

Е.В. Харчук

Український науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії і наркології
МЗ України, Київ

Отношение к болезни у пациентов с сочетанием параноидной шизофрении и гипертонической болезни

В статье рассмотрены особенности формирования отношения к болезни у пациентов с параноидной шизофренией, сочетанной с гипертонической болезнью. Выявлена значительная представленность ипохондрического типа наряду с апатическим, анозогнозическим и паранойальным. Установлено, что >80% пациентов с данным нозологическим сочетанием имеют гипернозогнозический тип внутренней картины болезни.

Ключевые слова: шизофрения, гипертоническая болезнь, коморбидность, тип отношения к болезни.

Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, 30–97% больных шизофренией имеют дефицит осознания собственной болезни (World Health Organization, 2001). Отношение пациента к болезни является одним из значимых факторов как в терапевтическом процессе, так и в проведении реабилитационных мероприятий. Именно этот компонент личностной структуры влияет на формирование комплаентности и общей приверженности терапии, что находит отображение в качестве и глубине ремиссий, а также общей социально-бытовой адаптации больного. Помимо этого, адекватность восприятия пациентом своей болезни является важным прогностическим маркером в оценке актуального психического состояния (Иржевская В.П., 2011).

Л.И. Вассерманом и соавторами (2005) выявлены три фактора, влияющих на формирование осознания болезни и отношения к ней:

- 1) преморбидные особенности личности;
- 2) природа самого заболевания;
- 3) социально-психологические факторы.

Таким образом, оказываются затронутыми все слои личностного реагирования: индивидуально-типологический, нозогенный и микросоциальный (Вассерман Л.И., 2005).

Актуальность изучения особенностей отношения к болезни пациентов с тяжелой психической патологией, в частности с шизофренией, обусловлена как необходимостью всеобъемлющего изучения внутреннего мира психотической личности, так и поиском оптимальных путей не только оказания медикаментозной поддержки, но и раскрытия реабилитационного потенциала через понимание индивидуально-типологических реакций. Наличие соматического заболевания, не являющееся редкостью для пациентов с шизофренией, может оказывать существенное влияние как на клиническую картину, так и на форму отношения паци-

ента к лечебному процессу в целом (Chwastiak L.A. et al., 2006).

Объект и методы исследования

С целью исследования распространенности типов отношения к болезни (ТОБ) при отягощении параноидной шизофрении соматической патологией в виде гипертонической болезни (ГБ) было отобрано 162 пациентки (все женщины), 91 из которых страдала параноидной шизофренией с сопутствующей ГБ, а у 71 диагностировали параноидную шизофрению без выраженного соматического отягощения.

Однако из числа отобранных для исследования пациенток досрочно выбыли или отказались от его проведения 33 человека. Участницами исследования стали 129 женщин с диагностированной шизофренией параноидной формы.

Критериями включения в исследование были: верифицированный диагноз параноидной шизофрении; верифицированный диагноз ГБ II стадии; адекватный уровень комплаентности.

Критерии исключения: ГБ I или III стадии; инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; печеночная, почечная или сердечная недостаточность; документально подтвержденный диагноз зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ.

Основой исследования было использование методики ТОБОЛ (Тип Отношения к БОлезни), построенной в форме опросника. Она была создана в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в 1987 г. как тестовая методика, направленная на диагностику ТОБ (Вассерман Л.И., 2005). Теоретико-методологической основой выделения ТОБ является типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым на базе теории отноше-

ний В.Н. Мясищева (Мясищев В.Н., 1960; Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).

Исследование проходило во время пребывания пациентов в стационаре по минованию психотического эпизода на этапе формирования ремиссии.

Результаты и их обсуждение

Таким образом, удалось установить преимущественный ТОБ у 129 участниц обеих групп. Из них к основной группе отнесены 72, а к группе сравнения — 57, то есть 55,8 и 44,2% лиц соответственно. Процесс формирования исследуемых групп отображен на рис. 1.

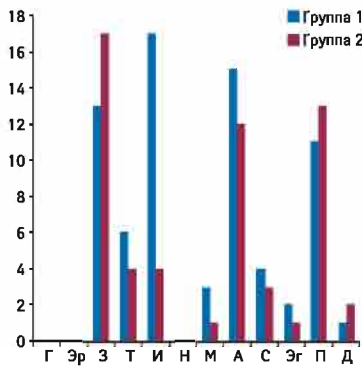
114 из 129 пациенток имели непрерывный тип течения (65 и 49 — в основной группе и группе сравнения соответственно), эпизодический со стабильным дефектом — 6 (по 3 человека в каждой группе), эпизодический с нарастающим дефектом — 9 (4 и 5 пациентов соответственно).

Средний возраст пациентов основной группы составил 50,54 года, группы сравнения — 46,21 года. Средняя длительность течения параноидной шизофрении в основной группе составила 17,28 года, в группе сравнения — 13,33 года. В среднем период течения ГБ у пациенток основной группы на момент исследования составил 7,13 года.

Распространенность психопатологических синдромов в клинической картине заболевания у пациентов обеих групп отображена в табл. 1.



Рис. 2



Типы отношения к болезни у пациентов с параноидной шизофренией, отягощенной ГБ (n=72) и без ГБ (n=57)

Г – гармоничный, Эр – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, И – ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический, С – чувствительный, Эг – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический.

Случаи с диффузным (в диагностическую зону попадает >3 шкал-ТОБ) и смешанным (в диагностическую зону попадает ≤3 шкал-ТОБ) ТОБ были переопределены в пользу доминирующего ТОБ, набравшего максимальное количество баллов.

По результатам проведения ТОБОЛ также можно оценить преобладающий вид внутренней картины болезни согласно группированию ТОБ (табл. 2, 3): нормозогностический (с условно адекватной оценкой болезненного состояния), к которому относят гармонический тип; гипозогностический (с явлениями недооценки болезни) — эргопатический, анозогнозический типы; гипернозогностический (с преобладанием переоценки степени тяжести заболевания) — тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, чувствительный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический типы.

В соответствии с полученными данными установлено превосходство ипохондрического над иными ТОБ в основной группе, а также в сравнении с ТОБ пациентов группы сравнения (рис. 2). Лица с данным ТОБ отличались крайней вовлеченностью в переживание своей болезни, в особенности их интересовали данные инструментальных и лабораторных исследований, они многократно обращались к медицинскому персоналу и врачам с просьбами об измерении артериального давления, просили назначать им повторные обследования. Лица с ипохондрическим ТОБ группы сравнения также выражали озабоченность своим соматическим состоянием, заостряли свое внимание на телесных феноменах, однако сферой их интересов преимущественно являлись ощущения в сфере органов пищеварения, что в ряде случаев давало основание предполагать доминирование параноидного начала над ипохондрическим. Это может свидетельствовать о значительной индукционной роли реального соматического расстройства в генезе психопатологической симптоматики. Также в данной группе больных отмечено тоталь-

ное преобладание охваченности соматическим расстройством над почти полным игнорированием своего психического состояния, вплоть до пренебрежения им.

Достаточно прогнозируемым выглядело отсутствие гармоничного, эргопатического и неврастенического ТОБ с учетом формирующей роли расстройства психического регистра.

Таким образом, следует констатировать, что отношение к болезни у пациентов с параноидной шизофренией может искажаться наличием сопутствующей ГБ, что находит отображение в представленности различных ТОБ. Так, для параноидной шизофрении без соматического отягощения преобладающими являются анозогнозический (29,8%), паранойяльный (22,8%) и апатический (21,0%) типы. В то время как при наличии коморбидной ГБ наряду с высокой долей вышеуказанных ТОБ отмечено превалирование ипохондрического типа.

Данную особенность можно воспринимать в контексте влияния соматического заболевания на течение жизни пациента, в частности периодические подъемы артериального давления и связанное с ними наступление физического дискомфорта, могут провоцировать усиление тревоги и стимуляцию внимания на собственном соматическом состоянии, что, в свою очередь, провоцирует развитие ипохондрических тенденций. Стоит отметить, что ипохондрический тип реагирования на болезнь, несмотря на его значительную представленность в основной группе, не демонстрирует подавляющего преиму-

щества над остальными ТОБ. Это можно объяснить преморбидными особенностями личности пациентов, а именно: чувствительностью, тревожностью, склонностью к соматизации и уходу от осознания своих психопатологических переживаний. Кроме того, переживания своего соматического недуга зачастую «сцепляются» со смутным осознанием больными собственного психического неблагополучия, образуя нерасчленимую нозологическую субстанцию в восприятии пациента. Сопоставив с группой сравнения представленность в основной группе анозогнозического (18,1 и 29,8% соответственно), паранойяльного (15,3 и 22,8% соответственно) и апатического (20,8 и 21% соответственно) ТОБ свидетельствует о характерных для клинической картины параноидной шизофрении явлениях: наличии выраженной или резидуальной бредовой симптоматики, дефицитарных явлениях в эмоционально-волевой сфере, а также значительном снижении осознания болезни, выражающейся в снижении критичности. Тем не менее, представленность ипохондрического ТОБ свидетельствует о существенной роли, помимо преморбидных особенностей личности, и соматического расстройства (ГБ), принимающего участие в формировании переживаний больного.

Выводы

Установлено, что соматизация оказывает влияние на особенности формирования отношения к болезни, усиливая гипернозогностические тенденции. Коморбид-

Таблица 1

Ведущий психопатологический синдром у пациентов с параноидной шизофренией

Синдром	Параноидная шизофрения, осложненная ГБ (n=72)		Параноидная шизофрения (n=57)	
	n	%	n	%
Параноидный	37	51,4	18	31,6
Галлюцинаторный	1	1,4	3	5,3
Галлюцинаторно-параноидный	20	27,8	29	50,9
Психопатоподобный	2	2,8	4	7,0
Депрессивно-параноидный	3	4,2	1	1,7
Маниформно-параноидный	5	6,9	0	—
Астенопатический	4	5,5	2	3,5

Таблица 2

ТОБ у пациентов с параноидной шизофренией (с соматическим отягощением в виде ГБ и без нее)

ТОБ	Параноидная шизофрения, осложненная ГБ (n=72)		Параноидная шизофрения (n=57)	
	n	%	n	%
Гармоничный	0	—	0	—
Эргопатический	0	—	0	—
Анозогнозический	13	18,1	17	29,8
Тревожный	6	8,3	4	7,1
Ипохондрический	17	23,6	4	7,1
Неврастенический	0	—	0	—
Меланхолический	3	4,2	1	1,7
Апатический	15	20,8	12	21,0
Чувствительный	4	5,5	3	5,3
Эгоцентрический	2	2,8	1	1,7
Паранойяльный	11	15,3	13	22,8
Дисфорический	1	1,4	2	3,5

Таблица 3

Виды внутренней картины болезни у пациентов с параноидной шизофренией

Вид внутренней картины болезни	Параноидная шизофрения, осложненная ГБ (n=72)		Параноидная шизофрения (n=57)	
	n	%	n	%
Нормозогностический	0	—	0	—
Гипозогностический	13	18,1	17	29,8
Гипернозогностический	59	81,9	40	70,2

ность параноидной шизофрении и ГБ, помимо особенностей клинического течения и когнитивного дефицита, формирует специфические патофеномены, касающиеся осознания болезни и «бытия в болезни», что может оказывать влияние как на приверженность пациента лечению, так и на разработку терапевтической стратегии в отношении данной группы пользователей психиатрической помощи.

Список использованной литературы

- Вассерман Л.И., Мовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. (2005) Психологическая диагностика отношения к болезни. Методическое пособие, Санкт-Петербург, 33 с.
- Иржавская В.П. (2011) Нарушения осознания психической болезни при шизофрении. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 28 с.
- Личко А.Е., Иванов Н.Я. (1980) Методика определения типа отношения к болезни. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 8: 1527–1530;
- Мисащев В.Н. (1960) Личность и неврозы. Ленинград, 426 с.
- Chwaatjak L.A., Rosenheck R.A., McEvoy J.P. et al. (2006) Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and

functioning in schizophrenia. *Psychiatr. Serv.*, 57(8): 1102–1109.

World Health Organization (2001) The World health report Mental health: new understanding, new hope (http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf).

Ставлення до хвороби у пацієнтів із поєднанням параноїдної шизофренії та гіпертонічної хвороби

Є.В. Харчук

Резюме. У статті розглянуто особливості формування ставлення до хвороби у пацієнтів із параноїдною шизофренією, поєднаною з гіпертонічною хворобою. Виявлена значна частота іпохондричного типу поряд з апатичним, анозогнозичним та параноїдним. Встановлено, що >80% пацієнтів із цим нозологічним поєднанням мають гіпернозогностичний тип внутрішньої картини хвороби.

Ключові слова: шизофренія, гіпертонічна хвороба, коморбідність, тип ставлення до хвороби.

Attitude to disease in patients with paranoid schizophrenia and hypertension comorbidity

Y.V. Harchuk

Summary. The article describes the features of formation of attitude to the disease in patients with paranoid schizophrenia, combined with hypertension. Considerable representation of hypochondriacal type along apathetic, anosognosic and paranoid is revealed. More than 80% of patients with this nosological combination have hypernosognosic type of internal picture of the disease.

Key words: schizophrenia, hypertension, comorbidity, attitudes toward illness.

Адрес для переписки:

Харчук Евгений Валерьевич
04080, Киев, ул. Фрунзе, 103
Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины
Получено 15.05.2013

Реферативна інформація

Раннее начало лечения при ревматоидном артрите — гарантия достижения устойчивой ремиссии



Начало лечения при ревматоидном артрите (РА) в течение 3 мес после появления первых симптомов является решающим фактором для достижения устойчивой ремиссии заболевания — к такому выводу в ходе нового проспективного исследова-

ния пришли ученые из Католического университета (Catholic University) в Риме, Италия, под руководством доктора Джанфранко Ферраццолли (Gianfranco Ferraccioli). Если лечение начато не позже, чем через 12 нед после появления признаков заболевания, вероятность достижения длительной ремиссии удваивается. В течение последних лет проведено несколько крупных исследований, направленных на изучение эффективности лечения пациентов с РА. Показано существование двух основных условий для достижения положительных результатов — начало терапии в первые недели появления симптомов и агрессивный подход. Цель данного исследования — проспективная оценка эффективности разных схем лечения РА и изучение зависимости результативности терапии от сроков течения заболевания. В исследовании приняли участие 1795 пациентов с симптомами РА. Первоначально РА диагностировано у 39,6% пациентов. Остальным диагностировали артрит неясной этиологии (50,7%), псориатический артрит (20,7%), спондилоартрит (10,6%), а также реактивный артрит и ревматическую полимиалгию. ¼ из 711 пациентов, которым первоначально диагностирован РА, были женщины (средний возраст — 55 лет). Продолжительность заболевания <3 мес отмечалась у 148 пациентов. В общей сложности у 481 участника отмечена умеренная и высокая активность РА (индекс DAS28 >3,2). Все участники исследования получали лечение, включавшее метотрексат в дозе 15–25 мг/нед. При отсутствии улучшения состояния через 3 мес назначали другие препараты, направленные на лечение РА, или ингибитор фактора некроза опухоли (ФНО).

Судя по индексу DAS28 через 12 мес ремиссия достигнута у 34,3% участников. Авторы отмечают, что эти результаты не много скромнее, чем полученные в ходе других исследований. Однако они подчеркивают, что все предыдущие работы пред-

ставляли собой рандомизированные контролируемые исследования, что предполагает использование определенных протоколов лечения. Данное же исследование предоставляет свободу в выборе назначаемых препаратов, и потому более адекватно отображает результаты, получаемые в клинической практике.

Ученые обратили внимание на то, что пациенты с РА средней активности, у которых симптомы заболевания присутствовали в течение 1 года, в 68,4% случаев получали препараты, направленные на лечение РА, в частности метотрексат, а в 31,6% — ингибиторы ФНО. При длительности заболевания >3 мес пациенты с такой же активностью заболевания в 74,4% случаев применяли метотрексат или другие препараты данной группы, а в 25,5% — ингибиторы ФНО. В то же время пациенты, у которых симптомы заболевания отмечались <3 мес, получали препараты для лечения РА в 90,5% случаев и ингибиторы ФНО только в 9,5% (относительный риск (ОР) 0,31, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,15–0,61; $p < 0,001$). Авторы отмечают, что среди пациентов, достигших ремиссии, всего 10% тех, которые в начале лечения принимали ингибиторы ФНО, а в то время как среди лиц с длительным течением заболевания ремиссия отмечена у 32% принимавших данные препараты (ОР 0,23; 95% ДИ 0,09–0,64; $p = 0,002$).

В начале исследования и через 1 год участники ответили на вопросы опросника оценки здоровья (Health Assessment Questionnaire — HAQ) для анализа уровня их инвалидности. Отмечено, что в среднем участники набрали 1,2 балла при ответе на вопросы HAQ в начале исследования, а через 1 год их показатели снизились в среднем на 0,5 балла. Причем сумма баллов по опроснику HAQ <0,5 означает отсутствие у пациента признаков инвалидности. Таких показателей достигли 62,7% участников, лечение которых было начато на ранней стадии заболевания, и 41,3% — с более длительным течением РА. Полученные результаты подтверждают необходимость информирования населения о необходимости обращения к врачу в течение не менее 6 нед после появления симптомов артрита.

Gramese E., Salfati F., Bosello S.L. et al. (2013) Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Ann. Rheum. Dis.*, 72: 858–862.

Walsh M. (2013) Early treatment start key to RA remission. *MedPage Today*, May 30 (www.medpagetoday.com/Rheumatology/Arthritis/39473).

Юлия Каткович