

УДК 616.895.8-037-06-008.447-008.441.44 «4»

С.А. Ярославцев

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

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ШИЗОФРЕНИИ, КОМОРБИДНОЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК, КОМПЛАЙЕНС)

На основании обследования 160 больных шизофренией с коморбидными депрессивными, тревожно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, химическими и нехимическими зависимостями, а также 35 больных шизофренией без коморбидной психической и поведенческой патологии изучены особенности субъективного восприятия качества жизни, актуальные индивидуальные и клинические факторы риска суицида, а также количественные и качественные характеристики приверженности терапии больных выделенных групп. Установлено, что больные с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами характеризуются более негативным прогнозом за счет низкого уровня субъективного восприятия качества жизни, повышения суицидального риска при конкретных вариантах психопатологии, низкого уровня и неконструктивных типов комплайенса. Выделены специфические особенности изученных факторов прогноза для конкретных вариантов коморбидной шизофрении психической и поведенческой патологии.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидная психопатология, качество жизни, суицидальный риск, комплайенс.

Высокая частота коморбидной психической патологии при шизофрении, сложности ее диагностики, терапии и профилактики обуславливают актуальность исследований в данном направлении [1–4].

В литературе подчеркивается, что присоединившаяся к основному заболеванию коморбидная патология способствует снижению повседневной активности пациента, ухудшает профессиональную активность, коммуникации и социальное функционирование, снижает когнитивные функции и приверженность терапии, что приводит к повышению показателей инвалидности [5–7]. Однако данных относительно факторов прогноза и функционирования больных шизофренией с конкретными формами коморбидной психопатологии не имеется, что и обусловило необходимость проведения данного исследования.

Цель исследования – изучить особенности качества жизни, суицидального риска и приверженности терапии у больных шизофренией с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами.

Объект и методы. Обследовано 195 больных с верифицированным диагнозом шизо-

френия (F20.0–F20.3). Из них основную группу исследования составили 160 больных шизофренией с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами: 36 – с депрессивными расстройствами (F32 – F33); 70 – с различного рода зависимостями (36 – с химическими зависимостями (F10.20; F12.21; F17.21), 34 – с нехимическими зависимостями (F63.0; F50.9)); 33 больных шизофренией с тревожно-обсессивными расстройствами (F40, F41, F42) и 21 больной шизофренией с расстройствами личности (F60). В контрольную группу исследования вошли 35 больных шизофренией без коморбидной психической и поведенческой патологии.

В ходе исследования использовали опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения, специальный модуль для больных эндогенными психозами (ВОЗКЖ-СМ) [8], шкалу суицидального риска (Лос-Анджелесского суицидологического центра) [9], методику исследования уровня и типа комплайенса [10].

Результаты и их обсуждение. Установлено, что наиболее низкий уровень общего качества жизни отмечался у больных шизофренией с коморбидными депрессивными

© С.А. Ярославцев, 2015

расстройствами – $(2,28 \pm 0,67)$ балла, по сравнению с больными контрольной группы – $(3,46 \pm 0,78)$ балла, рис. 1.

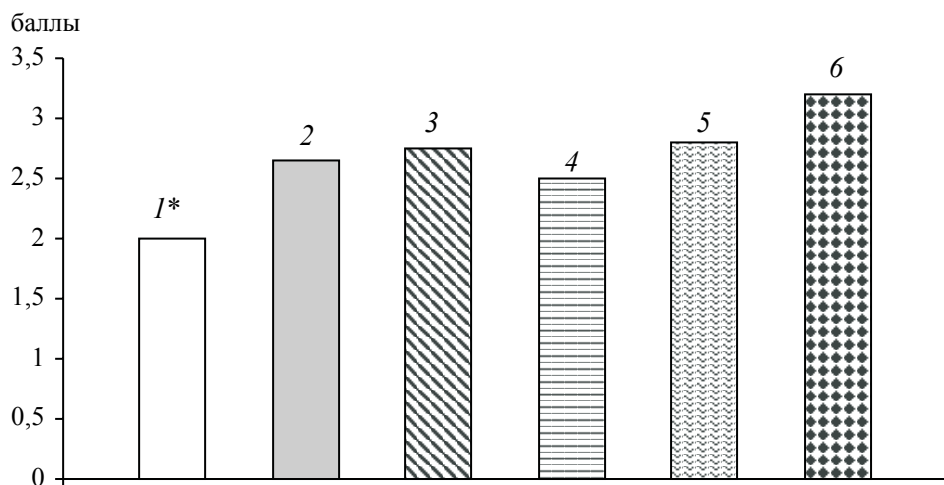


Рис. 1. Общий уровень качества жизни в связи с психическим здоровьем у обследованных больных:

1 – F20 с ДР; 2 – F20 с ТФР-ОКР; 3 – F20 с РЛ;
4 – F20 с хим. АДД; 5 – F20 с нехим. АДД; 6 – контроль

Анализ данных по конкретным субсферам качества жизни обследованных больных показал, что больные шизофренией с коморбидными депрессивными расстройствами характеризовались более низкими показателями качества жизни в сфере чувств и эмоций, как положительных, так и отрицательных, по сравнению с контрольной группой, где показатели качества жизни по данным субсферам составили $(3,05 \pm 1,1)$ и $(3,7 \pm 1,18)$ баллов соответственно, $p \leq 0,05$ (табл. 1). Кроме того, у больных шизофренией с коморбидными депрессиями отмечались более низкие показатели качества жизни в сферах способности к работе, способности выполнять повседневные дела и в сфере собственных познавательных функций по сравнению с контрольной группой при $p \leq 0,05$. Также данные больные низко оценивали уровень собственных возможностей для отдыха и развлечений, свою эмоциональную адекватность и возможность самоконтроля, способность отвлечься от неприятных переживаний по сравнению с контрольной группой при $p \leq 0,05$. То есть больные шизофренией с коморбидной депрессией наиболее низко оценивали свое качество жизни в сферах эмоционального реагирования, что характеризовалось отсутствием позитивных чувств и преобладанием негативных эмоций, неспособностью контролировать свои переживания и отвлекаться от них, а также в сферах собственного функциониро-

вания, что выражалось в низкой оценке познавательных возможностей и способностей к выполнению работы и повседневных дел,

а также собственных возможностей для отдыха и развлечений.

Больные шизофренией с тревожно-компульсивными расстройствами низко оценивали качество своей жизни в сферах положительных и отрицательных эмоций, а также в сфере самоконтроля собственных эмоциональных переживаний по сравнению с контрольной группой при $p \leq 0,05$. То есть больные с коморбидными тревожно-компульсивными расстройствами характеризовались низким уровнем качества жизни в сфере прежде всего своей эмоциональности (невозможностью испытывать позитивные эмоции и явным преобладанием негативных эмоций в виде тревоги, паники, страха, уныния, безнадежности) и возможности ее контролировать.

Больные шизофренией с коморбидными расстройствами личности негативно оценивали свое качество жизни в сфере личных отношений и социальной поддержки, для сравнения в группе контроля эти показатели составили $(3,8 \pm 0,86)$ и $(3,6 \pm 1,39)$ баллов соответственно, $p \leq 0,05$. То есть данные больные характеризовались низким восприятием своего качества жизни преимущественно в сфере социального взаимодействия.

У больных шизофренией с коморбидными химическими зависимостями фиксировались низкие показатели качества жизни в сферах положительных и отрицательных эмоций,

Таблиця 1. Оцінка якості життя обстежених хворих по сферах життя, зв'язаним з психическим здоров'ям, ($M \pm t$) баллов

Сфери якості життя	Основна група					Контр. група (n=35)
	ДР (n=36)	ТФР-ОКР (n=33)	РЛ (n=21)	АДД		
				хим. (n=36)	нехим. (n=34)	
Положительные эмоции	1,60±0,76*	2,30±0,49*	2,60±1,15	1,90±0,67*	3,20±1,04	3,05±1,10
Познавательные функции	2,10±0,47*	3,40±1,03	3,70±1,15	2,70±1,05	3,40±0,95	3,30±0,96
Отрицательные эмоции	1,50±0,64*	2,20±0,69*	2,60±1,03	1,90±0,56*	3,30±1,02	3,70±1,18
Способность выполнять повседневные дела	2,30±0,69*	3,10±1,05	3,70±1,02	3,60±1,23	3,50±1,27	3,60±1,15
Способность к работе	1,90±0,78*	2,50±0,99	3,20±0,98	2,90±1,12	3,10±0,95	3,40±0,98
Личные отношения	2,70±1,10	3,50±0,94	2,30±0,54*	2,40±0,43*	2,10±0,54*	3,80±0,86
Практическая социальная поддержка	3,10±0,85	2,90±1,07	2,20±0,47*	2,30±0,62*	2,90±0,99	3,60±1,39
Возможности для отдыха и развлечений	2,30±0,81*	3,10±0,53	3,40±0,99	3,30±1,20	3,00±1,1	3,50±1,31
Эмоциональная адекватность	1,80±1,16*	3,40±0,99	3,60±1,22	3,50±0,98	3,60±1,12	3,50±1,02
Ориентировка в себе и окружающей действительности	3,20±1,33	3,00±1,29	3,80±1,00	3,40±0,84	3,70±0,96	3,60±0,98
Переживания, связанные с общением	3,10±0,86	3,60±0,56	2,70±1,10	2,90±1,45	2,40±0,49*	3,60±1,19
Самоконтроль / отвлечение от неприятных переживаний	1,90±0,73*	2,10±0,64*	2,60±0,89	3,00±1,24	3,30±1,20	3,50±1,07
Самопомощь / психопрофилактика	2,20±0,90	2,30±1,12	3,20±1,05	2,20±0,96	2,20±0,96	2,80±0,89

Примечания: 1. ДР – депрессивные расстройства; АДДхим. – зависимости химические; АДДнехим. – зависимости нехимические; ТФР-ОКР – тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства; РЛ – расстройства личности.

2. * $p \leq 0,05$; различия между основной и контрольной группами статистически значимы. Здесь и в табл. 2 и 3.

а также в сферах личных отношений и социальной поддержки по сравнению с контрольной группой при $p \leq 0,05$. Таким образом, больные с коморбидными химическими аддикциями характеризовались низким восприятием качества жизни в сферах своей эмоциональности и социального взаимодействия, что, с одной стороны, позволяет провести параллель с результатами больных шизофренией с коморбидной аффективной патологией (депрессивные и тревожно-компульсивные расстройства) в свете низких значений качества жизни в эмоциональной сфере, с другой – с больными с личностными расстройствами в свете низких показателей качества жизни в сфере социального взаимодействия.

Больным шизофренией с коморбидными нехимическими вариантами аддикций были свойственны низкие показатели качества жизни в сфере личных отношений и в ком-

муникативной сфере, то есть в сферах межличностного взаимодействия. У больных контрольной группы данные показатели составили $(3,80 \pm 0,86)$ и $(3,60 \pm 1,19)$ баллов при $p \leq 0,05$.

Относительно уровня суицидального риска было установлено, что наиболее высокие его показатели отмечались у больных с коморбидными депрессивными и химическими аддиктивными расстройствами, различия с контрольной группой значимы при $p \leq 0,05$ (рис. 2).

Анализ данных по каждому из отдельных блоков шкалы суицидального риска (табл. 2) показал, что у больных шизофренией с коморбидной депрессией уровень суицидального риска возрастает за счет выраженных клинических симптомов депрессии $(8,40 \pm 0,73)$ баллов, различия с контрольной группой статистически значимы при $p \leq 0,05$. У больных шизофренией с коморбидными химическими аддиктивными расстройствами

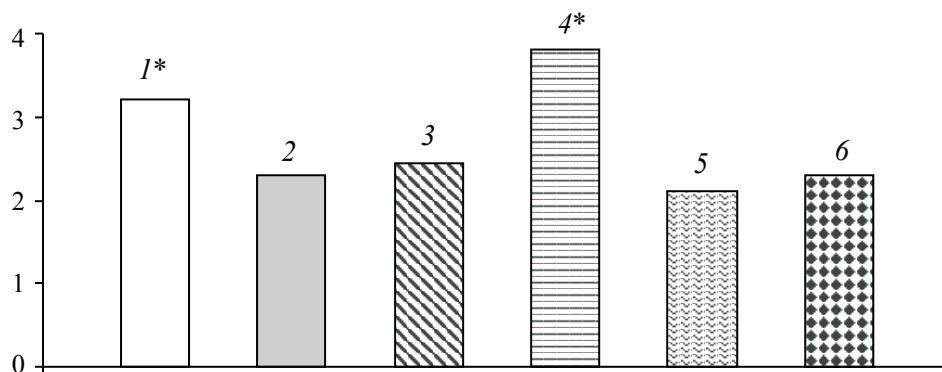


Рис. 2. Уровень суицидального риска у обследованных больных:
1 – F20 с ДР; 2 – F20 с ТФР-ОКР; 3 – F20 с РЛ;
4 – F20 с хим. АДД; 5 – F20 с нехим. АДД; 6 – контроль

Таблица 2. Уровень суицидального риска у обследованных больных, ($M \pm t$) баллов

Категории	Основная группа					Контр. группа (n=35)
	ДР (n=36)	ТФР-ОКР (n=33)	РЛ (n=21)	АДД		
				хим. (n=36)	нехим. (n=34)	
Демографические характеристики (возраст и пол)	3,30±1,56	2,70±0,65	3,40±0,88	3,80±1,34	2,80±1,12	3,20±1,56
Профиль симптоматического риска	8,40±0,73*	5,40±1,21	4,60±1,12	7,30±0,67*	4,30±0,74	4,50±0,64
Степень стресса	1,70±1,23	2,50±0,97	2,30±0,76	3,30±0,92	1,60±1,69	2,10±1,38
Суицидальный анамнез и текущие планы	2,10±0,89	1,00±0,78	1,50±1,45	2,20±1,65	1,00±1,74	1,50±1,46
Ресурсные возможности (коммуникационные аспекты, возможности и реакции со стороны значимых других)	2,90±1,45	2,60±1,17	3,20±1,56	4,80±0,92*	3,60±0,79	2,50±0,56

уровень суицидального риска увеличивался за счет высокого уровня симптоматического риска: (7,30±0,67) балла, который включал подавленное настроение, апатию, ощущение безнадежности, прием химических веществ, раздражительность, слабый контроль и т.д, а также за счет низких ресурсных возможностей (4,8±0,92) баллов данных больных: отсутствия эмоциональных связей и поддержки. Данные показатели статистически достоверно отличаются от таковых в контрольной группе: (4,5±0,64) и (2,76±0,52) баллов соответственно) при $p \leq 0,05$.

Больные же остальных групп характеризовались низкими показателями выраженности суицидального риска.

Изучение характеристик комплайенса у обследованных больных показало, что достоверно чаще низкий уровень комплайенса фиксировался у больных с коморбидными химическими аддиктивными расстройствами (44,4 % случаев), расстройствами личности (33,3 %), депрессивными (30,5 %) и тревожно-фобическими (30,3 %) расстройствами по

сравнению с контрольной группой (11,4 %) при $p \leq 0,05$ (рис. 3).

Кроме того, у больных с химическими аддикциями, расстройствами личности и депрессивными расстройствами с достоверно наименьшей частотой отмечалось наличие полного комплайенса (в 8,3; 9,5 и 13,9 % случаев) по сравнению с контрольной группой, где полный комплайенс фиксировался в 34,3 % случаев, $p \leq 0,05$. По уровню комплайенса больных с нехимическими аддикциями статистически значимых различий по сравнению с данными контрольной группы обнаружено не было.

Среди типов комплайенса у больных шизофренией с коморбидными депрессивными расстройствами преобладал пассивный (33,3 % случаев) тип, различия статистически значимы по сравнению с контрольной группой (11,4 %) при $p \leq 0,05$ (табл. 3), что отражало наличие низкой мотивации на лечение, инертности, тенденций к обесцениванию результатов лечения, пассивного подчинения лечебным процедурам.

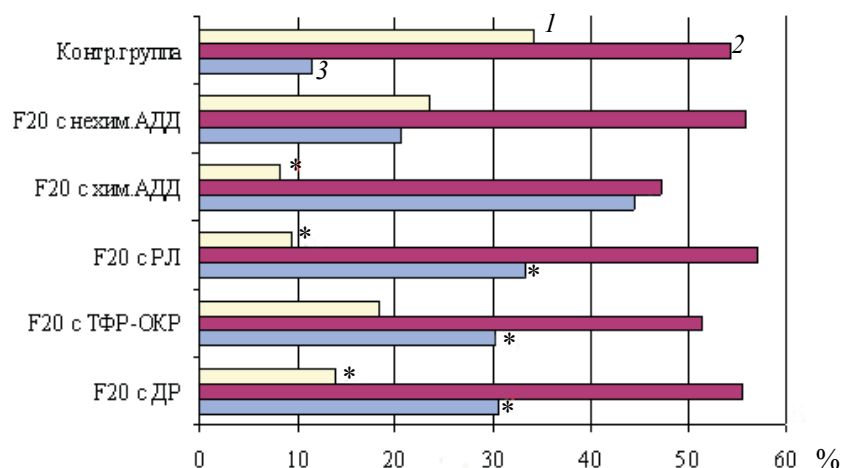


Рис. 3. Соотношение уровней комплайенса у обследованных больных:
1 – низкий комплайенс; 2 – частичный; 3 – полный

Таблица 3. Типы комплайенса у обследованных больных, абс. ч./%

Тип комплайенса	Основная группа					Контр. группа (n=35)
	ДР (n=36)	ТФР-ОКР (n=33)	РЛ (n=21)	АДД		
				хим. (n=36)	нехим. (n=34)	
Конструктивный	7/19,4*	7/21,2	2/9,5*	6/16,7*	8/23,5	14/40,0
Формальный	5/13,9	5/15,2	4/19,0	6/16,7	11/32,4*	5/14,3
Пассивный	12/33,3*	6/18,2	2/9,5	5/13,9	2/5,9	4/11,4
Симбиотический	4/11,1	11/33,3*	1/4,8	3/8,3	1/2,9	4/11,4
Нестабильный	3/8,3	3/9,1	5/23,8	4/11,1	4/11,8	4/11,4
Негативистический	3/8,3	1/3,0	5/23,8*	7/19,4*	6/17,6*	1/2,9
Дефицитарный	2/5,6	–	2/9,5	5/13,9	2/5,9	3/8,6

Преобладающим типом комплайенса у больных шизофренией с коморбидными тревожно-обсессивными расстройствами был симбиотический тип (33,3%), что свидетельствовало о неуверенности данных больных в оценке болезни и лечения, стремлении избежать ответственности, тревожности, зависимости от врача. У больных контрольной группы симбиотический тип комплайенса отмечался значительно реже, в 11,4% случаев, различия значимы при $p \leq 0,05$.

При коморбидных шизофренических расстройствах личности, химических и нехимических аддитивных расстройствах значительно чаще отмечалось наличие негативистического типа комплайенса (23,8; 19,4 и 17,6% соответственно), который выражался в отрицании болезни, отсутствии эмпатии и сопротивлении терапии. В контрольной группе данный тип комплайенса отмечался значительно реже, в 2,9% случаев, при $p \leq 0,05$. Кроме того, у больных шизофренией с нехимическими вариантами аддитивных расстройств значительно чаще фиксировался формальный комплайенс (32,4%) по сравне-

нию с контрольной группой, где данный вариант комплайенса отмечался в 14,3% случаев при $p \leq 0,05$. Формальный комплайенс характеризовался наличием лишь частичного осознания болезни и частичной установки на получение помощи, избирательностью в отношении методов лечения и формальным отношением к терапевтическим назначениям.

При этом конструктивный тип комплайенса у больных шизофренией с коморбидными депрессивными расстройствами, расстройствами личности и химическими аддикциями встречался значительно реже (в 19,4; 9,5 и 16,7% случаев соответственно) по сравнению с контрольной группой (40,0%) при $p \leq 0,05$.

В целом, результаты проведенного исследования позволяют зафиксировать наличие специфических особенностей комплайенса, качества жизни и суицидального риска больных шизофренией с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами, которые выступают факторами социального прогноза в отношении данных больных.

Так, больные шизофренией с коморбидными депрессивными расстройствами характеризуются низким общим уровнем восприятия качества жизни за счет особо низкой оценки своей эмоциональности и собственной активности, как познавательной, так и физической, высоким уровнем суицидального риска за счет выраженных клинических симптомов депрессии, а также низким уровнем и пассивным типом коплайенса.

Больным с коморбидными тревожно-компульсивными расстройствами свойственен низкий уровень субъективного восприятия качества жизни в сфере своей эмоциональности (доминирование негативных эмоций и недостаток позитивных, невозможность контроля своей эмоциональности), а также низкий уровень и симбиотический тип коплайенса.

Больным с коморбидными расстройствами личности свойственно низкое качество жизни в сфере преимущественно социального взаимодействия: личных отношений и социальной поддержки, наличие низкого уровня и негативистического типа коплайенса.

Для больных шизофренией с химическими аддикциями характерен низкий уровень

качества жизни в эмоциональной сфере (недостаток позитивных эмоций и преобладание негативных) и в сферах социального взаимодействия (личных отношений и социальной поддержки), высокий уровень суицидального риска за счет выраженного симптоматического риска и низких ресурсных возможностей, а также низкий уровень и негативистический тип коплайенса.

У больных шизофренией с нехимическими зависимостями отмечается низкий уровень качества жизни в сфере личных отношений и коммуникативной сфере, а также фиксируется преобладание формального и негативистического типов коплайенса.

Таким образом, полученные результаты позволяют утверждать, что наиболее негативным социальным прогнозом характеризуются больные шизофренией с коморбидными депрессивными и химическими зависимостями. Полученные результаты целесообразно учитывать при разработке диагностических, терапевтических и профилактических мероприятий для данного контингента больных.

Литература

1. Барденштейн Л.М. Коморбидные формы психических заболеваний / Л.М. Барденштейн, Б.Н. Пивень. – М.: Стройматериалы, 2008. – 120 с.
2. Мосолов С.Н. Актуальные дискуссионные вопросы диагностики, классификации, нейропатологии, патогенеза и терапии шизофрении. Биологические методы терапии психических расстройств / С.Н. Мосолов; под ред. С.Н. Мосолова. – М., 2012. – С. 61–101.
3. Castle J.D. Schizophrenia / J.D. Castle, P.F. Buckley. – Oxford University Press, 2012. – 132 p.
4. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical disorders / N. Sartorius, R.I.G. Holt, M. Maj // Key Issues in Mental Health. – 2015. – Vol. 179. – 188 p.
5. Марута Н.А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н.А. Марута // Здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 38–39.
6. Шмуклер А.Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях: достижения и дискуссионные вопросы / А.Б. Шмуклер. – М., 2011. – 84 с.
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: Пособие 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. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когито-Центр, 2005. – С. 68–69.
10. Шестопалова Л.Ф. Уровни и типы коплайенса больных с алкогольной зависимостью / Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1–2 (24–25). – С. 68–74.

С.А. Ярославцев

ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ШИЗОФРЕНІЇ З КОМОРБІДНИМИ ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ (ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК, КОМПЛАЙЕНС)

На підставі обстеження 160 хворих на шизофренію з коморбідними депресивними, тривожно-компульсивними розладами, розладами особистості, хімічними та нехімічними залежностями, а також 35 хворих на шизофренію без коморбідної психічної і поведінкової патології вивчено особливості суб'єктивного сприйняття якості життя, актуальні індивідуальні та клінічні фактори ризику суїциду, а також кількісні та якісні характеристики прихильності терапії хворих виділених груп. Встановлено, що хворі з коморбідними психічними та поведінковими розладами характеризуються більш негативним прогнозом внаслідок низького рівня суб'єктивного сприйняття якості життя, підвищення суїцидального ризику при конкретних варіантах психопатології, низького рівня і неконструктивних типів комплайенса. Виділено специфічні особливості вивчених факторів прогнозу для конкретних варіантів коморбідної шизофренії психічної та поведінкової патології.

Ключові слова: шизофренія, коморбідні психічні та поведінкові розлади, якість життя, суїцидальний ризик, комплайенс.

S.A. Yaroslavtsev

FACTORS OF PROGNOSIS SCHIZOPHRENIA WITH COMORBID MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS (QUALITY OF LIFE, SUICIDAL RISK, COMPLIANCE)

On the base of an examination of 160 patients with schizophrenia and comorbid depressive, anxious-compulsive disorders, substance and non-substance dependencies as well as 35 patients with schizophrenia without comorbid mental and behavioral pathology peculiarities of a subjective perception of quality of life, actual individual and clinical factors of a suicidal risk, and also quantitative and qualitative characteristics of adherence to treatment were studied in patients of abovementioned groups. It was found out that patients with comorbid mental and behavioral disorders had a poorer prognosis due to a low level of a subjective perception of their quality of life, an increased suicidal risk in specific variants of pathology, a low level and a non-constructive type of their compliance. Specific features of investigated prognostic factors for specific variants of comorbid mental and behavioral pathology in schizophrenia were defined.

Key words: schizophrenia, comorbid mental and behavioral disorders, quality of life, suicidal risk, compliance.

Поступила 24.06.15