

Апробація комплексної програми психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії

Ю. А. Кушнір *

Комунальне некомерційне підприємство «Клінічна лікарня «Психіатрія», м. Київ, Україна

Ключові слова:

психосоціальна реабілітація, негативні симптоми при шизофренії, комплаєнтність, соціальне функціонування, хворі на шизофренію.

Keywords:

psychosocial rehabilitation, negative symptoms of schizophrenia, compliance, social functioning, patients with schizophrenia.

Надійшла до редакції /
Received: 09.01.2024

Після доопрацювання /
Revised: 17.02.2024

Схвалено до друку /
Accepted: 19.02.2024

Конфлікт інтересів:

відсутній.

Conflicts of interest:

author has no conflict of interest to declare.

*E-mail:

yurikushnir@ukr.net

Мета роботи – розробити й оцінити ефективність комплексної програми психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 168 пацієнтів із негативною симптоматикою при шизофренії: 94 пацієнти, які пройшли курс комплексної програми психосоціальної реабілітації (основна група), та 74 пацієнти, які пройшли курс терапії за традиційною схемою (контрольна група). Критерії, за якими оцінювали ефективність комплексної програми психосоціальної реабілітації в пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії, – клінічна динаміка негативних розладів, ступінь поліпшення / погіршення комплаєнтності та соціального функціонування, ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності. Для оцінювання ефективності використали психометричні (шкала соціального уникнення та дистресу (SADS), шкала особистісного й соціального функціонування (PSP), опитувальник «Рівень комплаєнтності» та методика оцінювання вираженості негативних симптомів (SANS)) та статистичні методи дослідження.

Результати. Запропонована схема комплексної програми психосоціальної реабілітації ґрунтується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого та диференційованого підходу. Її мішенями визначено клінічні прояви негативної симптоматики при шизофренії, порушення соціальної адаптації, комунікативних навичок, зниження мотиваційної сфери, комплаєнсу та порушення соціального функціонування. Реабілітацію реалізовано чотирма етапами: діагностичним, терапевтичним, реабілітаційним і профілактичним. Показано ефективність запропонованої схеми психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії, що полягала в більш вираженій редукції клінічних проявів абутії, ангедонії, неухважності, зниженні дистресу та соціального уникнення, покращенні соціального функціонування в основних сферах життєдіяльності, поліпшенні соціальної й поведінкової комплаєнтності.

Висновки. Розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії підтвердила свою ефективність та може бути використана під час психокорекційних заходів, що спрямовані на лікування таких хворих.

Сучасні медичні технології. 2024. № 1(60). С. 46-53

Approval of a comprehensive psychosocial rehabilitation program for patients with negative symptoms in schizophrenia

Yu. A. Kushnir

The aim of the work is to develop and evaluate the effectiveness of a comprehensive program of psychosocial rehabilitation of patients with negative symptoms in schizophrenia.

Materials and methods. The study involved 168 patients with negative symptoms of schizophrenia: 94 patients who underwent a comprehensive psychosocial rehabilitation program (main group) and 74 patients who underwent a course of therapy according to the traditional scheme (control group). The criteria that evaluated the effectiveness of a comprehensive program of psychosocial rehabilitation in patients with negative symptoms in schizophrenia were: clinical dynamics of negative disorders, the degree of improvement/deterioration of compliance and social functioning, and the degree of restoration of basic life functions. Psychometric (Social Avoidance and Distress Scale (SADS), Personal and Social Functioning (PSP), Level of Compliance questionnaire, and the Severity of Negative Symptoms (SANS)) and statistical research methods were used to assess effectiveness.

Results. The proposed scheme of a complex program of psychosocial rehabilitation is based on the principles of a complex, individually oriented and differentiated approach, and its targets are defined as clinical manifestations of negative symptoms in schizophrenia, impaired social adaptation, communication skills, decreased motivational sphere, compliance and impaired social functioning. Rehabilitation is implemented in four stages: diagnostic, therapeutic, rehabilitation and preventive. The effectiveness of the proposed scheme of psychosocial rehabilitation of patients with negative symptoms in schizophrenia was proven, which consisted in a more pronounced reduction of clinical manifestations of abulia, anhedonia, inattention, reduction of distress and social avoidance, improvement of social functioning in the main spheres of life, and improvement of social and behavioral compliance.

Conclusions. The developed comprehensive program of psychosocial rehabilitation of patients with negative symptoms in schizophrenia has shown its effectiveness and can be used in psychocorrective measures aimed at treating patients with negative symptoms in schizophrenia.

Modern medical technology. 2024;(1):46-53

Негативні симптоми (НС) при шизофренії становлять серйозну діагностичну та терапевтичну проблему [1]. Вони часто є першими симптомами захворювання, проте рідко бувають причиною первинного звернення по медичну допомогу. НС – один із ключових факторів, що визначають функціональний результат і призводять до інвалідизації [1,2,3]. Проблема НС при шизофренії в загальній лікарській практиці останніми десятиліттями набуває особливої значущості, стає одним із пріоритетних завдань медичної науки та системи практичної охорони здоров'я [4,5]. Більше ніж у половини пацієнтів із хронічною шизофренією визначають принаймні один НС, а поширеність стійких НС після першого психотичного епізоду сягає 11–37 % [6,7,8]. НС пов'язані з порушенням якості життя, повсякденного функціонування, соціальних відносин і професійної діяльності пацієнтів із шизофренією; крім того, хворі з НС у процесі лікування рідше досягають ремісії, а їхня якість є найгіршою [9,10].

Актуальність вивчення НС при шизофренії пов'язана з низькою якістю діагностики, несприятливим впливом на виникнення, перебіг і прогноз шизофренії, на показники працездатності та якості життя пацієнтів, а також з високим соціально-економічним тягарем хвороби [1,10,11]. Зазначимо, що потужний розвиток психофармакології не вирішив проблему надання допомоги хворим із НС при шизофренії. Так, майже 30 % пацієнтів мають резистентність або незначну реакцію на терапію антидепресантами; це обґрунтовує пошук нових методів лікування цієї патології [4,5].

Діагностиці негативних симптомів при шизофренії досі приділяють недостатньо уваги: мало вивченими залишаються фактори, що лежать в основі дисфункцій, а також не розроблено комплексні програми, які дають змогу впливати на негативну симптоматику пацієнтів [3,7,12].

Мета роботи

Розробити й оцінити ефективність комплексної програми психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії.

Матеріали і методи дослідження

Запропонована схема комплексної програми психосоціальної реабілітації (КППР) ґрунтується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого та диференційованого підходу, забезпечення етапності, послідовності й оптимальності лікувально-реабілітаційних заходів.

Мета застосування КППР – зниження проявів НС при шизофренії, а також максимальне відновлення працездатності, соціального функціонування та поліпшення якості життя пацієнтів. Мішенями терапії визначено клінічні прояви негативної симптоматики при шизофренії, порушення соціальної адап-

тації, комунікативних навичок, зниження мотиваційної сфери, комплаєнсу та порушення соціального функціонування.

Рекомендована КППР пацієнтів з негативними симптомами при шизофренії реалізована чотирма етапами: діагностичним, терапевтичним, реабілітаційним і профілактичним (рис. 1).

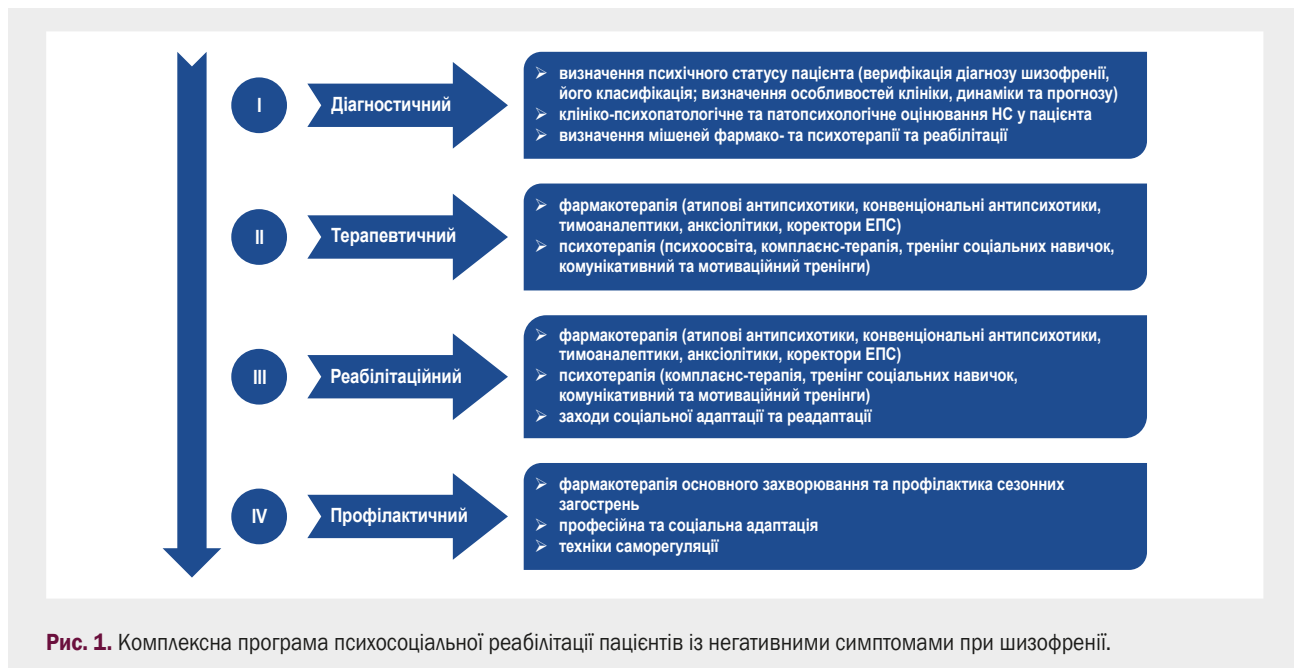
I етап – діагностичний, передбачає клініко-динамічне, клініко-анамнестичне, психопатологічне та патопсихологічне оцінювання НС при шизофренії. На цьому етапі оцінюють психічний статус хворого: верифікують діагноз шизофренії, здійснюють його класифікацію; визначають особливості клініки, динаміки та прогнозу; аналізують особливості НС при шизофренії з використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та психометричного методів. На підставі результатів обстеження складають план заходів з корекції НС, адаптації та реадaptaції пацієнта, завданнями якого є визначення стратегії та тактики (залежно від етапу захворювання); визначення обсягу та послідовності реабілітаційних заходів для конкретного випадку.

II етап – терапевтичний, включає комплекс заходів фармакотерапії та психотерапії, що спрямовані на корекцію НС при шизофренії, нормалізацію психоемоційного стану, соціальну адаптацію та реадaptaцію пацієнта. Фармакотерапія на цьому етапі спрямована на редукцію НС. Психотерапевтичні та реабілітаційні втручання передбачають поєднання психоосвітніх заходів, комплаєнс-терапії, тренінгу комунікативних і соціальних функцій. Тривалість цього етапу становить 1–2 місяці.

III етап – реабілітаційний, передбачає комплекс заходів фармакотерапії та психотерапії, що спрямовані на закріплення ефекту від фармакотерапії, поліпшення комплаєнсу, відновлення соціального функціонування пацієнта. Реабілітаційний етап може розпочинатися вже на етапі стаціонарного лікування і триває 3–12 місяців після виписки зі стаціонара. Основне завдання цього етапу – формування стійкого адекватного емоційно-поведінкового патерну, відновлення мотиваційної та соціальної функцій, максимальна адаптація й реадaptaція хворого, запобігання рецидиву.

Фармакотерапія на реабілітаційному етапі аналогічна тій, що призначали на терапевтичному етапі, з відповідною корекцією дозування препаратів залежно від актуального стану пацієнта.

На реабілітаційному етапі продовжують диференційовану психотерапевтичну роботу з пацієнтами, що полягає в поєднанні тренінгу соціальних навичок із мотиваційним і комунікативним тренінгами. На цьому етапі особливого значення набувають заходи з соціальної реабілітації та реадaptaції пацієнта. Соціальна реабілітація передбачає соціально-середовищну й соціально-побутову підтримку для відновлення втрачених і формування нових соціальних зв'язків і відносин. Пацієнтів стимулюють до різних видів соціальної діяльності



(робота, навчання, творчість, оздоровлення, суспільна діяльність тощо), відновлення професійного статусу й ефективної професійної реалізації.

ІV етап – профілактичний, призначений для підтримання нормального психоемоційного стану, запобігання рецидивам. Етап орієнтований на доволі тривалий час (до 2 років). Фармакотерапія на цьому етапі передбачає лікування основного захворювання та сезонну профілактику. Психотерапія переважно включає техніки саморегуляції, що спрямовані на самоконтроль емоційного стану та запобігання рецидивам.

Після отримання письмової згоди на проведення комплексного обстеження, відповідно до принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину, відповідних законів України та міжнародних актів, рандомізованим способом із попередньою стратифікацією за наявністю НС при шизофренії до дослідження залучили 168 пацієнтів.

Критерії залучення – усвідомлення та підписання форми поінформованої згоди на участь у дослідженні; психіатричні діагнози F 20-20.9 за діагностичними критеріями МКХ-10; наявність негативних симптомів, визначених під час бесіди з пацієнтом; відсутність вираженої органічної патології; вік від 20 до 60 років. У дослідження не залучали пацієнтів із діагностованим шизоафективним розладом, хворих із тривалістю перебігу захворювання менше ніж 1 рік, із симптомами коморбідного органічного або наркологічного захворювання, старших за 60 років, осіб із тяжкими соматичними захворюваннями, а також пацієнтів, які приймали клозапін як базовий антипсихотик.

В апробації розробленої КППР брали участь 94 особи, які пройшли курс КППР за розробленою програмою (основна група), та 74 особи, які пройшли курс терапії за традиційною схемою (контрольна група).

Критерії, за якими оцінювали ефективність КППР у пацієнтів із НС при шизофренії, – клінічна динаміка негативних

розладів, ступінь поліпшення / погіршення комплаєнтності та соціального функціонування, ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності. Порівняльне оцінювання ефективності розробленої КППР пацієнтів із НС при шизофренії щодо традиційної здійснили шляхом зіставлення даних клініко-психологічного та психометричного досліджень.

Для оцінювання ефективності КППР використали три групи методик, що застосовували до і після КППР:

1. Методики, спрямовані на оцінювання соціального функціонування: Шкала соціального уникнення і дистресу (SADS) та Шкала особистісного й соціального функціонування (PSP);

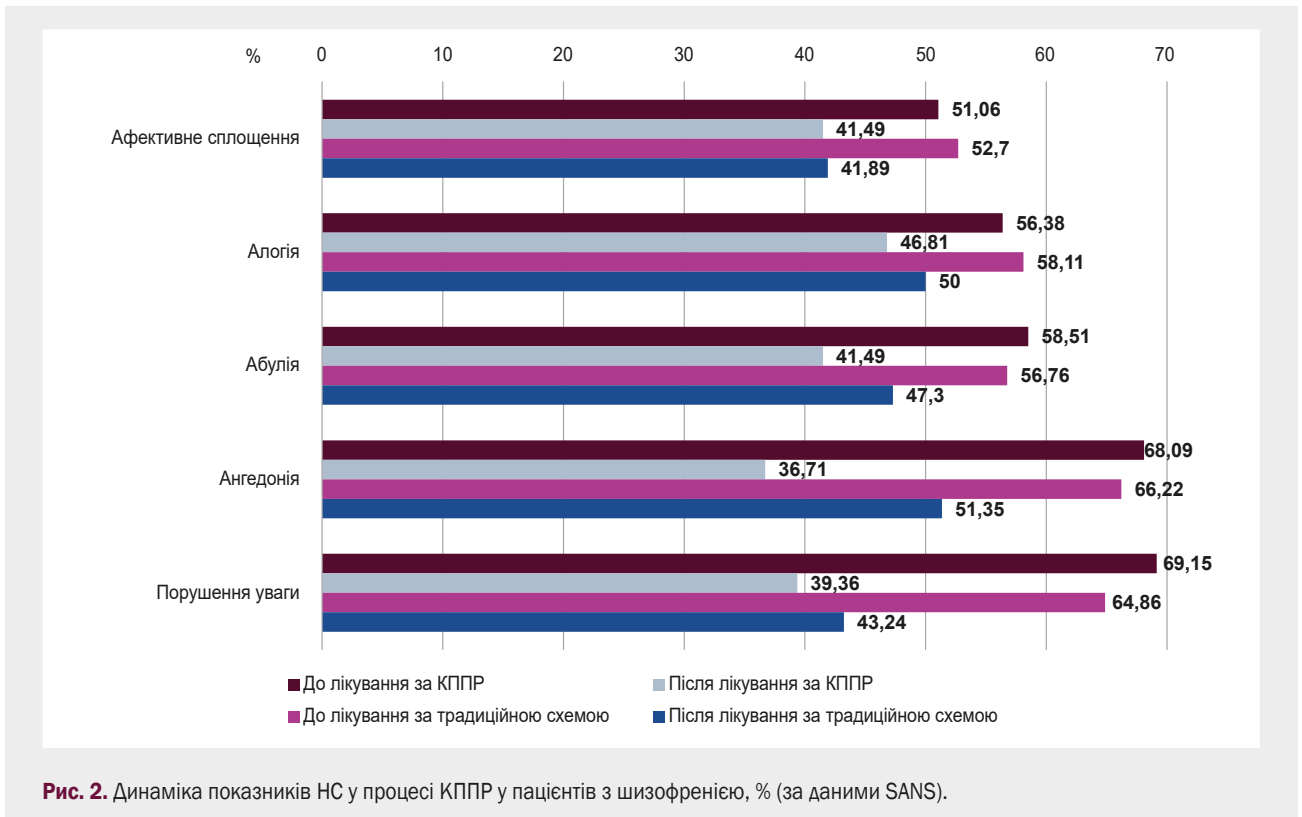
2. Методика, спрямована на оцінювання взаємодії зі спеціалістами в галузі і психофармакотерапії, і реабілітаційних заходів: опитувальник «Рівень комплаєнтності»;

3. Методика оцінювання вираженості негативних симптомів (SANS), спрямована на оцінювання вираженості НС при шизофренії та їх динаміку в процесі КППР.

Статистичне опрацювання даних виконали для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $M \pm m$), достовірності відмінностей (t-критерій Стьюдента, точний метод Фішера і кутове перетворення Фішера). Для кожної градації діагностичного критерію визначали її внесок у верифікацію діагнозу: розраховували міру інформативності Кульбака (MI) та обчислювали діагностичні (прогностичні) коефіцієнти (ДК). Статистично результати опрацювали за допомогою Excel-2010 та Statistica 6.1.

Результати

Апробацію комплексної програми психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії здійснили на базі ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Оцінювання вираженості динаміки негативних симптомів за допомогою опитувальника SANS



показало: до лікування афективне сплющення переважало в 48 (51,06 %) осіб основної та 39 (52,70 %) пацієнтів контрольної групи (рис. 2). Основний прояв – збіднення експресивності реакцій та емоційної чутливості. Визначили також ослаблення емоційних реакцій, байдужість, душевну холодність, монотонність. На цьому тлі у багатьох хворих втрачено будь-які почуття до родичів і близьких, у них визначили повну байдужість до самого себе та свого стану.

Алогія на перший план виступала у 53 (56,38 %) пацієнтів основної та 43 (58,11 %) осіб контрольної групи. Її виявляли за втрату здатності будувати умовиводи і, відповідно, судження на логічній основі. Цей симптом визначали за збідненням і уповільненням темпу мислення, втратою його змісту, шперрунками; у тяжких випадках – за повною асоціативною порожнечою. У промові хворих це знаходило вияв у загальній нестачі обсягу та змісту, затримці при відповідях на звернене мовлення.

Абулія, або апатія як провідна симптоматика встановлена у 55 (58,51 %) обстежених з основної та 42 (56,76 %) осіб із контрольної групи. Ключові порушення – стійка втрата енергії та імпульсів (зокрема до трудової діяльності), потягів і інтересів на тлі емоційної байдужості.

Ангедонію (асоціальність) виявлено в 64 (68,09 %) пацієнтів основної та в 49 (66,22 %) осіб контрольної групи. Найбільш характерний прояв – стійка втрата інтересів до соціальної взаємодії та задоволення від її реалізації. Це стосувалося відносин із найближчим оточенням, експресії емоційної та сексуальної близькості. Хворі майже не прагнули до встановлення соціальних зв'язків, утримання наявних контактів навіть у межах відділення.

Порушення уваги – провідний симптом у 65 (69,15 %) хворих основної та в 48 (64,86 %) пацієнтів контрольної групи. Маніфестувало труднощами під час концентрації та підтримання уваги, відволіканням, неухважністю. Це перешкождало діяльності, яка потребувала концентрації уваги: читанню, користуванню персональним комп'ютером і навіть перегляду телепередач і фільмів.

Після курсу КППР у пацієнтів основної групи спостерігали позитивну динаміку за показниками афективного сплющення (41,49 %), алогії (46,81 %), абулії (41,49 %), ангедонії (36,71 %) та концентрації уваги (39,36 %). Позитивну динаміку визначили й у пацієнтів контрольної групи, які одержували лікування за традиційними схемами. Так, у них знизилися показники афективного сплющення (41,89 %), алогії (50,00 %), абулії (47,30 %), ангедонії (51,35 %) та концентрації уваги (43,24 %).

Статистичний аналіз показав: вірогідне покращення у пацієнтів основної групи спостерігали за показниками абулії ($p = 0,008$, ДК = 1,49, MI = 0,13), ангедонії ($p = 0,0001$, ДК = 2,75, MI = 0,44) та уваги ($p = 0,0001$, ДК = 2,95, MI = 0,36). У пацієнтів, які одержували традиційне лікування, спостерігали виражену позитивну динаміку за показниками ангедонії ($p = 0,025$, ДК = 1,10, MI = 0,08) та уваги ($p = 0,004$, ДК = 1,76, MI = 0,19).

Ступінь поліпшення / погіршення комплаєнтності пацієнтів основної групи після КППР порівняно з пацієнтами контрольної групи, які пройшли курс терапії за традиційними схемами, наведено в таблиці 1.

Поліпшення / погіршення комплаєнтності пацієнтів із НС при шизофренії оцінювали відповідно до шкали «Рівень

Таблиця 1. Динаміка показників комплаєнтності після застосування КППР у пацієнтів із НС при шизофренії, n (%)

Показник	Основна група, n = 94	Контрольна група, n = 74	p	ДК	МІ
Емоційна комплаєнтність					
Погіршення	3 (3,19)	2 (2,70)	0,345	-0,72	0,00
Немає ефекту	39 (41,49)	43 (58,11)	0,013	1,46	0,12
Мінімальне поліпшення	32 (34,04)	20 (27,03)	0,084	-1,00	0,04
Помірне поліпшення	20 (21,28)	9 (12,16)	0,050	-2,43	0,11
Соціальна комплаєнтність					
Погіршення	2 (2,13)	3 (4,05)	0,270	2,80	0,03
Немає ефекту	15 (15,96)	20 (27,03)	0,033	2,29	0,13
Мінімальне поліпшення	37 (39,36)	39 (52,70)	0,028	1,27	0,08
Помірне поліпшення	40 (42,55)	12 (16,22)	<0,001	-4,19	0,55
Поведінкова комплаєнтність					
Погіршення	1 (1,06)	4 (5,41)	0,103	7,06	0,15
Немає ефекту	11 (11,70)	30 (40,54)	<0,001	5,40	0,78
Мінімальне поліпшення	33 (35,11)	27 (36,48)	0,126	0,17	0,00
Помірне поліпшення	49 (52,13)	13 (17,57)	<0,001	-4,72	0,82

комплаєнтності» (за показниками емоційної, соціальної та поведінкової комплаєнтності) за такою градацією:

- погіршення комплаєнтності – зниження кількісних показників;
- немає ефекту – немає динаміки кількісних показників;
- мінімальне поліпшення – позитивна динаміка кількісних показників (збільшення на 20 % за кожним параметром);
- помірне поліпшення – позитивна динаміка кількісних показників (збільшення на 21–40 % за кожним параметром).

Встановили, що у більшості пацієнтів основної групи за показником емоційної комплаєнтності не було ефекту або він був мінімальним, не перевищував 20 %. У групі зіставлення також у переважній більшості пацієнтів не зафіксовано покращення емоційного компонента комплаєнтності. У контрольній групі було більше випадків, де ефект не виявлено ($p = 0,013$, ДК = 1,46, МІ = 0,12) (табл. 1).

За параметром соціальної комплаєнтності, який визначає прагнення відповідати розпорядженням лікаря, зумовлене орієнтацією на соціальне схвалення, отримали такі результати: у більшості пацієнтів основної групи спостерігали помірні та мінімальні покращення, у хворих контрольної групи – мінімальні покращення (табл. 1). Статистичне порівняння двох груп показало, що пацієнтів із помірним поліпшенням соціальної комплаєнтності більше в основній групі ($p = 0,0001$, ДК = 4,19, МІ = 0,55), а осіб із мінімальним покращенням та без ефекту – в контрольній ($p = 0,028$, ДК = 1,27, МІ = 0,08; $p = 0,033$, ДК = 2,29, МІ = 0,13 відповідно).

За показником поведінкової комплаєнтності, який визначає прагнення пацієнта дотримуватися лікарських рекомендацій, спрямованих на подолання хвороби, що сприймається як перешкода, одержали такі результати: у більшості пацієнтів основної групи визначили помірні поліпшення, а в обстежених контрольної групи ефект не зафіксований або виявили

мінімальні поліпшення (табл. 1). Математичне зіставлення результатів показало, що помірні поліпшення вірогідно частіше фіксували в основній групі ($p = 0,0001$, ДК = 4,72, МІ = 0,82), ефект не визначали частіше в контрольній групі ($p = 0,0001$, ДК = 5,40, МІ = 0,78).

Динаміку соціального функціонування і ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності визначали за допомогою шкали особистісного та соціального функціонування (PSP). Соціальне й особистісне функціонування пацієнта проаналізували за чотирма доменами: за суспільно корисною діяльністю, особовими та соціальними відносинами, увагою до себе і свого стану, неспокойними й агресивними патернами поведінки (рис. 3). На рис. 3 наведено усереднені відповіді пацієнтів із НС при шизофренії, що характеризують вираженість порушень соціального функціонування та її динаміки в різних сферах (0 – немає порушень; 4 – виражені порушення).

Так, у пацієнтів основної групи до лікування найбільш виражені порушення функціонування визначали за зниженням суспільно корисної діяльності, особової й соціальної взаємодії та зменшення уваги в догляді за собою (рис. 3). У пацієнтів контрольної групи також спостерігали зниження суспільної діяльності, особової та соціальної взаємодії, зменшення уваги в догляді за собою.

У пацієнтів основної групи після лікування за розробленою КППР виявили суттєве зменшення порушень у сферах суспільно корисної діяльності ($p = 0,027$), особових і соціальних відносин ($p = 0,014$), самообслуговування ($p < 0,037$) та зниження агресивних патернів поведінки ($p < 0,026$).

Серед хворих контрольної групи, що одержували курс лікування за традиційною схемою, спостерігали позитивну динаміку у сфері самообслуговування, особових і соціальних відносин ($p < 0,031$ та $p < 0,042$ відповідно).

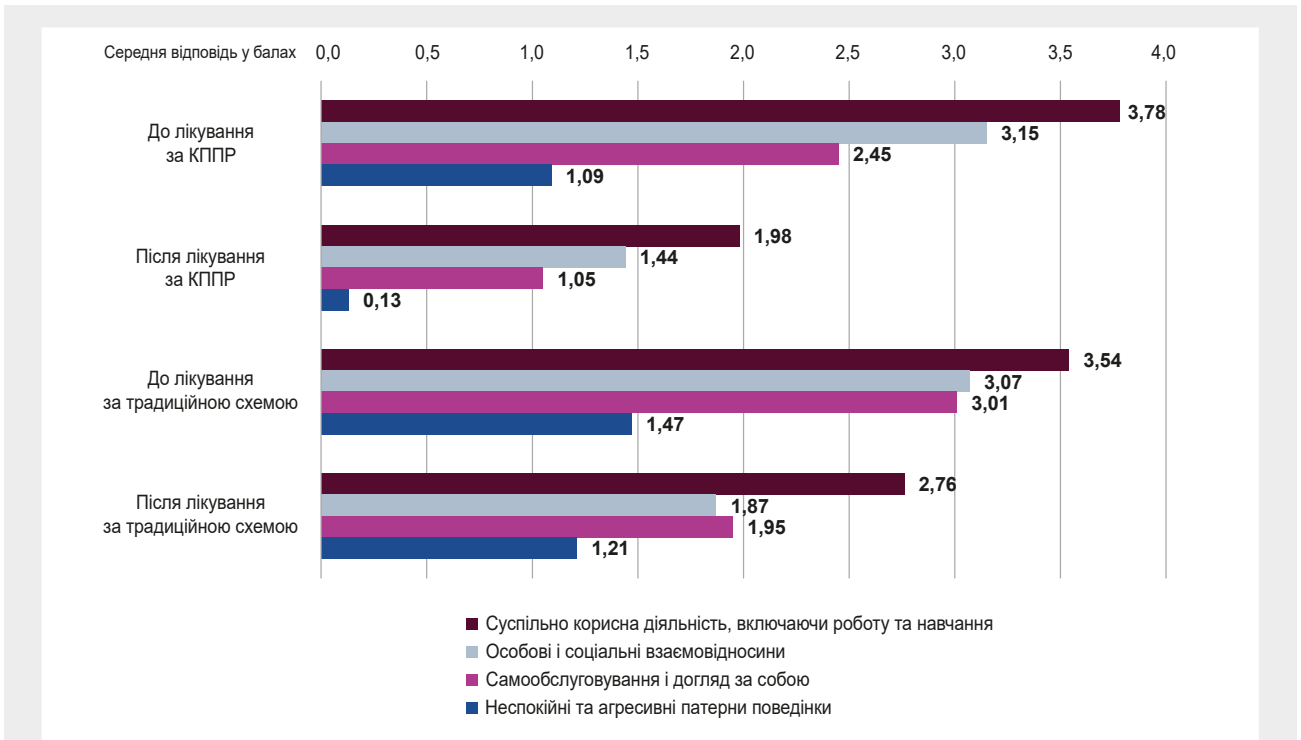


Рис. 3. Динаміка соціального функціонування у пацієнтів з НС при шизофренії (за даними PSP).

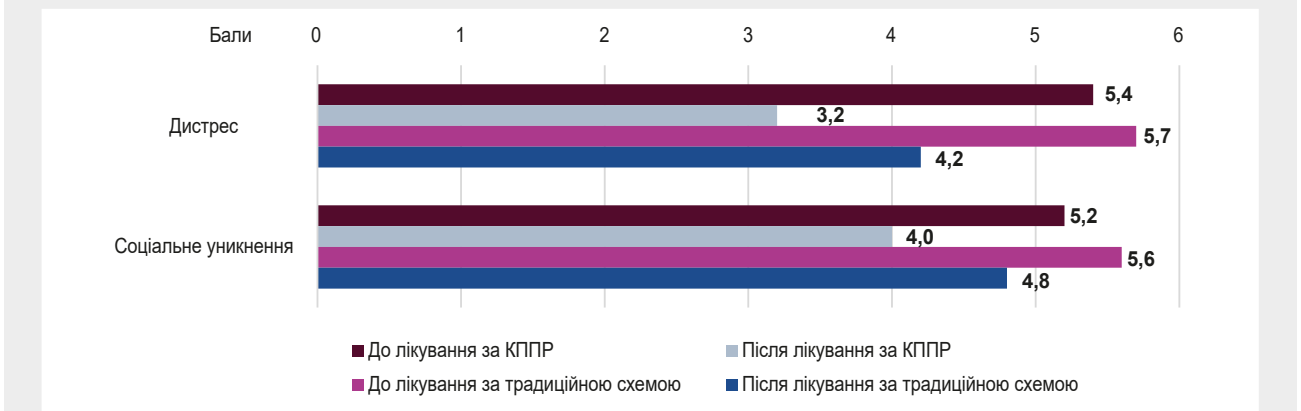


Рис. 4. Динаміка соціального уникнення та дистресу в пацієнтів із НС при шизофренії (за даними SADS).

Результати аналізу даних за шкалою соціального уникнення та дистресу SADS наведено на рис. 4.

До лікування у пацієнтів з НС при шизофренії встановили високі показники дистресу та соціального уникнення (рис. 4). Після лікування спостерігали позитивну динаміку за показниками дистресу й соціального уникнення. Математичне зіставлення груп дослідження показало, що після курсу КППР відбулося вірогідне зниження дистресу ($p = 0,002$) та соціального уникнення ($p = 0,034$), а традиційна схема лікування істотно вплинула лише на зниження дистресу ($p = 0,027$).

Обговорення

Під час оцінювання ефективності КППР у пацієнтів із НС при шизофренії за допомогою комплексу методів, спрямо-

ваних на дослідження динаміки негативної симптоматики, соціального функціонування та рівня комплаєнсу, виявили: для клінічної динаміки психічного стану хворих основної групи після КППР характерне суттєве зменшення проявів негативної симптоматики (абулії, ангедонії та порушень уваги). У хворих контрольної групи спостерігали виражену позитивну динаміку за критеріями ангедонії та порушень уваги.

Оцінювання динаміки комплаєнсу показало, що в більшості пацієнтів основної групи спостерігали помірне поліпшення соціальної та поведінкової комплаєнтності, а осіб із мінімальним покращенням і без ефекту було більше з-поміж пацієнтів контрольної групи. Зазначимо, що в більшості хворих основної групи після лікування за розробленою КППР за показником емоційної комплаєнтності не відбувалось

покращення, а мінімальний ефект не перевищував 20 %. Показник емоційної комплаєнтності характеризує схильність пацієнтів до дотримання лікарських рекомендацій, що зумовлено підвищеною вразливістю та чутливістю. Відсутність покращення цього типу комплаєнтності може бути зумовлена спотворенням емоційної сфери у пацієнтів із НС при шизофренії, відбиває дефіцитарність емоційного реагування при цьому захворюванні. У контрольній групі зафіксовано більше випадків, де поліпшення емоційної комплаєнтності не відбулося.

Динаміка соціального функціонування у пацієнтів основної групи визначалась суттєвим зменшенням порушень у сферах суспільно корисної діяльності ($p = 0,027$), особових і соціальних відносин ($p = 0,014$), самообслуговування ($p < 0,037$) та зниження агресивних патернів поведінки ($p < 0,026$). У хворих контрольної групи спостерігали позитивну динаміку соціального функціонування у сфері самообслуговування, особових і соціальних відносин ($p < 0,031$ і $p < 0,042$ відповідно). Встановили, що після курсу КППР відбулося вірогідне зниження дистресу ($p = 0,002$) та соціального уникнення ($p = 0,034$) в основній групі, а традиційна схема лікування впливала лише на зниження дистресу ($p = 0,027$).

Відомості сучасної наукової літератури щодо програм реабілітації хворих на шизофренію фрагментарні та не враховують відмінностей психопатологічної феноменології негативних симптомів при шизофренії [13, 14, 15]. Так, R. Jia et al. дослідили ефективність музичної терапії на пацієнтів із шизофренією. Автори визначили, що вона сприяє покращенню загальних, негативних, депресивних симптомів та якості життя у людей із шизофренією порівняно з контрольною групою [16]. Vogel J. S. et al. оцінювали вплив різних видів фізичних вправ на негативні симптоми у пацієнтів із шизофренією; у результаті дослідження не отримали достовірних доказів ефективності таких заходів [17]. Galderisi S. et al. рекомендували навчання соціальних навичок та когнітивну корекцію для пацієнтів із НС при шизофренії [2]. Окремі дослідники (Novo A. et al.) використовували віртуальну реальність для реабілітації хворих на шизофренію та довели її ефективність [18]. В іншому дослідженні (Skokou M. et al.) доведено, що когнітивна терапія, тренінг із когнітивної адаптації та програмне забезпечення для когнітивної терапії RehaCom позитивно впливають на пацієнтів із шизофренією [14]. Крім того, R. Penadés і T. Wykes показали: когнітивна реабілітація рекомендована для лікування когнітивних і функціональних порушень у пацієнтів із НС при шизофренії [19]. У дослідженні W. T. Chien et al. встановили, що терапія прихильності на основі мотиваційного інтерв'ю для людей із шизофренією може бути ефективною для зниження тяжкості симптомів і частоти повторних госпіталізацій, а також покращення дотримання режиму лікування, функціонування та розуміння хвороби та/або лікування у середньостроковому (6 місяців) періоді спостереження [20].

Запропонована КППР ґрунтується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого і диференційованого підходу, забезпечення етапності, послідовності й оптимальності лікувально-реабілітаційних заходів. КППР спрямована на зниження проявів НС при шизофренії, а також максимальне

відновлення працездатності, соціального функціонування та поліпшення якості життя пацієнтів. Результати, що отримали під час дослідження, характеризуються комплексністю, врахуванням особливостей перебігу шизофренії та пов'язаної з цим негативної симптоматики.

Висновки

Доведено ефективність запропонованої схеми комплексної програми психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії, що полягала в більш вираженій редукції клінічних проявів абулії, ангедонії, неухважності, зниженні дистресу та соціального уникнення, покращенні соціального функціонування в основних сферах життєдіяльності та поліпшенні соціальної й поведінкової комплаєнтності.

Перспективи подальших досліджень. Розроблена комплексна програма психосоціальної реабілітації пацієнтів із негативними симптомами при шизофренії показала свою ефективність та може бути використана як елемент психокорекційних заходів, що спрямовані на лікування таких пацієнтів.

Фінансування

Дослідження виконане в рамках НДР «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації», шифр теми НАМН.ДР.2П.16, що фінансується з державного бюджету (2016–2018).

Відомості про автора:

Кушнір Ю. А., канд. мед. наук, зав. відділення, КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія», м. Київ, Україна.
ORCID ID: 0009-0002-7342-9636

Information about the author:

Kushnir Yu. A., MD, PhD, Head of the Department, Municipal Non-Profit Enterprise "Clinical Hospital "Psychiatry", Kyiv, Ukraine.

References

- World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. WHO; 2015 [cited 2023 Jun 25]. 260 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- Galderisi S, Kaiser S, Bitter I, Nordentoft M, Mucci A, Sabé M, et al. EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2021 Mar 17;64(1):e21. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.13
- Kushnir YA. [Psychopathological characteristics of negative and positive symptoms in schizophrenia]. Prospects and innovations of science ("Pedagogy" Series, "Psychology" Series, "Medicine" Series). 2023;15(33):1148-59. Ukrainian. doi: 10.52058/2786-4952-2023-15(33)-1148-1159
- Capatina OO, Miclutia IV. Are negative symptoms in schizophrenia a distinct therapeutic target? *Clujul Med*. 2018;91(1):58-64. doi: 10.15386/cjmed-864
- Karbalae M, Jameie M, Amanollahi M, TaghaviZanjani F, Parsaei M, Basti FA, et al. Efficacy and safety of adjunctive therapy with fingolimod in patients with schizophrenia: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Schizophr Res*. 2023;254:92-8. doi: 10.1016/j.schres.2023.02.020
- An der Heiden W, Leber A, Häfner H. Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;266(5):387-96. doi: 10.1007/s00406-016-0697-2
- Bucci P, Galderisi S. Categorizing and assessing negative symptoms. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(3):201-8. doi: 10.1097/YCO.0000000000000322
- Edgar CJ, Blaettler T, Bugarski-Kirola D, Le Scouiller S, Garibaldi GM, Marder SR. Reliability, validity and ability to detect change of the PANSS negative symptom factor score in outpatients with schizophrenia on select antipsy-

- chotics and with prominent negative or disorganized thought symptoms. *Psychiatry Res.* 2014;218(1-2):219-24. doi: [10.1016/j.psychres.2014.04.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.009)
9. Ang MS, Rekhi G, Lee J. Associations of living arrangements with symptoms and functioning in schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):497. doi: [10.1186/s12888-021-03488-5](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03488-5)
 10. Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(8):664-77. doi: [10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
 11. Correll CU. Using Patient-Centered Assessment in Schizophrenia Care: Defining Recovery and Discussing Concerns and Preferences. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(3):MS19053BR2C. doi: [10.4088/JCP.MS19053BR2C](https://doi.org/10.4088/JCP.MS19053BR2C)
 12. Maurus I, Hasan A, Schmitt A, Roeh A, Keeser D, Malchow B, et al. Aerobic endurance training to improve cognition and enhance recovery in schizophrenia: design and methodology of a multicenter randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;271(2):315-24. doi: [10.1007/s00406-020-01175-2](https://doi.org/10.1007/s00406-020-01175-2)
 13. Christensen TN, Wallstrøm IG, Stenager E, Bojesen AB, Gluud C, Nordentoft M, et al. Effects of Individual Placement and Support Supplemented With Cognitive Remediation and Work-Focused Social Skills Training for People With Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(12):1232-40. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2019.2291](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2291)
 14. Skokou M, Messinis L, Nasios G, Gourzis P, Dardiotis E. Cognitive Rehabilitation for Patients with Schizophrenia: A Narrative Review of Moderating Factors, Strategies, and Outcomes. *Adv Exp Med Biol.* 2023;1423:193-9. doi: [10.1007/978-3-031-31978-5_17](https://doi.org/10.1007/978-3-031-31978-5_17)
 15. Wagner E, Kane JM, Correll CU, Howes O, Siskind D, Honer WG, et al. Clozapine Combination and Augmentation Strategies in Patients With Schizophrenia -Recommendations From an International Expert Survey Among the Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) Working Group. *Schizophr Bull.* 2020;46(6):1459-70. doi: [10.1093/schbul/sbaa060](https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa060)
 16. Jia R, Liang D, Yu J, Lu G, Wang Z, Wu Z, et al. The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;293:113464. doi: [10.1016/j.psychres.2020.113464](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113464)
 17. Vogel JS, van der Gaag M, Slofstra C, Knegtering H, Bruins J, Castelein S. The effect of mind-body and aerobic exercise on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2019;279:295-305. doi: [10.1016/j.psychres.2019.03.012](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.012)
 18. Novo A, Fonsêca J, Barroso B, Guimarães M, Louro A, Fernandes H, et al. Virtual Reality Rehabilitation's Impact on Negative Symptoms and Psychosocial Rehabilitation in Schizophrenia Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Healthcare (Basel).* 2021;9(11):1429. doi: [10.3390/healthcare9111429](https://doi.org/10.3390/healthcare9111429)
 19. Penadés R, Wykes T. Use of cognitive remediation to treat negative symptoms in schizophrenia: is it time yet? *Br J Psychiatry.* 2023;223(1):319-20. doi: [10.1192/bjp.2023.50](https://doi.org/10.1192/bjp.2023.50)
 20. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials.* 2015;16:270. doi: [10.1186/s13063-015-0785-z](https://doi.org/10.1186/s13063-015-0785-z)