

УДК 616.895.8-08.316.6

**АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОДХОДОВ К ПСИХОТЕРАПИИ И  
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ С УЧЕТОМ  
ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В УКРАИНЕ И В МИРЕ**

*Морваниук А.В.*

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Реферат

В данной статье рассмотрены основные принципы, этапы и методы лечения шизофрении в Украине и мире. Из-за не достаточного количества исследований шизофрении остается открытой проблема лечения этой болезни. Вне поля зрения большинства исследований остается и влияние половых различий при лечении шизофрении.

*Ключевые слова:* шизофрения, психотерапия, фармакотерапия, гендерные различия, этапы лечения.

UDC 616.895.8-08.316.6

**ANALYSIS OF THE GENERAL APPROACH TO PSYCHOTHERAPY  
AND PHARMACOTHERAPY SCHIZOPHRENIA WITH GENDER  
DIFFERENCES IN UKRAINE AND THE WORLD**

*Morvaniuk A.V.*

*Odessa national medical university, Odessa, Ukraine*

Summary

This article describes the basic principles, stages and methods of treating schizophrenia in Ukraine and the world. Because not enough studies of schizophrenia remains an open problem of treatment of this disease. Out of sight most of the research remains and the impact of gender differences in the treatment of schizophrenia.

*Keywords:* schizophrenia, psychotherapy, pharmacotherapy, gender differences, stages of treatment.

**Актуальность.** В Мире насчитывается около полумиллиарда жителей Земли, страдающих от психических заболеваний. Подавляющее большинство из них больны шизофренией, которая в структуре психической патологии остается наиболее социально значимым заболеванием. Несмотря на внедрение новых психотропных препаратов в лечение шизофрении, около 30% больных остаются резистентными к проводимой терапии, нередко заканчивается их инвалидизации. Это доказывает, что проблема протекания и лечения шизофрении на данный момент не изучена полностью. Вне исследований остается и гендерный аспект, который имеет значительную роль в специфике протекания большинства патологических состояний.

Вполне вероятно, что ни при каких других заболеваниях не применялись столько разнообразных методов лечения, как при шизофрении. Почти каждое крупное открытие в области медицины побуждало к попыткам апробирования новых методов лечения для решения проблем терапии больных шизофренией.

**Изложение материала.** При возникновении шизофрении могут играть роль разнородные факторы, относящиеся к трем плоскостям – биологической, психологической и социологической. В одном случае могут доминировать одни (например, биологические), а в другом – другие (психологические или социологические). Это бывает видно из истории жизни больного. Такой принцип многофакторности следует учитывать при лечении. Лечение биологическими методами может представляться в конкретном случае наиболее адекватным, однако не следует забывать и о психологическом и социологическом лечении [3].

В лечении шизофрении выделяют четыре основные последовательные этапы, которые приняты во всем мире. Первый этап представлен купирующей терапией, целью которой является снятие острой

симптоматики (бреда, галлюцинаций, автоматизмов, агрессивности, психомоторного возбуждения и т.д.). Проводится чаще всего в стационарных условиях, значительно реже в условиях дневного стационара, еще реже амбулаторно. При этом может возникнуть необходимость в принудительной госпитализации и лечении, если это разрешено законом страны, в которой проводится лечение. В ряде стран с развитой системой внебольничной психиатрической помощи лечение значительной части пациентов проводится амбулаторно, так как это существенно дешевле. Считается, что в условиях стационара продолжительность этого этапа может составлять от 1 до 3 месяцев. Критериями эффективности лечения является значительное уменьшение выраженности или исчезновение продуктивной симптоматики, нормализация поведения, восстановление критики и сознания.

Второй этап лечения шизофрении представлен стабилизирующей терапией, целью которой является подавление остаточной психотической симптоматики. Проводится в амбулаторных или полустационарных условиях. Продолжительность лечения может варьировать от 3 до 9 месяцев.

Третий этап коррекции негативной симптоматики, восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации проводится амбулаторно и требует от 6 до 12 месяцев.

Четвертый этап представляет собой профилактическую (поддерживающую) антипсихотическую терапию, целью которой является предотвращение новых приступов болезни, поддержание достигнутого уровня социального функционирования пациента. Проводится амбулаторно. Продолжается неопределенно долго, но в любом случае не менее 1-2 лет [6].

Как было уже выше отмечено, лечение шизофрении состоит из основного и поддерживающего курсов, которыми предусмотрено применение биологической терапии (психофармакологической, электросудорожной, инсулинокоматозной), психотерапии, общеукрепляющей терапии и мер социальной адаптации больных.

Основной курс направлен на устранение острых психических расстройств. Чаще всего его проводят в стационаре. Поддерживающую терапию назначают с целью закрепления положительных сдвигов, а также недопущения рецидивов болезни и ее осложнений [3].

В соответствии с уровнем, достигнутым современной медициной, лечение в психиатрии сконцентрировалось на применении химических препаратов. Введение в начале второй половины нашего века психотропных лекарств, особенно нейролептиков, вызвало своеобразную революцию в психиатрии, они изменили атмосферу в психиатрии [1].

В американских стандартах с 1999 года препаратами первого выбора при лечении острых состояний стали атипичные нейролептики. Согласно этим стандартам, традиционные нейролептики при острых состояниях следует использовать только в следующих случаях: среди пациентов, у которых применение типовых нейролептиков не сопровождается значительными побочными эффектами; если необходимо введение нейролептика в виде инъекций (так, как инъекционные формы атипичных нейролептиков для лечения острых состояний пока отсутствуют); если необходимо быстрое подавление приступов агрессии и насилия со стороны пациента.

По английским стандартам 2002 года, атипичные нейролептики являются препаратами первого выбора для больных с первым приступом заболевания, а также в ситуациях, где применение обычных нейролептиков или не дало результата, или сопровождалось выраженными побочными эффектами, в других случаях лечение следует начинать с «сильного» типичного нейролептика [4].

Литературных источников о различные течения психических заболеваний в зависимости от пола пока немного и они очень противоречивы. Аналитическое исследование с использованием шкалы PANSS, проведенное шведскими учеными, не выявило различий по половому признаку ни по одному из пяти исследуемых характеристик [11]. Так же, в

исследованиях, проведенных в США не было обнаружено гендерных различий в нейролептических реакциях у пациентов с шизофренией [10].

В других исследованиях в Швеции, сфокусированных на гормональных факторах, связанных с дозой антипсихотических препаратов, было показано, что средняя дневная доза антипсихотика для равноценного контроля над симптомами была в два раза выше у мужчин, чем у женщин [12]. В ретроспективном анализе международного исследования оланзапина и галоперидола женщины, получавших оланзапин, проявляли более значительную редукцию симптоматики до 4-й недели, чем женщины из других групп, и степень различия в уровне редукции симптомов оставалась ниже на протяжении всех 6 недель. Недавняя четвертая фаза исследований применения рисперидона в Канаде не смогла убедительно подтвердить любые различия при лечении, в реакциях на дозу или в побочных неврологических эффектах [9].

Лечение шизофрении невозможно без психотерапии. Современная психотерапия шизофрении отличается гуманным отношением к больному, отношением к нему как к полноправному и активному участнику лечебного процесса, который сотрудничает с врачом.

В настоящее время в процессе лечения шизофрении, ее индивидуальная психотерапия продолжает оставаться лидирующей по результатам лечения, по сравнению с групповой и семейной психотерапией шизофрении. Психологические тренинги: тренинг уверенности в себе, тренинг развития коммуникативных навыков, тренинг творческого самовыражения и другие, общие разговоры о болезни дополняют клиническую психотерапию шизофрении, но не могут быть ее заменой. Рациональная психотерапия направлена на успокоение больных, предотвращение опасных действий, убеждение в необходимости лечения, соблюдение определенного режима, внушение уверенности в выздоровлении, отвлечения внимания больных от болезненных переживаний, представлений, формирования критического отношения к ним. Поведенческая терапия

направлена на отработку профессиональных навыков. Групповая психотерапия – уменьшает социальную изоляцию, восстанавливает чувство реальности. Семейная психотерапия – для гармонизации взаимоотношений в семье, осознание родственниками пациента болезненности мотивов его поведения, потребности в упорном лечении, обучение правилам обращения с психически больными, а также с целью обмена опытом членов семьи [2].

В лечении больных шизофренией наиболее оправдана трудовая терапия (социотерапия). Она имеет психотерапевтическое воздействие на больного. Благодаря психотерапии удастся повысить положительную активность больного, упорядочить его психомоторные функции. Труд имеет компенсационное влияние на психические функции, стимулирует общую активность, отвлекает больного от галлюцинаторных и бредовых переживаний [7].

Групповая терапия осуществляется в закрытых группах по 5-10 человек под руководством 1-2 ведущих (врач и специалист по социальной работе, медицинский психолог или социальный работник, возможны другие варианты). Включение в группу меньшего числа больных негативно сказывается на организации взаимодействия и групповой динамике. Для амбулаторных больных занятия проводятся 1 раз в неделю и длятся 60-90 минут. В стационаре занятия могут проводиться 2-3 раза в неделю или ежедневно по 40-50 минут. Продолжительность этого вида терапии рассчитана на определенный срок, чаще в диапазоне 2-5 месяцев.

Как правило, в групповой терапии используются психообразовательные программы, которые помогают больше узнать о своей болезни, о ее проявлениях, развеять неверные представления о ее прогнозах, успешность терапии, а также узнать о средствах, применяемых для лечения, реагирования на болезнь, на неправильное болезненное поведение и его последствия, о возникающих при этом проблемах и способах с ними справиться. Ответы на эту часть вопросов появляются в процессе обмена опытом, в процессе совместного обсуждения. Обсуждение помогает пациентам понять свои

переживания, идентифицировать начальные проявления обострений и симптомы болезни, действие лекарств и их возможные побочные явления, получить поддержку при правильных действиях, стать осведомленным участником терапевтического процесса.

Групповая психотерапевтическая работа считается высокоэффективной. Здесь процесс восстановления, обучение, тренировки осуществляется в искусственно созданных условиях «защищенной среды», где в основу выработки решений самими пациентами положено интерактивный процесс. В группе производятся «нормы» взаимоотношений, а также не единственно возможное, а несколько решений, выбор которых соответствует сложности социальных отношений. Кроме того, группа обеспечивает обратную связь и взаимную поддержку [8].

Все более актуальной является проблема учета гендерных различий при разработке психотерапии больных шизофренией. Это обусловлено, прежде всего, появлением исследований структуры психических качеств и их изменений при развитии болезни среди женщин и мужчин.

Коробова Е.Л., проводя исследования когнитивных стилей и социального функционирования больных шизофренией в группах мужчин и женщин, обнаружила следующее. У мужчин более хрупкая и неустойчивая самооценка, меньшая устойчивость к стрессам и фрустрациям, их эго менее стабильное, они менее психологически выносливы, чем женщины; в ситуации психической болезни личностные нарушения у мужчин сильнее [5].

Исходя из полученных данных исследования Коробовой Е.Л. больных шизофренией среди мужчин и женщин, можно сделать вывод, о необходимости учета выявленных гендерных различий при разработке психотерапии, для более эффективного лечебного процесса.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия / Ю.А. Александровский. – М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2004. – 430 с.

2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство / В.Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
3. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С. Данилов, Ю.Г. Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 274 с.
4. Евсегнеев Р.А. Современные стандарты лечения шизофрении / Р.А. Евсегнеев // Медицинские новости. – 2004. – N 1. – С. 44-49.
5. Коробова Е.Л. Когнитивные стили и социальное функционирование у больных шизофренией / Е.Л. Коробова // Вестник Балтийской Педагогической академии. – СПб., 2006. – Вып. 71. – С. 62-80.
6. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / [Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича.] – М., 1999. – 224 с.
7. Психиатрия: Справочник практического врача / [Под ред. А.Г.Гофмана]. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 592 с.
8. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / [Под редакцией В.Н.Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера]. – М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2006. – 54 с.
9. Labelle A. Risperidone treatment of outpatients with schizophrenia: no evidence of sex differences in treatment response / A. Labelle, M. Light, F. Dunbar // Can J Psychiatry. – 2001. – P. 534-541.
10. Lack of gender differences in neuroleptic response in patients with schizophrenia. / [Pinals DA, Malhotra AK, Missar CD, Pickar D, Breier A] // Schizophr Res. – 1996. – P. 215-222.
11. Lindstrom E. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations / E. Lindstrom, L. von Knorring // Acta Psychiatr Scand. – 1994. –P. 274-278.
12. Melkersson K.I. Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses/ K.I. Melkersson, A.L. Hulting, A.J. Rane // Br J Clin Pharmacol. – 2004. – P. 317-324.

## REFERENCES

1. Alexander Y. Psychiatry and psychopharmacotherapy / YA Alexander. - M.: "GEOTAR-MED", 2004. - 430.(Rus.)
2. Veed V.D. Psychotherapy of schizophrenia: A Quick Guide / V.D. View. - [3rd ed.] - St. Petersburg.: Peter, 2008. – 512(Rus.)
3. Danilov D.S. Treatment of Schizophrenia / D.S. Danilov, G. Tyulpin. - M.: Medical Information Agency, 2010. - 274 p. (Rus.)
4. Evsegneev R.A. Modern standards of treatment of schizophrenia / R.A. Evsegneev // Medical News. - 2004. - N 1. - P. 44-49. (Rus.)
5. Korobova E.L. Cognitive styles and social functioning in patients with schizophrenia / E.L. Korobova // Herald Baltic Pedagogical Academy. - St. Petersburg., 2006. - Vol. 71. - P. 62-80. (Rus.)
6. Models of diagnosis and treatment of mental and behavioral disorders: Clinical Manual / [Ed. V.N. Krasnov and I.J. Gurovich.] - Moscow, 1999. - 224. (Rus.)
7. Psychiatry: A Handbook practitioner / [Ed. A.G.Gofman]. - M.: MEDpress Inform 2006. - 592 p. (Rus.)
8. Standards of care for patients with schizophrenia / [Edited V.N.Krasnova, I.J. Gurovich, S.N. Mosolov, A.B. Schmookler]. -M.: Moscow Research Institute of Psychiatry Medical University, 2006. - 54. (Rus.)
9. Labelle A. Risperidone treatment of outpatients with schizophrenia: no evidence of sex differences in treatment response / A. Labelle, M. Light, F. Dunbar // Can J Psychiatry. – 2001. – P. 534-541. (Eng.)
10. Lack of gender differences in neuroleptic response in patients with schizophrenia. / [Pinals DA, Malhotra AK, Missar CD, Pickar D, Breier A] // Schizophr Res. – 1996. – P. 215-222. (Eng.)
11. Lindstrom E. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations / E. Lindstrom, L. von Knorring // Acta Psychiatr Scand. – 1994. –P. 274-278. (Eng.)

12.Melkersson K.I. Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses/ K.I. Melkersson, A.L. Hulting, A.J. Rane // Br J Clin Pharmacol. – 2004. – P. 317-324. (Eng.)