

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

УДК 616.89:615.03:615.851

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Смирнова Н.С., Горшкова Л.В., Лукьянова Е.В., Балычева Т.А. Эффективность психофармакотерапии в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 104–107. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-104-107](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-104-107)

Эффективность психофармакотерапии в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Смирнова Н.С., Горшкова Л.В., Лукьянова Е.В., Балычева Т.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (НИИ психического здоровья Томский НИМЦ) Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явился сравнительный анализ эффективности психофармакотерапии и сочетанной психофармако- и психотерапии при БАР. Было обследовано 40 пациентов с биполярным аффективным расстройством. С целью объективизации динамики клинических характеристик биполярного аффективного расстройства на фоне лечения использовались следующие психометрические инструменты: Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version (SIGH-SAD), The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Clinical Global Impression Scale (CGI), The Social Adaptation Self-evaluation Scale. Результаты исследования указали на более высокую эффективность психофармакотерапии в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией у пациентов с биполярным аффективным расстройством по сравнению с психофармакотерапией без психотерапии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, интерперсональная и социальная ритмическая психотерапия, психофармакотерапия, социальная адаптация.

Работа выполнена в рамках темы новой медицинской технологии «Сочетанная психофармако- и психотерапия при биполярном расстройстве I типа», реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья (Тема 0550-2017-0014 «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами». Номер госрегистрации АААА-А16-116042610054-4).

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на большое количество публикуемых исследований, посвященных биполярному аффективному расстройству (БАР), проблема диагностики и терапии данного расстройства на сегодняшний день остается недостаточно изученной [Мосолов С.Н. и др., 2014]. В ходе множества исследований было показано, что БАР плохо поддается диагностике [Hirschfeld R.M. et al., 2003; Azorin J.-M. et al., 2006]. В начале аффективного расстройства до 40% пациентам с БАР ошибочно выставляется другой диагноз и лишь спустя 10 лет в 2/3 случаев диагностируется БАР [Siwek M. et al., 2009]. БАР приводит к серьезным социальным последствиям [Judd L.L. et al., 2002]. При правильной диагностике данного расстройства, несмотря на огромный арсенал нормотимических препаратов, выбор лекарства в каждом отдельном случае требует учета множества факторов и нередко вызывает затруднения у клиницистов [Матюха А.В., 2008; Костюкова Е.Г., 2014; Мосолов С.Н. и др., 2014].

Хронобиологическая модель патогенеза аффективных расстройств опирается на предположение о наличии при данных расстройствах нарушений циркадианных ритмов [Wirz-Justice A., 2006]. В свою очередь дестабилизация циркадианных ритмов могут способствовать социальные, задающие ритм факторы [Aschoff J. et al., 1981; Monk T. et al., 1990, 1991]. Социальные ритмы представляют собой стереотипную организацию жизнедеятельности человека [Monk T. et al., 1991]. К патогенным социальным, задающим ритм факторам относятся: работа в «ночную» смену, вахтовый график работы, смен часовых поясов при перелетах и т.д. С. Ehlers, E. Frank, D. Kupfer [1988] предложили модель, согласно которой аффективная патология у предрасположенных людей развивается под воздействием патогенного влияния факторов социального окружения на циркадианные ритмы. Стабилизация социальных ритмов – основная цель интерперсональной и социальной ритмической психотерапии, предложенной G.L. Klerman [1984] при работе с больными униполярной депрессией, а в последующем Ellen Frank [2005] – с больными биполярным аффективным расстройством. Интерперсональная и социальная ритмическая психотерапия является одной из методик поведенческой психотерапии и эффективна при биполярном аффективном расстройстве [Симуткин Г.Г., 2014; Frank E. et al., 2007; Inder M.L. et al., 2014].

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка эффективности психофармакотерапии и ее сочетания с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией при БАР.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы пациенты (n=40) с верифицированным биполярным аффективным расстройством по критериям МКБ-10. Все пациенты получали лечение в отделении аффективных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. В обследуемой группе преобладали женщины – 76,6% (n=23), значение медианы возраста пациентов составило 40 лет [31–53]. Изучаемая группа была разделена на 2 подгруппы: основная группа – 20 пациентов, получающих медикаментозное лечение в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией, группа сравнения – 20 пациентов, принимающих психотропные препараты без сопровождения психотерапией.

Сравниваемые группы не имели статистически значимых различий по полу и возрасту (p>0,05). В обеих группах преобладали пациенты женского пола: основная группа – 80% (n=16); группа сравнения – 75% (n=15). Значение медианы возраста пациентов основной группы составило 45 лет [34–55,5], контрольной группы – 40 лет [31–51].

Степень выраженности депрессивной и тревожной симптоматики, динамика состояния пациентов на фоне комплексного лечения оценивалась клинически, а также при помощи психометрического подхода с использованием следующих клинических шкал: SIGH-SAD – шкала депрессии Гамильтона, версия для сезонных аффективных расстройств [Williams J. et al., 1992]; HARS – шкала тревоги Гамильтона [Hamilton M., 1959]; CGI – шкала глобальной клинической оценки [Guy W., 1976]. Определение безопасности и переносимости терапии психотропными препаратами проводилось с использованием шкалы оценки побочных явлений (Udvald for Kliniske Undersogelser Scale – UKU) [Lingjaerde O. et al., 1987]. Уровень качества жизни и социального функционирования пациентов в различных сферах жизнедеятельности определялся при помощи опросника «The Social Adaptation Self-evaluation Scale» (Шкала самооценки социальной адаптации – SASS), разработанного в 1997 г. M. Bosc, A. Dubini, V. Polin. Вопросы, включенные в эту шкалу, направлены на оценку удовлетворенности отдельными сферами жизни (работой, внутрисемейными отношениями и отношениями за пределами семьи, досугом и т. д.) и своим социальным функционированием. В зависимости от общего количества баллов по шкале самооценки социальной адаптации пациенты исследуемых групп были разделены на 3 подгруппы: от 0 до 22 баллов – дезадаптация; от 22 до 35 баллов – затрудненная социальная адаптация; от 35 до 52 баллов – хорошая социальная адаптация.

Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, статистический.

Для количественных показателей, не отвечающих критериям нормального распределения, определяли медиану, 25% и 75% квартили – ME, IQR. Статистическую значимость межгрупповых различий выявляли по критериям Манна-Уитни (для двух независимых выборок), Вилкоксона (для двух зависимых выборок). Для оценки частот в двух анализируемых группах использован критерий χ^2 Фишера. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V.8.0).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Пациенты обеих групп принимали медикаментозное лечение, которое назначалось с учетом клинико-биологических и клинико-динамических предикторов эффективности терапии БАР. В качестве базисной терапии использовались нормотимики различных групп, при этом чаще применялись вальпроаты: основная группа – в 85% (n=17), группа сравнения – в 90% (n=18). Комплексная медикаментозная терапия назначалась с использованием атипичных нейролептиков и транквилизаторов. С пациентами основной группы наряду с психофармакотерапией проводилась интерперсональная и ритмическая социальная психотерапия. В ходе психотерапии выявлялись типичные причины сбоя обычного режима дня пациентов и пути их устранения, пациенты обучались навыкам преодоления стресса, самоконтроля и саморегулирования, новым конструктивным стратегиям коммуникативного поведения.

Распределение пациентов в зависимости от текущего аффективного эпизода не различалось (p>0,05): в основной группе в 70% случаев (n=14) отмечался текущий депрессивный эпизод, в 30% случаев (n=6) – смешанный эпизод, в группе сравнения – в 65% (n=13) и 25% (n=7) соответственно. На старте терапии сравниваемые группы были сопоставимы по уровню социальной адаптации, тяжести заболевания, степени выраженности депрессии и тревоги (табл. 1).

Таблица 1

Шкала	Основная группа		Группа сравнения	
	0-й день	28-й день	0-й день	28-й день
SIGH-SAD	24 [22;26,5]	6 [4,5;7,5] #	24 [24,5;28,5]	9 [5,5;12]
HARS	24 [19;24,5]	4 [3;9]	22 [20,5;23]	6 [4;9]
CGI-S	5 [4;5]	2 [2;2] #	4 [4;5]	2,5 [2;3]
SASS	29 [25;34]	33 [25,5;35]	27,5 [26;34,5]	30 [27;36]

Примечание. # – p<0,05, где # – межгрупповые различия.

К 28-му дню лечения в обеих группах отмечалась статистически значимая (p<0,01) обратная динамика депрессивной и тревожной симптоматики, оцененная по шкалам SIGH-SAD и HARS. Межгрупповая оценка выявила более высокий уровень депрессии к 28-му дню терапии в группе сравнения по сравнению с основной группой. Также в группе сравнения к 28-му дню лечения отмечалась более выраженная тяжесть заболевания по шкале CGI-S.

Статистический анализ динамики состояния в ходе терапии по подшкале CGI-I показал, что к 28-му дню лечения в основной группе ($p < 0,05$) пациентов с выраженным улучшением было больше по сравнению с группой сравнения (55% и 20%). Полученные данные указывают на то, что степень улучшения психического состояния в ходе лечения оказалась выше в основной группе. На фоне лечения выявлено повышение субъективной оценки уровня социальной адаптации у пациентов обеих групп: средний балл достоверно ($p < 0,01$) увеличился на 28-й день терапии (табл. 1). При этом в группе сравнения пациентов, не изменивших субъективную оценку уровня социальной адаптации на фоне терапии, оказалось больше ($p < 0,05$) по сравнению с основной группой – 35% ($n=7$) и 5% ($n=1$) соответственно.

К 28-му дню лечения в основной группе в 20% случаев ($n=4$), а в группе сравнения в 10% случаев ($n=2$) отмечалось восстановление уровня социальной адаптации (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в исследуемых группах на 0-й и 28-й день лечения				
Уровень социальной адаптации	n (%)			
	Основная группа		Группа сравнения	
	0-й день	28-й день	0-й день	28-й день
Дезадаптация	2 (10)	2 (10)	3 (15)	3 (15)
Затрудненная адаптация	12 (60)	8 (40)	13 (65)	11 (55)
Хорошая адаптация	6 (30)	10 (50)	4 (20)	6 (30)

Представленные результаты демонстрируют, что улучшение психического состояния способствует повышению уровня социальной адаптации пациентов обеих групп. В основной группе положительная динамика показателей социальной адаптации более выражена по сравнению с группой сравнения.

ВЫВОДЫ

Использование сочетанной психофармакотерапии и интерперсональной и социальной ритмической психотерапии в большей степени способствует улучшению психического состояния пациентов с БАР и их субъективной оценки социальной адаптации по сравнению с применением медикаментозной терапии без психотерапевтического сопровождения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы ПНИ НИИ психического здоровья 0550-2017-0014 «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами». Номер госрегистрации АААА-А16-116042610054-4.

Васильева Светлана Николаевна, к.м.н., научный сотрудник отделения аффективных состояний.
Симуткин Герман Геннадьевич, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний.
Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., профессор, заведующий отделением аффективных состояний.
Смирнова Наталья Сергеевна, медицинский психолог консультативно-диагностического отделения.
Горшкова Лидия Владимировна, врач-психиатр третьего клинического психиатрического отделения.
Лукьянова Елена Владимировна, к.м.н., заведующая третьим клиническим психиатрическим отделением.
Балычева Тальяна Александровна, к.м.н., врач-психиатр третьего клинического психиатрического отделения.

✉ Васильева Светлана Николаевна, vasilievasn@yandex.ru

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА и одобрена Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья (протокол № 98 от 20.03.2017 г. Дело № 98/1.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Ладьяженский М.Я. Проблемы и новые возможности дифференцированной терапии больных биполярным расстройством. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; 4: 8–15.
2. Матюха А.В. Лечение биполярного расстройства: ожидания и действительность. *НейроNews*. 2008; 1: 21–29.
3. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В. и др. Алгоритмы биологической терапии биполярного аффективного расстройства. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; 4: 32–40.
4. Симуткин Г.Г. Нелекарственные методы хронобиологической терапии аффективных расстройств / В книге «Хронобиологическая теория аффективных расстройств» / Под общей редакцией С.Н. Мосолова. М.: АВАНПОРТ, 2014: 352.
5. Aschoff J. Handbook of Behavioral Neurobiology: Vol. 4. Biological Rhythms. New York: Plenum Press, 1981.
6. Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J. Affect. Disord.* 2006; 96: 215–223.
7. Ehlers C.L., Frank E., Kupfer D.J. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understand the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 948–952.
8. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues. Clin Neurosci*. 2007; Sep; 9 (3): 325–332.
9. Frank E., Kupfer D.J., Thase M.E. et al. Two-year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 996–1004.
10. Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., Reed M., Davies M.A., Frye M.A., Keck P.E.Jr., Lewis L., McElroy S.L., McNulty J.P., Wagner K.D. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003. Jan; 64 (1): 53–9.
11. Inder M.L., Crowe M.T., Luty S.E., Carter J.D., Moor S., Frampton C.M. et al. Randomized, controlled trial of interpersonal and social rhythm therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2014; 17 (2): 128–38.
12. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59 (6): 530–537.
13. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984.
14. Monk T.H., Flaherty J.R., Frank E. et al. The Social Rhythm Metric: An instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Mental Dis*. 1990; 178: 120–6.
15. Siwek M., Dudek D., Rybakowski J. et al. Mood Disorder Questionnaire characteristic and indications. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43 (3): 287–299.
16. Wirz-Justice A. Biological rhythm disturbances in mood disorders. *Internat Clin Psychopharmacol*. 2006; Suppl. 1: S11–5.

Поступила в редакцию 2.11.2017

Утверждена к печати 5.02.2018

УДК 616.89:615.03:615.851

For citation: Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Smirnova N.S., Gorshkova L.V., Lukiyanova E.V., Balycheva T.A. Efficiency of psychopharmacotherapy combined with interpersonal and social rhythmic psychotherapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 104–107. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-104-107](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-104-107)

Efficiency of psychopharmacotherapy combined with interpersonal and social rhythmic psychotherapy

Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Smirnova N.S., Gorshkova L.V., Lukiyanova E.V., Balycheva T.A.

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Objective was a comparative analysis of the efficiency of psychopharmacotherapy and combined psychopharmaco- and psychotherapy in bipolar affective disorder (BAD). 40 BAD patients were examined. To objectify the dynamics of clinical characteristics of BAD against the background of the treatment the following psychometric tools were used: Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version (SIGH-SAD), The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Clinical Global Impression Scale (CGI), The Social Adaptation Self-Evaluation Scale. Results of the study showed a higher efficiency of psychopharmacotherapy combined with interpersonal and social rhythmic psychotherapy in BAD patients in comparison with psychopharmacotherapy alone.

Keywords: bipolar affective disorder, interpersonal and social rhythmic psychotherapy, psychopharmacotherapy, social adaptation.

REFERENCES

1. Kostyukova E.G., Shafarenko A.A., Ladyzhensky M.Ya. Problemy i novye vozmozhnosti differentsirovannoy terapii bolnykh bipolyarnym rasstroystvom [Problems and new possibilities of differentiated therapy of patients with bipolar disorder]. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroystv – Modern Therapy of Mental Disorders*. 2014; 4: 8–15 (in Russian).
2. Matyukha A.V. Lechenie bipolyarnogo rasstroystva: ozhidaniya i deystvitelnost [Treatment of bipolar disorder: expectations and reality]. *NeyroNews*. 2008; 1: 21–29 (in Russian).
3. Mosolov S.N., Kostyukova E.G., Ushkalova A.V. i dr. Algoritmicheskiye terapii bipolyarnogo affektivnogo rasstroystva [Algorithms of biological therapy of bipolar affective disorder]. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroystv - Modern Therapy of Mental Disorders*. 2014; 4: 32–40 (in Russian).
4. Simutkin G.G. Nelekarstvennyye metodyi hronobiologicheskoy terapii affektivnykh rasstroystv [Non-medication methods of chronobiological therapy of affective disorders] / V knige "Hrono-biologicheskaya teoriya affektivnykh rasstroystv" / Pod obschey redaktsiey S.N. Mosolova. M.: AVANPORT, 2014: 352 (in Russian).
5. Aschoff J. Handbook of Behavioral Neurobiology: Vol. 4. Biological Rhythms. New York: Plenum Press, 1981.
6. Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J. Affect. Disord*. 2006; 96: 215–223.
7. Ehlers C.L., Frank E., Kupfer D.J. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understand the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 948–952.
8. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Clin Neurosci*. 2007; Sep; 9 (3): 325–332.
9. Frank E., Kupfer D.J., Thase M.E. et al. Two-year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 996–1004.
10. Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., Reed M., Davies M.A., Frye M.A., Keck P.E.Jr., Lewis L., McElroy S.L., McNulty J.P., Wagner K.D. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003. Jan; 64 (1): 53–9.
11. Inder M.L., Crowe M.T., Luty S.E., Carter J.D., Moor S., Frampton C.M. et al. Randomized, controlled trial of interpersonal and social rhythm therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2014; 17 (2): 128–38.
12. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59 (6): 530–537.
13. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984.
14. Monk T.H., Flaherty J.R., Frank E. et al. The Social Rhythm Metric: An instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Mental Dis*. 1990; 178: 120–6.
15. Siwek M., Dudek D., Rybakowski J. et al. Mood Disorder Questionnaire characteristic and indications. *Psychiatr. Pol*. 2009; 43 (3): 287–299.
16. Wirz-Justice A. Biological rhythm disturbances in mood disorders. *Internat Clin Psychopharmacol*. 2006; Suppl. 1: S11–5.

Received November 2.2017
Accepted February 5.2017

Vasilieva Svetlana N., candidate of medical sciences, research assistant of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Simutkin Herman G., MD, leading research assistant of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Schastnyy Evgeny D., MD, Professor, Head of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Smirnova Natalia S., medical psychologist of Consultative-Diagnostic Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Gorshkova Lydia V., psychiatrist of the third clinical psychiatric unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Lukiyanova Elena V., candidate of medical sciences, Head of the third clinical psychiatric unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Balycheva Taliana A., candidate of medical sciences, psychiatrist of the third clinical psychiatric unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Vasilieva Svetlana N., vasilievasn@yandex.ru