

УДК 616.895.8:616.89-008.47

Є. В. Опря
**ПСИХОПАТОЛОГІЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ
З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Е. В. Опря
Психопатология эмоциональной сферы у больных шизофренией с соматическими заболеваниями

Ye. V. Oprya
Psychopathology of the emotional sphere in patients with schizophrenia with somatic diseases

В статті подано результати дослідження особливостей функціонування емоційної сфери хворих на шизофренію, що поєднана з соматичними розладами, зокрема, серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом та ожирінням. Досліджено наявність, характер та вираженість розладів емоційних реакцій та настрою у хворих на шизофренію за групами соматичних розладів. Виявлено, що при поєднанні шизофренії з соматичними розладами в структурі емоційної патології хворих переважають емоційні розлади депресивного спектра (гіпотимії у хворих з серцево-судинними захворюваннями та дистимії у хворих з цукровим діабетом 2 типу та ожирінням), до яких у хворих з серцево-судинними захворюваннями додається тривога з її соматичними та поведінковими проявами при наявності емоційної відчуженості; у хворих з цукровим діабетом 2 типу виявлена експлозивність емоційних реакцій та превалювання дисфоричних розладів настрою; у хворих з ожирінням — емоційна відчуженість з дисфоричними розладами настрою.

Ключові слова: шизофренія, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння, емоційні розлади

В статье представлены результаты исследования особенностей функционирования эмоциональной сферы больных шизофренией, сочетанной с соматическими расстройствами, в частности, сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и ожирением. Изучено наличие, характер и выраженность расстройств эмоциональных реакций и настроения у больных шизофренией по группам соматических расстройств. Выявлено, что при сочетании шизофрении с соматическими расстройствами в структуре эмоциональной патологии больных преобладают эмоциональные расстройства депрессивного спектра (гипотимии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и дистимии у больных с сахарным диабетом 2 типа и ожирением), к которым у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями добавляется тревога с ее соматическими и поведенческими проявлениями при наличии эмоциональной отчужденности; у больных с сахарным диабетом 2 типа выявлена эксплозивность эмоциональных реакций и преобладание дисфорических расстройств настроения; у больных с ожирением — эмоциональная отчужденность с дисфорическими расстройствами настроения.

Ключевые слова: шизофрения, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа, ожирение, эмоциональные расстройства

The article presents the results of the investigation of peculiarities of the emotional sphere functioning in patients with schizophrenia combined with somatic disorders, in particular, with cardiovascular diseases, diabetes mellitus and obesity. The presence, character, and significance of emotional and mood disorders in patients with schizophrenia on groups of somatic disorders were studied. It was revealed that in the combination of schizophrenia and somatic disorders, emotional disorders of the depressive spectrum (hypothymia in patients with cardiovascular diseases and dysthymia in patients with diabetes mellitus II and obesity) predominated in the structure of emotional pathology. To this disorders anxiety with its somatic and behavioral manifestations and presence of emotional alienation were added in patients with cardiovascular diseases; an explosiveness of emotional reactions and a prevalence of dysphoric mood disorders were revealed in patients with diabetes mellitus II; an emotional alienation with dysphoric mood disorders were added in patients with obesity.

Key words: schizophrenia, cardiovascular diseases, diabetes mellitus II, obesity, emotional disorders

За даними сучасних досліджень наголошується значна поширеність коморбідності шизофренії та соматичних розладів, найбільш частими з яких визнаються серцево-

судинні захворювання, метаболічні та ендокринні порушення, зокрема цукровий діабет та ожиріння [1, 3, 5, 6, 9, 11—13]. Саме з соматичними розладами пов'язують зниження тривалості життя хворих на шизофренію, яка на 10—25 років є меншою, ніж загалом в популяції.

© Опря Є. В., 2018

Причини високої поширеності соматичної патології при шизофренії вбачають у специфіці психотичних порушень, що зумовлюють часто нездоровий спосіб життя, обмеження фізичної активності, екстремальні вподобання, зниження критичності та апатичне ставлення до стану свого здоров'я, а також пов'язують з метаболічними побічними ефектами антипсихотичної терапії [3, 5, 6, 12]. Окрім цього, в сучасних дослідженнях активно досліджується гіпотеза про особливості вроджених порушень вуглеводного обміну у хворих на шизофренію, зокрема інсулінорезистентність, що зумовлює формування соматичної патології [7, 8, 10].

При цьому, на відміну від причин формування соматичних розладів при шизофренії, незаперечним є факт, що поєднання психічної та соматичної патології призводить до взаємної трансформації клінічної картини і значно ускладнює терапію як соматичної патології, так і шизофренії [2, 3].

І хоча інтерес до тематики соматопсихічної коморбідності на сьогодні активно зростає, питання взаємного впливу шизофренії та соматичних розладів при їх поєднанні залишається все ще неясним.

Мета роботи — дослідити наявність та особливості емоційних розладів в клінічній структурі шизофренії, що поєднана з соматичними захворюваннями.

Методи дослідження: клініко-психопатологічне обстеження з використанням клінічної рейтингової шкали позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [4].

У дослідженні взяли участь 186 хворих на шизофренію (F20), з яких основні групи дослідження склали 136 осіб (50 хворих на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), 42 хворих на шизофренію з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2) та 44 хворих на шизофренію з ожирінням), контрольну групу склали 50 хворих на шизофренію без хронічних соматичних захворювань.

Загальними критеріями включення в дослідження для всіх досліджуваних груп були наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до критеріїв

МКХ-10; тривалість захворювання на шизофренію не менше ніж 3 роки; вік хворого до 60 років; здатність пацієнтів брати участь в дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження; наявність інформованої згоди на участь в дослідженні.

В основні досліджувані групи (з наявністю соматичних розладів) залучались хворі на шизофренію з компенсованими варіантами соматичних захворювань, тривалість яких складала не менше ніж 3 роки. В групу хворих на ССЗ не включали пацієнтів з постінсультними та постінфарктними станами, а також з наявністю інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні серцево-судинній патології. Групу хворих на ЦД-2 становили особи без ознак ожиріння (ІМТ < 30) та без інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні ЦД-2. Групу хворих з ожирінням склали хворі з індексом маси тіла ІМТ ≥ 30 (англ. body mass index — BMI). Наявність коморбідних ожирінню соматичних захворювань, що були сформовані на фоні ожиріння, для хворих цієї групи не було критерієм виключення.

Групи хворих на шизофренію з ЦД-2 та ожирінням були представлені здебільшого особами жіночої статі (61,9 % та 65,91 %), в групі хворих с ССЗ та контрольній групі чоловіків та жінок було майже порівну. При цьому статистичної різниці в статевій представленості між основними та контрольною групою не виявлялось. Усі досліджувані групи здебільшого були представлені особами віком від 31 до 50 років.

Згідно з даними психіатричного обстеження (табл. 1), емоційні порушення у вигляді порушень емоційних реакцій та розладів настрою були виявлені у 100 % хворих, що взяли участь в дослідженні. Патологія емоційних реакцій у хворих усіх груп порівняння здебільшого була представлена дефіцитарністю (сплощенням) емоцій, яка спостерігалась у 36 % хворих з ССЗ, у 30,95 % хворих на ЦД-2, у 38,64 % хворих з ожирінням та у 42 % хворих контрольної групи та виявлялась емоційним зниженням, збідненням емоційних відчуттів та проявів.

Таблиця 1. Особливості патології емоційної сфери у обстежуваних хворих

| Емоційні порушення | Основні групи дослідження | | | | | | Контрольна група n = 50 | |
|------------------------------------|---------------------------|---------------|----------------|---------------|--------------------|---------------|----------------------------|--------------|
| | ССЗ n = 50 | | ЦД-2 n = 42 | | Ожиріння n = 44 | | абс. | % ± m % |
| | абс. | % ± m % | абс. | % ± m % | абс. | % ± m % | | |
| Патологія емоційних реакцій | | | | | | | | |
| Дефіцитарність/сплощення емоцій | 18 | 36,00 ± 5,88 | 13 | 30,95 ± 6,27 | 17 | 38,64 ± 7,04 | 21 | 42,00 ± 6,53 |
| Амбівалентність | 5 | 10,00 ± 1,93 | 6 | 14,29 ± 3,23 | 4 | 9,09 ± 2,02 | 4 | 8,00 ± 1,57 |
| Парадоксальність (неадекватність) | 2 | 4,00 ± 0,80 | 2 | 4,76 ± 1,13 | 2 | 4,55 ± 1,03 | 3 | 6,00 ± 1,19 |
| В'язкість | 17 | 34,00 ± 5,64 | 10 | 23,81 ± 5,07 | 13 | 29,55 ± 5,77 | 12 | 24,00 ± 4,27 |
| Лабільність | 5 | 10,00 ± 1,93* | 8 | 19,05 ± 4,18 | 4 | 9,09 ± 2,02* | 12 | 24,00 ± 4,27 |
| Експлозивність | 10 | 20,00 ± 3,65 | 15 | 35,71 ± 6,98* | 7 | 15,91 ± 3,39 | 9 | 18,00 ± 3,33 |
| Розлади настрою | | | | | | | | |
| Апатія | 13 | 26,00 ± 4,56 | 8 | 19,05 ± 4,18 | 9 | 20,45 ± 4,24 | 11 | 22,00 ± 3,97 |
| Гіпотимія | 27 | 54,00 ± 7,47* | 19 | 45,24 ± 8,16 | 20 | 45,45 ± 7,81 | 19 | 38,00 ± 6,11 |
| Гіпертимія | 1 | 2,00 ± 0,4 | 1 | 2,38 ± 0,57 | — | — | 1 | 2,00 ± 0,4 |
| Дисфорія | 8 | 16,00 ± 2,99 | 12 | 28,57 ± 5,89* | 13 | 29,55 ± 5,77* | 7 | 14,00 ± 2,65 |
| Тривога | 28 | 56,00 ± 7,58* | 16 | 38,10 ± 7,31 | 13 | 29,55 ± 5,77 | 20 | 40,00 ± 6,32 |
| Страхи | 11 | 22,00 ± 3,97 | 7 | 16,67 ± 3,71 | 10 | 22,73 ± 4,65 | 11 | 22,00 ± 3,97 |

Примітки. Тут і далі: статистично значущі показники вірогідності позначено так: * — $p \leq 0,05$. Дані наведено в форматі: абсолютна кількість осіб та відсоток від абсолютної кількості ± похибка відсотку (% ± m %)

При цьому в структурі розладів емоційних реакцій у хворих з ССЗ також доволі часто виявлялась в'язкість (34 %) та експлозивність (20 %) емоцій, а розлади емоційних реакцій у вигляді лабільності навпаки спостерігались значно рідше (10 %), порівняно з контрольною групою (24 %), при $p \leq 0,05$.

Розлади емоційних реакцій у хворих на ЦД-2 характеризувались передусім розладами у вигляді експлозивності (35,71 %), яка вірогідно частіше спостерігалась саме у хворих з ЦД-2, порівняно з контрольною групою (18 %), при $p \leq 0,05$ та виявлялась накопиченням емоційного збудження з його подальшою неконтрольованою розрядкою.

Загалом хворі контрольної групи характеризувались поряд зі сплосненням емоцій значно частішою представленістю емоційної лабільності, що виявлялось легкістю виникнення та частою зміною протилежних за знаком емоцій.

Розлади емоційних реакцій хворих з ожирінням характеризувались превалюванням в'язкості емоцій (29,55 %), порівняно з контрольною групою (24 %), при $p \leq 0,05$ та вірогідно меншою представленістю лабільності (9,09 %).

Розлади настрою серед хворих з соматичними розладами були більш представленими. У хворих з ССЗ в структурі розладів настрою переважали гіпотимія (стани зниженого настрою з відчуттям туги, безнадії, безпорадності, пригніченості, суму) та тривога, які спостерігались

набагато частіше (в 54 % та 56 % випадків, відповідно), ніж у хворих контрольної групи (38 % та 40 %), при $p \leq 0,05$.

Серед розладів настрою у хворих на ЦД-2 також переважали гіпотимія (45,24 %) та тривога (38,1 %), до яких додавалась і дисфорія, що була більш представленою (28,57 %), порівняно з контрольною групою (14 %), при $p \leq 0,05$.

У хворих з ожирінням серед розладів настрою переважали також гіпотимії (45,45 %), тривога (29,55 %) та дисфорії (29,55 %), останні у хворих с ожирінням спостерігались вірогідно частіше, порівняно з контрольною групою (14 %), при $p \leq 0,05$.

Хворі з соматичними розладами, незалежно від їх варіанту, характеризувались ще і поєднанням декількох варіантів розладів настрою одночасно, здебільшого поєднувались розлади депресивного спектра (гіпотимії, дисфорії, апатії) з тривогою та страхами. Гіпертимічні розлади у обстежуваних хворих обох груп спостерігались в поодиноких випадках.

Для кількісного оцінювання вираженості емоційних порушень використовували результати обстеження за шкалою PANSS, аналізували шкали, що відображали особливості функціонування в емоційно-вольовій сфері хворих (табл. 2). Порушення в емоційно-вольовій сфері за шкалою PANSS представлені субшкалами, що окреслюють негативну (N) та загальну психопатологічну симптоматику (G).

Таблиця 2. Вираженість порушень в емоційно-мотиваційній сфері хворих досліджуваних груп за результатами шкали PANSS

| Симптом | Основні групи (вираженість симптоматики, бали) | | | Контрольна група |
|---|---|--------------|--------------|------------------|
| | ССЗ | ЦД-2 | Ожиріння | |
| Шкала негативної симптоматики (N) | | | | |
| N1 Сплоснення афекту | 2,19 ± 0,14 | 2,34 ± 0,16 | 2,46 ± 0,14 | 2,68 ± 0,12 |
| N2 Емоційна відчуженість | 3,23 ± 0,17* | 2,75 ± 0,14 | 3,24 ± 0,17* | 2,56 ± 0,12 |
| Шкала загальної психопатологічної симптоматики (G) | | | | |
| G2 Тривожність | 3,74 ± 0,16* | 3,1 ± 0,12 | 2,76 ± 0,16 | 2,95 ± 0,18 |
| G4 Фізичне (внутрішнє) напруження | 3,34 ± 0,14* | 2,84 ± 0,16 | 2,1 ± 0,16 | 2,4 ± 0,14 |
| G6 Депресія | 3,52 ± 0,16* | 3,32 ± 0,12* | 3,65 ± 0,16* | 2,56 ± 0,14 |
| G13 Вольові порушення | 1,73 ± 0,14 | 2,4 ± 0,12 | 2,25 ± 0,12 | 1,86 ± 0,14 |
| G14 Імпульсивність | 1,92 ± 0,12 | 2,8 ± 0,12* | 1,95 ± 0,14 | 1,7 ± 0,12 |

Серед негативних симптомів, що окреслюють емоційне функціонування, у хворих на шизофренію з соматичними розладами спостерігались більш виражена емоційна відчуженість, що була вірогідно вищою серед хворих на ССЗ (3,23 ± 0,17) та ожиріння (3,24 ± 0,17), порівняно з контрольною групою (2,56 ± 0,12), при $p \leq 0,05$, що виявлялось у зниженні інтересу, емоційного включення та афективної участі у життєвих подіях.

Серед загальних психопатологічних симптомів у хворих з соматичними розладами значно вищою була депресивна симптоматика (у хворих з ССЗ — 3,52 ± 0,16, у хворих с ЦД-2 — 3,32 ± 0,12, а у хворих з ожирінням — 3,65 ± 0,16), порівняно з контрольною групою (2,56 ± 0,14), при $p \leq 0,05$. Тобто гіпотимічні розлади настрою, що виявлялись відчуттям туги, суму, безпорадності та песимістичності, у хворих з соматичними розладами були не тільки представлені частіше, але

і були ще більш вираженими, порівняно з хворими без соматичної патології.

До того ж у хворих з ССЗ фіксувались значно вищі показники вираженості тривожності (3,74 ± 0,16) та фізичного (внутрішнього) напруження (3,34 ± 0,14), порівняно з контрольною групою (2,4 ± 0,14), при $p \leq 0,05$. Тобто хворі з ССЗ частіше відчували та більш виражено виявляли прояви знервованості, занепокоєння та побоювання, що виявлялись у вигляді м'язового напруження та супроводжувались тремором, потовиділенням та іншими соматичними корелятами тривоги.

Отже, поєднання шизофренії з хронічними соматичними розладами характеризується певними особливостями та специфікою патології емоційного функціонування. Зокрема, хворі на шизофренію з соматичними розладами всіх досліджуваних груп характеризувались наявністю та вираженістю емоційних розладів пере-

дусім депресивного спектра (гіпотимії у хворих з ССЗ та дистимії у хворих з ЦД-2 та ожирінням). Як особливості емоційного реагування хворих на шизофренію з ССЗ спостерігалось поєднання депресивних проявів з тривогою та її відповідними соматичними і поведінковими проявами, поряд з емоційною відчуженістю, тобто зниженням інтересу до навколишнього та оточуючих. Як особливості емоційного реагування хворих на шизофренію з ЦД-2 було виокремлено експлозивність емоційних реакцій та превалювання дисфоричних розладів настрою. Емоційне функціонування хворих на шизофренію з ожирінням також характеризувалось емоційною відчуженістю (зниженням або відсутністю емоційного інтересу до подій та оточення), що поєднувалась з депресивними проявами та дисфоричними розладами настрою.

Отримані дані відображають наявність та особливості клінічного патоморфозу шизофренії в разі її поєднання з соматичними розладами, що насамперед треба враховувати в діагностиці та терапії соматопсихічної патології.

Список літератури

1. Бурлаков А. В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / Бурлаков Алексей Вячеславович ; Научный центр психического здоровья РАМН. М., 2006. 218 с.
2. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 2013. № 12. С. 38—39.
3. Менделевич Б. Д., Куклина А. М. К вопросу о распространенности соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами // Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93, № 3. С. 532—534.

4. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 238 с.

5. Семке А. В., Мальцева Ю. Л. Соматические расстройства при шизофрении. Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. 180 с.

6. Тюркина Т. А. Сопутствующие соматические заболевания у больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5 (62). С. 47—49.

7. Themeli Yllka, Agaci Fecor. Нарушения уровня гликемии у больных шизофренией в Албании / Disorders of glycemia in schizophrenic patients in Albania // Международный эндокринологический журнал. 2009. № 4 (22). URL : <http://www.mif-ua.com/archive/article/9487>

8. Impaired Glucose Homeostasis in First-Episode Schizophrenia. A Systematic Review and Meta-analysis / Toby Pillinger, Katherine Beck, Cristian Gobjila [et al.] // JAMA Psychiatry. 2017. 74(3): 261—269. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3803.

9. Druss B., Reisinger E. Mental disorders and medical comorbidity // Research synthesis report. 2011. № 21. P. 21—24.

10. Meduna L. J. A hyperglycemic factor in the urine of so-called schizophrenics // Dis. Nerv. System. № 9. 1994. P. 248—250.

11. Meetoo D. Dangerous liaisons: The relationship between schizophrenia and diabetes // Journal of Diabetes Nursing. 2013. № 17. P. 104—111.

12. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia // Digest of Psychiatry. 2013. Vol. 42, № 3. P. 51—55.

13. Castle D. J., Buckley P. F., Gaughran F. P. Physical Health and Schizophrenia. Oxford University Press, 2017. 136 p.

Надійшла до редакції 19.04.2018 р.

ОПРЯ Євген Васильович, доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprya@yahoo.com

OPRYA Yevgen, Associated Professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: yoprya@yahoo.com