

ШИЗОФРЕНИЯ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ)

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков

Представлены результаты комплексного исследования коморбидных психических и поведенческих расстройств у больных шизофренией. Изучена структура психической коморбидности у таких пациентов: выделены варианты психических и поведенческих расстройств при шизофрении, проанализированы их возможные мультиморбидные сочетания. Определены клиничко-психопатологические и патопсихологические особенности шизофрении с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами. Даны критерии диагностики и факторы прогноза, описаны закономерности формирования шизофрении с конкретными вариантами коморбидных психических расстройств.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидные психические и поведенческие расстройства, клиничко-психопатологические особенности, патопсихологические детерминанты, критерии диагностики, факторы прогноза.

Данные современной литературы свидетельствуют о тенденции снижения количества чистых форм психических расстройств и значительного увеличения их сочетанных, коморбидных вариантов [1–5]. Значительная частота коморбидности обнаруживается при ряде психических расстройств, одним из которых является и шизофрения. Среди коморбидных шизофрении психических расстройств чаще всего выделяют депрессии, химические зависимости и тревожные расстройства [1, 3, 6]. Подчеркивается, что коморбидность ассоциирована с негативными медико-социальными последствиями: ухудшением прогноза шизофрении, увеличением продолжительности сроков госпитализации и стоимости лечения, снижением качества жизни и приверженности терапии, повышением суицидального риска [1–3, 7].

Однако имеющиеся в литературе данные по этой тематике посвящены, как правило, конкретным формам коморбидной психической патологии и содержат анализ отдельных аспектов проблемы. Отсутствуют данные о структуре коморбидной психической патологии при шизофрении, не освещены вопросы сосуществования множественных, включающих более двух коморбидных состояний. Открытыми остаются вопросы этиологии, механизмов и закономерностей формирования коморбидной патологии. Не определены критерии дифференциальной диагностики и прогноза шизофрении, сопровождающейся коморбидными психическими и поведенческими расстройствами.

Цель комплексного исследования — изучение структуры коморбидной психической и поведенческой патологий при шизофрении, а также разработка критериев диагностики шизофрении, коморбидной с другими психическими и поведенческими расстройствами, на основе изучения их клиничко-психопатологических и патопсихологических особенностей.

Программа исследования включала применение клиничко-психопатологических, психодиагностических и клиничко-статистических методов (описательной статистики, последовательного статистического анализа Е. В. Гублера). В качестве инструментария использовались: Оценочная рейтинговая шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS); система AUDIT-подобных тестов; Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения, специальный модуль для больных эндогенными психозами (ВОЗКЖ-СМ); Шкала суицидального риска (Лос-Анджелесский суицидологический центр); Методика исследования уровня и типа комплайенса; Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана; Индивидуально-типологический опросник (ИТО) Л. Н. Собчик; копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R. S. Lazarus, S. Folkman; Методика изучения ценностных ориентаций в модификации Е. Б. Фанталовой [8–16].

Обследовано 422 больных с верифицированным диагнозом шизофрении (F20.0–F20.3 по МКБ-10). Критериями включения в исследование

служили: диагноз, возраст от 18 до 55 лет, длительность заболевания более двух лет, наличие информированного согласия на участие в исследовании; способность пациентов адекватно понимать предъявляемые к ним в связи с исследованием требования.

В качестве критериев исключения выступали наличие органического заболевания ЦНС и тяжелых соматических заболеваний, а также соответствие состояния больного критериям постшизофренической депрессии (F20.4).

Для реализации целей исследования из общего количества обследованных больных были сформированы группы (основная и контрольная) на основании критерия наличия либо отсутствия коморбидных психических и поведенческих расстройств в структуре шизофрении. Больные с мультиморбидными вариантами психопатологии при шизофрении (наличие двух и более коморбидных шизофрении поведенческих и психических расстройств) не включались в основную группу исследования.

В результате проведенного анализа основную группу исследования составили 160 больных шизофренией с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами, среди которых 36 пациентов с шизофренией и депрессивными расстройствами (F32 — F33); 70 — с шизофренией и различного рода зависимостями (36 — с химическими (F10.20; F12.21; F17.21 и др.) и 34 — с нехимическими (F63.0; F50.9 и др.)); 33 — с шизофренией и тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами (F40, F41, F42); 21 — с шизофренией и расстройствами личности (F60).

Контрольную группу исследования составили 35 больных шизофренией, выбранные методом случайного отбора из общего количества обследованных без коморбидной психической и поведенческой патологий.

Результаты исследования продемонстрировали большую распространенность коморбидных психических и поведенческих расстройств при шизофрении (66,1 % больных), среди которых в 42,7 % случаев отмечалось наличие мультиморбидных вариантов психопатологии.

В структуре коморбидной шизофрении психопатологии преобладали аддитивные (38,4 %) и депрессивные расстройства (34,8 %), затем следуют тревожно-фобические (9,2 %), обсессивно-компульсивные (8,3 %) и расстройства личности (7,3 %), которые встречались редко.

В качестве наиболее распространенных форм аддитивных расстройств у больных шизофренией выявлены легальные формы химических зависимостей в виде употребления табака (26,5 %), чая/

кофе (15,2 %) и алкоголя (13,8 %); нехимические варианты аддитивных расстройств, среди которых выделены: телевидение (8,3 %), компьютерные игры (7,8 %), еда (диета/переедание) (6,4 %), интернет (6,2 %). Далее в рейтинге аддитивных пристрастий больных шизофренией следовало употребление нелегальных ПАВ (опиоиды/канабинويدы/психостимуляторы/седативно-снотворные препараты/галлюциногены) (5,2 %). Значительно реже отмечается наличие аддикций в виде зависимости от работы/учебы (2,6 %), азартных игр (2,6 %) и шопинга (1,4 %).

Депрессивные расстройства у 34,8 % больных шизофренией представлены рекуррентной депрессией (19,9 % случаев) и депрессивным эпизодом (14,9 %). Среди коморбидных тревожно-фобических расстройств (9,2 %) у больных шизофренией регистрировались агорофобия (3,08 %), специфические изолированные фобии (2,8 %), генерализованное тревожное расстройство (2,4 %) и социальная фобия (0,9 %). В структуре коморбидных шизофрении обсессивно-компульсивных расстройств (8,3 %) отмечается наличие преимущественно сочетанных вариантов обсессий с компульсиями (5 %), а также отдельные варианты навязчивых мыслей (2,1 %) и действий (1,2 %). Среди расстройств личности, коморбидных шизофрении (7,3 %), преобладают демонстративное (3,3 %) и тревожное (2,7 %) расстройства, значительно реже отмечается эмоционально-неустойчивое (0,9 %) и ананкастное (0,5 %).

Мультиморбидные варианты психопатологических расстройств при шизофрении наиболее часто образуют расстройства личности в сочетании с различного рода аддикциями, а также различные аддитивные расстройства, сочетающиеся между собой.

По результатам сравнительного анализа исследуемых групп определены специфические клиничко-психопатологические особенности шизофрении, коморбидной с разными вариантами психических и поведенческих расстройств, на основании чего с помощью метода последовательного статистического анализа (Е. В. Гублер) выделены клиничко-психопатологические критерии ее диагностики (представлены показатели диагностических коэффициентов (ДК) и меры информативности (МИ)). Так, в качестве клиничко-психопатологических критериев диагностики *шизофрении с коморбидными депрессивными расстройствами* выступают: наследственная отягощенность аффективной патологией (ДК = -4,65; МИ = 0,38); перинатальная патология (ДК = -2,64; МИ = 0,28); злоупотребление ПАВ до начала манифестации психоза (ДК = -4,65; МИ = 0,38); более 10 госпитализаций за время заболевания психозом (ДК = -2,89; МИ = 0,34);

непараноидные формы шизофрении (ДК = -3,19; МИ = 0,35); выраженность психопатологической симптоматики ($93,8 \pm 0,87$) за счет высоких показателей негативных ($24,8 \pm 0,93$) и общепсихопатологических симптомов ($49,6 \pm 1,54$); преобладание негативных симптомов над продуктивными ($P - N = -5,4 \pm 0,38$); наличие в качестве ведущих депрессивного (ДК = -6,41; МИ = 2,47), апатического (ДК = -8,33; МИ = 0,69) и астенического (ДК = -3,47; МИ = 0,42) синдромов, выраженных симптомов депрессии (ДК = -10,67; МИ = 4,88), пассивной/апатической социальной самоизоляции (ДК = -8,72; МИ = 2,41), тревоги (ДК = -6,05; МИ = 1,83), эмоциональной отгороженности (ДК = -6,11; МИ = 1,35), снижения спонтанности и речевой активности (ДК = -5,68; МИ = 1,09), двигательной заторможенности (ДК = -4,88; МИ = 0,87), волевых нарушений (ДК = -5,52; МИ = 0,61); нарушений абстрактного мышления (ДК = -3,56; МИ = 0,39);

В качестве клинико-психопатологических особенностей *шизофрении с коморбидными тревожно-компульсивными расстройствами* и критериев ее диагностики определены: частота госпитализаций более одного раза в год; низкий уровень профессионального статуса (не работающие/иждивенцы) (ДК = -1,39; МИ = 0,15); наличие психотравмирующих факторов (ДК = -3,24; МИ = 0,31), перинатальной патологии (ДК = -2,47; МИ = 0,24); ведущих обсессивно-фобического (ДК = -6,99; МИ = 2,8) и ипохондрического (ДК = -3,27; МИ = 0,31) синдромокомплексов; выраженной психопатологической симптоматики ($89,7 \pm 1,12$) за счет высоких показателей общепсихопатологических симптомов ($48,3 \pm 1,75$); преобладание негативной симптоматики над продуктивной ($P - N = -3,8 \pm 0,47$); а также наличие выраженных (> 4 баллов по шкале PANSS) симптомов в виде тревоги (ДК = -12,43; МИ = 5,86), внутреннего напряжения (ДК = -8,71; МИ = 3,20), соматической озабоченности (ДК = -6,28; МИ = 1,74) и психомоторного возбуждения (ДК = -3,85; МИ = 0,55).

Клинико-психопатологическими особенностями и критериями диагностики *шизофрении с коморбидными расстройствами личности* выступают: психопатические преморбидные черты (ДК = -4,72; МИ = 1,19); семейный статус «вне брака» (ДК = -1,74; МИ = 0,23); низкий уровень профессионального статуса (ДК = -1,51; МИ = 0,18); наличие выраженного ипохондрического синдрома (ДК = -4,85; МИ = 0,85), выраженных (> 4 баллов по шкале PANSS) симптомов в виде соматической озабоченности (ДК = -5,90; МИ = 1,46), враждебности (ДК = -9,21; МИ = 0,96), идей величия (ДК = -6,99; МИ = 0,80) и снижения контроля

побуждений (ДК = -6,99; МИ = 0,80) и негативизма (ДК = -5,90; МИ = 0,73).

В качестве особенностей и критериев диагностики *шизофрении с коморбидными химическими аддикциями* установлены: злоупотребление ПАВ до манифестации психоза (ДК = -5,9; МИ = 0,73); непараноидные формы шизофрении (ДК = -3,19; МИ = 0,35); низкий уровень профессионального статуса (ДК = -1,34; МИ = 0,14); семейный статус «вне брака» (ДК = -1,40; МИ = 0,15); выраженная психопатологическая симптоматика ($89,2 \pm 1,39$) за счет преобладания выраженных общепсихопатологических симптомов ($46,3 \pm 0,93$); преобладание негативной симптоматики над позитивной ($P - N = -2,3 \pm 0,43$); наличие в качестве ведущего депрессивного синдрома (ДК = -2,89; МИ = 0,31), выраженных симптомов (> 4 баллов по шкале PANSS) тревоги (ДК = -10,48; МИ = 3,05), депрессии (ДК = -9,09; МИ = 2,77), внутреннего напряжения (ДК = -6,64; МИ = 1,37), снижения контроля побуждений (ДК = -5,9; МИ = 0,49) и негативизма (ДК = -5,52; МИ = 0,61).

Клинико-психопатологическими особенностями и критериями диагностики *шизофрении с коморбидными нехимическими аддикциями* являются: наличие психопатических преморбидных черт (ДК = -2,62; МИ = 0,28), непараноидных форм шизофрении (ДК = -2,89; МИ = 0,27); рекуррентный тип течения шизофрении (ДК = -3,55; МИ = 0,32); выраженные симптомы в виде эмоциональной отгороженности (ДК = -6,66; МИ = 0,69), снижения коммуникабельности (ДК = -5,44; МИ = 0,97); пассивной/апатической социальной самоизоляции (ДК = -4,01; МИ = 0,78); тревоги (ДК = -4,52; МИ = 0,47) и негативизма (ДК = -3,93; МИ = 0,41).

Установлено, что сочетание симптомов шизофрении и коморбидных психических и поведенческих расстройств приводит к видоизменению клинической картины самого эндогенного процесса: наблюдаются снижение выраженности продуктивной эндогенной симптоматики и нарастание негативных и общепсихопатологических симптомов.

По данным исследования установлены также патопсихологические особенности больных шизофренией с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами и определены патопсихологические диагностические критерии коморбидной шизофрении психопатологии, в качестве которых *при коморбидных шизофрении депрессивных расстройствах* выступают: наличие личностной predisposition в виде выраженной интровертированности ($6,12 \pm 1,15$; ДК = -2,89; МИ = 0,27) и повышенной чувствительности ($4,95 \pm 1,22$; ДК = -3,68; МИ = 0,35); ведущая копинг-стратегия «принятие ответственности»

(68,8 процентиля; ДК = -3,40; МИ = 0,46); высокая значимость ценности здоровья ($7,46 \pm 1,21$) с одновременным снижением значимости ценностей социально-активной жизни ($5,23 \pm 1,76$); высокий уровень фрустрированности относительно своего социального положения ($3,24 \pm 0,53$).

При коморбидных шизофрении тревожно-обсессивных расстройствах отмечаются: личностная predisposition в виде выраженной тревожности ($6,35 \pm 0,76$; ДК = -5,03; МИ = 1,1), лабильности ($4,72 \pm 1,45$; ДК = -3,27; МИ = 0,31), ригидности ($4,67 \pm 1,23$; ДК = -4,06; МИ = 0,45) и сенситивности ($4,65 \pm 1,67$; ДК = -3,68; МИ = 0,35); преобладание копинга «бегство-избегание» (64,6 процентиля; ДК = -2,75; МИ = 0,31); высокая значимость индивидуально-личностных ценностей здоровья ($7,26 \pm 0,97$) и уверенности в себе ($7,52 \pm 1,1$); высокий уровень фрустрированности относительно своего социального положения ($3,19 \pm 0,94$).

Патопсихологическими детерминантами коморбидных шизофрении расстройств личности служат: гиперстенический тип конституционального реагирования, включающий сочетание выраженной спонтанности ($5,73 \pm 1,28$; ДК = -4,26; МИ = 0,51), агрессии ($4,66 \pm 1,56$; ДК = -5,9; МИ = 0,73) и ригидности ($5,34 \pm 0,76$; ДК = -4,26; МИ = 0,51), отражающих экспансивность и стеничность одновременно с инертностью; преобладание копинг-стратегии «конфронтации» (63,52 процентиля; ДК = -4,56; МИ = 0,85); доминирование ценностей материального благополучия ($8,87 \pm 1,06$), здоровья ($8,7 \pm 1,12$) и активной, деятельной жизни ($8,42 \pm 1,23$); высокий уровень социальной фрустрированности преимущественно за счет неудовлетворенности своим социальным положением в обществе ($3,22 \pm 0,75$).

Патопсихологическими детерминантами коморбидных шизофрении химических аддитивных расстройств выступают: сочетание в характерологическом профиле сензитивности ($5,32 \pm 0,46$; ДК = -4,38; МИ = 0,54) с ригидностью ($4,83 \pm 0,87$; ДК = -3,68; МИ = 0,35) и агрессивностью ($4,16 \pm 1,23$; ДК = -4,65; МИ = 0,38), что свидетельствует о смешанном типе конституционального реагирования и отражает повышенную эмоциональную уязвимость данных больных; преобладание копинга «бегство-избегание» (63,83 процентиля; ДК = -3,15; МИ = 0,38); высокая значимость ценностей, отражающих социальное благополучие: материальной обеспеченности ($9,34 \pm 1,01$) и интересной работы ($7,6 \pm 1,34$) и их максимальная фрустрированность, что выражается высокой внутренней конфликтностью (36,9 баллов; ДК = -3,86; МИ = 0,47) и социальной фрустрированностью (ДК = -2,31; МИ = 0,28), включающей неудовлетворенность своим социальным положением ($3,37 \pm 0,61$), работой ($3,12 \pm 0,67$), отношениями

в семье ($3,26 \pm 0,56$) и образом жизни в целом ($3,16 \pm 0,62$).

Патопсихологические детерминанты коморбидных шизофрении нехимических зависимостей включают: наличие в личностном профиле высокой интровертированности ($5,91 \pm 0,82$; ДК = -3,14; МИ = 0,33), спонтанности ($5,35 \pm 1,06$; ДК = -3,55; МИ = 0,32) и ригидности ($4,63 \pm 1,27$; ДК = -3,55; МИ = 0,32), формирующих смешанный тип реагирования и свидетельствующих о выраженном индивидуализме и тенденциях к самоутверждению; преобладание копинга «бегство-избегание» (65,74 процентиля; ДК = 3,81; МИ = 0,46); низкая значимость ценностей социального взаимодействия (наличия хороших друзей ($5,43 \pm 1,63$)) и высокая значимость ценности уверенности в себе ($7,32 \pm 1,45$).

Анализ выявленных в ходе исследования этиопатогенетических, клинко-психопатологических и патопсихологических особенностей больных шизофренией с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами позволил выделить основные факторы и механизмы формирования их конкретных вариантов.

Список литературы

1. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н. А. Марута // Здоров'я України.— 2013.— 30.12.2013.— С. 38–39.
2. Пивень Б. Н. К диагностике сочетанных форм психических заболеваний / Б. Н. Пивень, О. С. Булат, Л. В. Лещенко // Независимый психиатрический журн.— 2012.— № 2.
3. Van Praag H. M. Comorbidity in psychiatry / H. M. Van Praag // Br. J. Psychiatry.— 1996.— Vol. 168, suppl. 30.— P. 129–134.
4. Sartorius N. Comorbidity of Mental and Physical Disorders / N. Sartorius, R. I. G. Holt, M. Maj / Key Iss. in Mental Health.— 2015.— Vol. 179.— 188 p.
5. Balon R. Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface / R. Balon, T. N. Wise // Advances in Psychosomatic Medicine.— 2015.— Vol. 34.— 164 p.
6. Castle J. D. Schizophrenia / J. D. Castle, P. F. Buckley.— Oxford University Press, 2012.— 132 p.
7. Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and functioning in schizophrenia / L. A. Chwastiak, R. A. Rosenheck, J. P. McEvoy [et al.] // Psychiatric Services.— 2006.— № 57 (8).— P. 102–109.
8. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособ. для врачей и психологов / Г. В. Бурковский, А. П. Коцюбинский, Е. В. Левченко [и др.].— СПб.: НИИПИ им. В. М. Бехтерева, 1998.— 57 с.

9. Гублер Е. В. Математические методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер.— Л.: Медицина, 1978.— 294 с.
10. Крюкова Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Журн. практического психолога.— 2007.— № 3.— С. 93–112.
11. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Новости украинской психиатрии.— 2009.— Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>
12. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых.— М.: Эксмо, 2005.— 992 с.
13. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики [Электронный ресурс] / Л. Н. Собчик.— Режим доступа: <http://www.psy-diagnoz.com>
14. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум.— М.: Когито-Центр, 2005.— С. 68–69.
15. Фанталова Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов / Е. Б. Фанталова // Психологический журн.— 1992.— Т. 13, № 1.— С. 21–28.
16. Шестопалова Л. Ф. Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2010.— № 1–2 (24–25).— С. 68–74.

ШИЗОФРЕНІЯ З КОМОРБІДНИМИ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ (СТРУКТУРА КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ, КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ, ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ)

Н. О. МАРУТА, С. О. ЯРОСЛАВЦЕВ

Представлено результати комплексного дослідження коморбідних психічних і поведінкових розладів у хворих на шизофренію. Вивчено структуру психічної коморбідності у таких пацієнтів: виділено варіанти психічних і поведінкових розладів при шизофренії, проаналізовано їх можливі мультиморбідні поєднання. Визначено клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості шизофренії з коморбідними психічними та поведінковими розладами. Подано критерії діагностики і фактори прогнозу, описано закономірності формування шизофренії з конкретними варіантами коморбідних психічних розладів.

Ключові слова: шизофренія, коморбідні психічні та поведінкові розлади, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні детермінанти, критерії діагностики, фактори прогнозу.

SCHIZOPHRENIA WITH COMORBID MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS (THE STRUCTURE OF COMORBID PATHOLOGY, DIAGNOSTIC CRITERIA, PROGNOSTIC FACTORS AND REGULARITIES OF FORMATION)

N. O. MARUTA, S. O. YAROSLAVTSEV

The results of integrated investigation of comorbid mental and behavioral disorders in patients with schizophrenia are presented. The structure of psychic comorbidity in patients with schizophrenia was studied; variants of mental and behavioral disorders in schizophrenia were defined; their possible multimorbid combinations were analyzed. Clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities of schizophrenia with comorbid mental and behavioral disorders were determined. Diagnostic criteria and factors of prognosis were defined, as well as regularities of formation of schizophrenia with specific variants of comorbid mental disorders were described.

Key words: schizophrenia, comorbid mental and behavioral disorders, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological determinants, diagnostic criteria, prognostic factors.

Поступила 01.10.2015