44, p < 0,05$
	количество неотложных госпитализаций	$\tau = 0,31, p < 0,01$
	количество препаратов	$\tau = -0,23, p < 0,01$
	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,23, p < 0,01$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,4, p < 0,01$
	социальное функционирование (PSP)	$\tau = -0,24, p < 0,01$
Понимание причин симптомов	семейное положение	$\chi^2 = 10,79, p < 0,01$
	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,17, p < 0,05$
	депрессивная симптоматика (CDSS)	$\tau = -0,29, p < 0,01$

Окончание таблицы 1

Аспекты инсайта (ШНОПР)	Социодемографические, клинические показатели	Статистика критерия, p
Осознание диагноза	семейное положение	$\chi^2 = 20, p < 0,01$
	отношение к лечению (DAI)	$\tau = -0,19, p < 0,05$

Примечание – τ – коэффициент корреляции Кендалла; χ^2 – критерий независимости хи-квадрат Пирсона; p – уровень значимости критериев; DAI – Опросник отношения к лекарствам; CDSS – Шкала депрессии Калгари у больных шизофренией; PSP – Шкала персонального и социального функционирования; ШНОПР – Шкала нарушения осознания психического расстройства.

Так, для аспектов «Осознание наличия психического расстройства», «Понимание причин необходимости медицинского лечения», «Понимание причин эффективности медицинского лечения», «Понимание причин симптомов», «Осознание диагноза» обнаружена связь с семейным положением, что не установлено для других аспектов. Лишь для аспекта «Осознание восприятия негативных последствий окружающими» была обнаружена связь с длительностью болезни ($\tau = -0,23, p < 0,01$) и количеством госпитализаций ($\tau = -0,17, p < 0,05$, в том числе и количеством неотложных госпитализаций – $\tau = -0,34, p < 0,01$). Аспект отражает степень понимания пациентом взглядов окружающих (врачей, родственников) относительно ухудшения его социального положения в связи с психическим расстройством. Данные свидетельствуют в пользу того, что с ростом длительности болезни и количества госпитализаций пациенты начинают лучше понимать точку зрения окружения, но при этом их собственное осознание болезни остается неизменным. Кроме того, вызывает настороженность связь данного аспекта («Осознание восприятия негативных последствий окружающими») с депрессивной симптоматикой ($\tau = -0,35, p < 0,01$). Можно сделать вывод, что без применения специальных методов коррекции инсайта положительная динамика осознания болезни пациентами весьма сомнительна.

Аспект «Осознание симптомов психического расстройства» обнаружил связь с трудоустройством пациентов ($\chi^2 = 8,44, p < 0,05$), что может говорить о благоприятном влиянии осознания симптоматики психического расстройства пациентами на их устройство на работу и удержание на трудовом месте.

Многие из аспектов инсайта показали свою связь с опытом психотерапии («Понимание причин психического расстройства» ($\chi^2 = 10,42, p < 0,05$), «Понимание причин эффективности медицинского лечения» ($\chi^2 = 9,23, p < 0,05$), «Осознание негативных последствий психического расстройства» ($\chi^2 = 7,40, p < 0,05$), «Осознание восприятия негативных последствий окружающими» ($\chi^2 = 9,98, p < 0,05$)), что свидетельствует в пользу его доступности коррекции.

Связь инсайта и выраженности психопатологической симптоматики. Выраженность психопатологической симптоматики не обнаружила связи ни с одним из аспектов осознания болезни у исследованных пациентов.

Связь инсайта и социального функционирования. Чем лучше осознание таких аспектов инсайта, как «Понимание причин необходимости медицинского лечения» ($\tau = -0,17, p < 0,05$), «Осознание эффекта от медицинского лечения» ($\tau = -0,21, p < 0,01$), «Понимание причин эффективности медицинского лечения» ($\tau = -0,23, p < 0,01$), «Осознание симптомов психического расстройства» ($\tau = -0,24, p < 0,01$) тем лучше социальное функционирование пациентов.

Связь инсайта и отношения пациентов к лечению. Большинство аспектов инсайта были связаны с лучшим отношением пациентов к лечению. Наибольшая связь обнаружена для следующих аспектов инсайта: «Осознания необходимости медицинского лечения» ($\tau = -0,55, p < 0,01$), «Осознания эффекта от медицинского лечения» ($\tau = -0,5, p < 0,01$). Таким образом, чем меньше нарушение таких аспектов, как «Осознание необходимости медицинского лечения», «Осознания эффекта от медицинского лечения» и некоторых других, тем лучше отношение пациентов к лечению и соответственно больше предпосылок хорошего комплаенса.

Связь инсайта и выраженности депрессивной симптоматики. Большинство аспектов инсайта, имело значимую отрицательную корреляцию с выраженностью депрессивной симптоматики: чем меньше нарушение осознания, тем больше выраженность депрессивной симптоматики. Связь с депрессивной симптоматикой не была обнаружена лишь для «Понимания причин психического расстройства», «Понимания причин необходимости медицинского лечения», «Осознания эффекта от медицинского лечения», «Осознания диагноза». Наибольшая сила связи с выраженностью депрессивной симптоматики обнаружена для аспектов «Осознание наличия психического расстройства» ($\tau = -0,44, p < 0,01$) и «Осознание негативных последствий психического расстройства» ($\tau = -0,4, p < 0,01$).

Полученные данные о разности клинического значения говорят о необходимости дифференцированной коррекции именно тех аспектов инсайта, которые показали наибольшую связь с отношением пациентов к лечению, и осторожности при увеличении осознания аспектов, коррелирующих с депрессивной симптоматикой.

Результаты II этапа исследования. Связь между уровнем выраженности депрессивной симптоматики пациента и аспектом стигмы «Небиологические представления о психическом расстройстве» в его ближайшем окружении (связь «депрессия – стигма») обнаружена лишь в группе пациентов с полным осознанием наличия психического расстройства ($\tau = 0,41, p < 0,01$). Для проверки значимости различий коэффициентов корреляции в группах

пациентов с разным уровнем осознания наличия психического расстройства (полным, частичным, отсутствием осознания) был применен перестановочный тест (permutation test). Результаты подтверждают наличие более сильной связи «депрессия – стигма» в группе пациентов с полным осознанием наличия психического расстройства, чем в группах пациентов с частичным осознанием и отсутствием осознания. Между группами пациентов с частичным осознанием и отсутствием осознания статистически значимых различий корреляции «депрессия – стигма» обнаружено не было.

Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что связь между уровнем депрессивной симптоматики пациента и стигматизирующими взглядами его ближайшего окружения зависит от осознания наличия психического расстройства. Так, вероятно, не все пациенты, осознающие наличие у них психического расстройства, будут склонны к развитию депрессии, а лишь те из них, окружение которых придерживается небиологических взглядов на психические расстройства, отрицающих объективный характер психопатологии, необоснованно обвиняющих пациентов в развитии заболевания. С другой стороны, вероятно, что пациенты, родственники которых не разделяют стигматизирующих взглядов, будут иметь меньший риск развития депрессии.

Это следует учитывать при коррекции инсайта: если окружение пациента придерживается небиологических, стигматизирующих, обвиняющих взглядов относительно психических расстройств, то коррекцию нарушений осознания болезни следует проводить осторожно. Необходимо психообразовать не только самих пациентов, но и их родственников. Психообразование пациентов следует сопровождать интервенцией, направленной на разрушение стигмы в их окружении. Следует сформировать в нем медицинское видение психического расстройства. Такая позиция смещает фокус ответственности за развитие заболевания с пациента и его семьи на нарушения в функционировании мозга.

Результаты III этапа исследования. На данном, завершающем этапе исследования был разработан метод коррекции нарушений осознания психического расстройства при шизофрении. При создании метода были использованы отдельные элементы существующих методик психообразования [Pitschel-Walz G. et al., 2006; Xia J., 2011], а также результаты, полученные на I и II этапах исследования, а именно: данные о разном клиническом значении отдельных аспектов инсайта, часть из которых связана с депрессивной симптоматикой, часть – с отношением к лечению; данные о связи инсайта, депрессивной симптоматики пациента и стигматизирующих взглядов его ближайшего окружения.

Таким образом, основными целями при разработке метода были: уделять основное внимание коррекции «Осознания необходимости медицинского

лечения» и «Осознания эффекта от медицинского лечения», как аспектов инсайта, имеющих наибольшую связь с отношением к лечению пациентов; а также включить проведение дестигматизационной, психообразовательной интервенции в ближайшем окружении пациента.

Разработанный метод включает в себя 3 встречи продолжительностью 1–1,5 часа с пациентом и 1 встречу с его ближайшими родственниками. Осуществляется фокусировка внимания пациента на изменениях в субъективно осознаваемой либо не поддающейся контролю части симптоматики. Создается и заполняется совместно с пациентом дневник симптомов, служащий также руководством к действию в случае ухудшения состояния. Проводится информирование и дестигматизационная интервенция в окружении пациента, заполняется дневник симптомов для родственника, включающий рекомендации к действию в случае ухудшения состояния пациента.

Оценка эффективности метода показала уменьшение выраженности психопатологической симптоматики за время госпитализации как в основной ($W = -3,8$, $p < 0,01$), так и в контрольной ($W = -4,46$, $p < 0,01$) группах. Кроме этого, в основной группе наблюдалось увеличение некоторых аспектов инсайта, чего не было обнаружено у пациентов контрольной группы: увеличились «Понимание причин психического расстройства» ($W = -2,65$, $p < 0,01$), «Осознание необходимости медицинского лечения» ($W = -5,01$, $p < 0,01$), «Понимание причин необходимости медицинского лечения» ($W = -3,74$, $p < 0,01$), «Осознание эффекта от медицинского лечения» ($W = -4,52$, $p < 0,01$), «Осознание симптомов психического расстройства» ($W = -3,59$, $p < 0,01$), «Понимание причин симптомов» ($W = -2,03$, $p < 0,05$). В то же время значимого изменения других аспектов осознания болезни обнаружено не было.

Дополнительно установлено, что в основной группе улучшилось отношение пациентов к лечению ($W = -4,48$, $p < 0,01$) и уменьшилась выраженность депрессивной симптоматики ($W = -3,54$, $p < 0,01$). У пациентов контрольной группы статистически значимых изменений указанных параметров обнаружено не было. Ни в контрольной, ни в основной группах не выявлены изменения в уровне социального функционирования.

Широкое использование метода, посредством улучшения комплаенса и осознания заболевания, поможет в снижении частоты и длительности обострений, повторных госпитализаций, что в свою очередь позволит уменьшить затраты на лечение пациентов, страдающих шизофренией.

Вышеуказанный метод подробно описан в инструкции по применению «Метод коррекции нарушений осознания психического расстройства при шизофрении», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь [16], что делает его доступным широкому использованию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. При проведении коррекции осознания болезни (инсайта) необходимо учитывать, что при параноидной шизофрении оно имеет неоднородное клиническое значение, а именно [2; 6]:

а) нарушение осознания пациентами эффекта и необходимости медицинского лечения имеют наибольшую среди всех аспектов инсайта связь с отношением пациентов к проводимому лечению и соответственно худшим комплаенсом (коэффициенты корреляции Кендалла: $\tau = -0,5$, $p < 0,01$ и $\tau = -0,55$, $p < 0,01$) [2; 6; 9];

б) нарушение осознания пациентами наличия психического расстройства и его негативных последствий имеют наибольшую среди всех аспектов инсайта отрицательную связь с выраженностью депрессивной симптоматики ($\tau = -0,4$, $p < 0,01$ и $\tau = -0,44$, $p < 0,01$ соответственно) [2; 6; 9];

в) нарушения осознания эффекта медицинского лечения, непонимание причин его необходимости и слабое осознание симптомов психического расстройства связаны с низким уровнем социального функционирования пациентов ($\tau = -0,21$, $p < 0,01$; $\tau = -0,23$, $p < 0,01$; $\tau = -0,17$, $p < 0,05$; $\tau = -0,24$, $p < 0,01$ соответственно) [2; 6].

2. Пациенты с более длительным течением шизофрении и большим количеством госпитализаций лучше осознают то, как окружающие воспринимают последствия их заболевания ($\tau = 0,23$, $p < 0,01$ и $\tau = 0,17$, $p < 0,05$ соответственно). При этом нет данных, свидетельствующих в пользу того, что с течением болезни улучшается собственное осознание психического расстройства у пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Это указывает на необходимость применения у них методов коррекции инсайта, без которых самостоятельное улучшение осознания своего заболевания, даже при его многолетнем течении, сомнительно [6].

3. При осуществлении коррекции инсайта у пациентов, страдающих параноидной шизофренией с целью профилактики развития депрессивной симптоматики, необходимо проводить психообразование в их ближайшем окружении. Это обусловлено тем, что у пациентов, осознающих наличие психического расстройства, выраженность депрессивной симптоматики связана со стигматизирующими взглядами их окружения ($\tau = 0,41$, $p < 0,01$): необоснованными обвинениями пациентов в развитии заболевания, отрицанием объективного характера психопатологии [3; 8; 10; 11; 12; 13; 14].

4. Разработанный на основании полученных данных метод коррекции нарушений осознания психического расстройства эффективен в плане изолированной коррекции наиболее значимых аспектов осознания болезни у пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Прежде всего это

относится к повышению осознания пациентами необходимости и благоприятного эффекта от проводимого лечения, а также улучшению осознания симптомов психического расстройства (статистики критерия Вилкоксона: $W = -5,01$, $p < 0,01$; $W = -4,52$, $p < 0,01$; $W = -4,48$, $p < 0,01$ соответственно). Использование данного метода позволяет уменьшить выраженность депрессивной симптоматики ($W = -3,54$, $p < 0,01$) и улучшить отношение пациентов к лечению ($W = -3,59$, $p < 0,01$), что, в свою очередь, способствует снижению вероятности обострений и повторных госпитализаций, а также ведёт к уменьшению расходов на лечение [4; 16].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Использование разработанной инструкции по применению «Шкалы нарушения осознания психического расстройства» (рег. № 033-0312 от 08.06.2012) в работе врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, клинических психологов позволяет проводить инструментальную оценку инсайта у пациентов, страдающих параноидной шизофренией [15].

2. При коррекции нарушений осознания болезни у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, следует в первую очередь повышать осознание необходимости медицинского лечения и его позитивных эффектов. В то же время при повышении осознания наличия психического расстройства и его негативных последствий необходимо учитывать возможность усиления депрессивной симптоматики [2; 6; 9].

3. При проведении коррекции инсайта у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, необходимо оценивать взгляды их ближайшего окружения: если родные и близкие придерживаются стигматизирующих убеждений в отношении психического заболевания, склонны отрицать объективный характер психопатологии, обвинять пациента в развитии заболевания, то коррекцию инсайта следует проводить осторожно, обязательно включая в такую работу психообразование в ближайшем окружении [3; 8; 10; 11; 12; 13; 14].

4. Использование разработанной инструкции по применению «Метод коррекции нарушений осознания психического расстройства при шизофрении» (рег. № 022-0313 от 12.06.2013) в работе врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, клинических психологов позволяет повысить степень осознания болезни и комплаенс у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, тем самым, способствует снижению вероятности повторных госпитализаций и уменьшению расходов на лечение [4; 16].

5. Использование полученных результатов в учебном процессе улучшит качество подготовки врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов и клинических психологов.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах, включенных в перечень ВАК Республики Беларусь

1. Крупченко, Д.А. Инсайт у больных шизофренией: развитие взглядов и современное использование понятия / Д.А. Крупченко // Психиатрия. – 2010. – № 2. – С. 99–105.
2. Крупченко, Д.А. Клиническое значение осознания болезни при шизофрении / Д.А. Крупченко // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2012. – № 1. – С. 6–16.
3. Крупченко, Д.А. Инсайт как посредник между стигмой и депрессией у пациентов, страдающих шизофренией / Д.А. Крупченко, М.Э. Котляр // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2012. – № 3. – С. 6–17.
4. Крупченко, Д.А. Оценка эффективности методики, направленной на коррекцию нарушений осознания болезни при шизофрении / Д.А. Крупченко // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2013. – № 1. – С. 6–17.
5. Крупченко, Д.А. Этиология нарушений инсайта при шизофрении. Обзор литературы / Д.А. Крупченко // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2013. – № 3. – С. 105–113.
6. Крупченко, Д.А. Клиническое значение нарушений инсайта при шизофрении / Д.А. Крупченко // Медицинские новости. – 2014. – № 1. – С. 57–60.

Статьи в научных сборниках и материалы конференций

7. Крупченко, Д.А. Клиническое значение и особенности осознания болезни (инсайта) у больных параноидной шизофренией / Д.А. Крупченко // Современные направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств : материалы Респ. науч.-практ. конф. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол. : В.М. Снежицкий [и др.]. – Гродно, 2010. – С. 101–103.
8. Krupchanka, D. Insight as an intermedicator between stigma and depression among schizophrenic patients / D. Krupchanka // International conference 2nd Young Psychiatrists Network Meeting, Riga, 6–8 Apr. 2011 : progr. a. abstr. booklet / Samara State Aerospace Univ. [et al.]. – Samara, 2011. – P. 41–42.
9. Крупченко, Д.А. Связь инсайта, депрессии, комплайенса и стигмы при шизофрении / Д.А. Крупченко // Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств : материалы междунар. конф., посвящ. 50-летию каф. психиатрии и наркологии / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол. : В.А. Карпюк (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2012. – С. 163–166.
10. Krupchanka, D. Insight as a mediator between stigma and depression in schizophrenia / D. Krupchanka, M. Kotliar // Stigma from the YPs' perspective: hopes and challenges : Intern. conf. 3rd Young Psychiatrists' Network Meeting,

Minsk, 27–29 Sept. 2012 : progr. a. abstr. booklet / Belarusian Med. Acad. of Post-Graduate Education ; ed. : J. Hanson [et al.]. – Minsk, 2012. – P. 38–39.

11. Крупченко, Д.А. Инсайт как посредник между стигмой и депрессией при шизофрении / Д.А. Крупченко, М.Э. Котляр // Современные подходы к диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств : материалы Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Минск, 4–5 окт. 2012 г. / Респ. науч.-практ. центр псих. здоровья ; сост. Т.В. Короткевич. – Минск, 2013. – С. 32–38.

12. Крупченко, Д.А. Инсайт как посредник между стигмой и депрессией при шизофрении / Д.А. Крупченко, М.Э. Котляр // Сборник трудов победителей и участников XI всероссийской школы молодых психиатров / Российское общество психиатров ; редкол. : П.В. Морозов [и др.]. – Суздаль, 2013. – С. 113-114.

Тезисы докладов

13. Krupchanka, D Insight as a mediator between stigma and depression in schizophrenia / D. Krupchanka // Europ. Psychiatry [Electronic resource] : abstr. on CD-Rom. – Electronic data a. progr. (248 Mb). – 2013. – Vol. 28, suppl. 1 : 21th European Congress of Psychiatry, Nice, 6–9 Apr. 2013. – 1 electronic opt. disk (CD-ROM).

14. Krupchanka, D. Insight mediates link between stigma and depression in schizophrenia / D. Krupchanka, M. Katliar // European Neuropsychopharmacology : abstr. of the 26th ECNP Congress. – 2013. – Vol. 23, suppl. 2 : 26th ECNP Congress, Barcelona, Spain, 5–9 Oct. 2013. – P. S440.

Инструкции по применению

15. Крупченко, Д.А. Шкала нарушения осознания психического расстройства : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 08.06.2012 : регистрац. № 033-0312 / Д.А. Крупченко, Е.А. Хмельницкая. – Минск, 2012. – 13 с.

16. Крупченко, Д.А. Метод коррекции нарушений осознания психического расстройства при шизофрении : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 12.06.2013 : регистрац. № 022-0313 / Д.А. Крупченко. – Минск, 2013. – 14 с.

Учебно-методическое пособие

17. Крупченко, Д.А. Коррекция нарушений осознания психического расстройства при шизофрении : учеб.-метод. пособие / Д.А. Крупченко. – Минск : Белорус. мед. акад. последиплом. образования, 2012. – 23 с.

РЭЗІЮМЭ

Крупчанка Дзмітрый Аляксандравіч Клінічнае значэнне і карэкцыя ўсведамлення хваробы (інсайта) пры параноіднай шызафрэніі

Ключавыя словы: інсайт, шызафрэнія, камплаенс, дэпрэсія.

Мэта даследавання: распрацаваць метады карэкцыі парушэння ўсведамлення псіхічнага расстройтва (інсайта) у пацыентаў, якія пакутуюць на параноідную шызафрэнію, на падставе комплекснай ацэнкі яго клінічнага значэння.

Метады даследавання: клініка-псіхапаталагічны, псіхаметрычны, клініка-псіхалагічны і статыстычны.

Атрыманыя вынікі і іх навізна: усведамленне хваробы (інсайт) пры параноіднай шызафрэніі мае неаднароднае клінічнае значэнне: разуменне неабходнасці медыцынскага лячэння і яго спрыяльнага ефекту звязана з пазітыўным стаўленнем пацыентаў да праводзімай тэрапіі, у той час як усведамленне наяўнасці псіхічнага разладу і негатыўных наступстваў захворвання – з большай выяўленасцю ў іх дэпрэсіўнай сімптоматыкі. Парушэнні ўсведамлення ефекту медыцынскага лячэння, неразуменне прычын яго неабходнасці і слабае ўсведамленне сімптомаў псіхічнага разладу звязаны з нізкім узроўнем сацыяльнага функцыянавання пацыентаў.

У пацыентаў, якія пакутуюць на параноідную шызафрэнію і якія ўсведамляюць наяўнасць псіхічнага разладу, выяўленасць дэпрэсіўнай сімптоматыкі звязана са стыгматызуючымі поглядамі іх бліжэйшага акружэння. Таму, пры ажыццяўленні карэкцыі інсайта ў пацыентаў, якія пакутуюць на параноідную шызафрэнію з мэтай прафілактыкі развіцця дэпрэсіўнай сімптоматыкі, неабходна праводзіць псіхаадукацыю ў іх найбліжэйшым акружэнні.

Распрацаваны і апрабаваны метады карэкцыі парушэнняў інсайта пры параноіднай шызафрэніі, які дазваляе праводзіць карэкцыю такіх аспектаў усведамлення хваробы, як усведамленне пацыентамі неабходнасці і спрыяльнага ефекту ад праводзімага лячэння, усведамленне сімптомаў псіхічнага расстройтва. Выкарыстанне метаду памяншае выяўленасць дэпрэсіўнай сімптоматыкі і паляпшае стаўленне пацыентаў да лячэння.

Практычнае значэнне. На падставе вынікаў даследавання распрацаваны і шырока ўкаранены ў практыку метады карэкцыі парушэнняў усведамлення псіхічнага расстройтва пры параноіднай шызафрэніі. Выкарыстанне метаду дазваляе паляпшаць усведамленне хваробы і камплаенс, што, у сваю чаргу, спрыяе зніжэнню верагоднасці паўторных шпіталізацый і выдаткаў на лячэнне.

Галіна выкарыстання: псіхіятрыя, псіхатэрапія, псіхалогія.

РЕЗЮМЕ

Крупченко Дмитрий Александрович

Клиническое значение и коррекция осознания болезни (инсайта) при параноидной шизофрении

Ключевые слова: инсайт, шизофрения, комплаенс, депрессия.

Цель исследования: разработать метод коррекции нарушения осознания психического расстройства (инсайта) у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, на основании комплексной оценки его клинического значения.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический, клиничко-психологический и статистический.

Полученные результаты и их новизна: осознание болезни (инсайт) при параноидной шизофрении имеет неоднородное клиническое значение: понимание необходимости медицинского лечения и его благоприятного эффекта связано с позитивным отношением пациентов к проводимой терапии, в то время как осознание наличия психического расстройства и негативных последствий заболевания – с большей выраженностью у них депрессивной симптоматики. Нарушения осознания эффекта медицинского лечения, непонимание причин его необходимости и слабое осознание симптомов психического расстройства связаны с низким уровнем социального функционирования пациентов.

У пациентов, страдающих параноидной шизофренией и осознающих наличие психического расстройства, выраженность депрессивной симптоматики связана со стигматизирующими взглядами их ближайшего окружения. Поэтому, при осуществлении коррекции инсайта у пациентов, страдающих параноидной шизофренией с целью профилактики развития депрессивной симптоматики, необходимо проводить психообразование в их ближайшем окружении.

Разработан и апробирован метод коррекции нарушений инсайта при параноидной шизофрении, который позволяет проводить коррекцию таких аспектов осознания болезни, как осознание пациентами необходимости и благоприятного эффекта от проводимого лечения, осознание симптомов психического расстройства. Использование метода уменьшает выраженность депрессивной симптоматики и улучшает отношение пациентов к лечению.

Практическая значимость. На основании результатов исследования разработан и широко внедрен в практику метод коррекции нарушений осознания психического расстройства при параноидной шизофрении. Использование метода позволяет улучшать осознание болезни и комплаенс, что, в свою очередь, способствует снижению вероятности повторных госпитализаций и расходов на лечение.

Область применения: психиатрия, психотерапия, психология.