

**ПСИХОСОМАТИЧНІ ТА СОМАТОПСИХІЧНІ АСПЕКТИ КОМОРБІДНОСТІ ПАРАНОІДНО  
ШИЗОФРЕНІ ТА СОМАТИЧНО ПАТОЛОГІ**

ПСИХОСОМАТИЧНІ ТА СОМАТОПСИХІЧНІ АСПЕКТИ КОМОРБІДНОСТІ ПАРАНОІДНО ШИЗОФРЕНІ ТА СОМАТИЧНО ПАТОЛОГІ – У статті висвітлено результати клініко-психопатологічного, катamnестичного та експериментально-психологічного дослідження 155 пацієнтів, які страждали від параноїдної форми шизофренії із супутньою соматичною патологією. У результаті дослідження виділено типи та механізми синдромогенезу параноїдної шизофренії, коморбідно з соматичною патологією. Особливості синдромоутворення враховані при оптимізації психофармакологічної допомоги даному контингенту пацієнтів.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ – В статье освещены результаты клинико-психопатологического, катamnестического и экспериментально-психологического исследования 155 пациентов, которые страдали параноидной формой шизофрении с сопутствующей соматической патологией. В результате исследования выделены типы и механизмы синдромогенеза параноидной шизофрении, коморбидной с соматической патологией. Особенности синдромообразования учтены при оптимизации психофармакологической помощи данному контингенту пациентов.

PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC ASPECTS OF COMORBIDITY OF PARANOID SCHIZOPHRENIA AND SOMATIC PATHOLOGY – The results of clinical-psychopathological, catamnestic and experimentally-psychological research of 155 patients which suffered from the paranoid form of schizophrenia with concomitant somatic pathology are adduced in the article. As a result of research types and mechanisms of syndromogenesis of paranoid schizophrenia comorbid with somatic pathology are distinguished. The features of syndromogenesis are taken into account during optimization of psychopharmacological management to this contingent of patients.

**Ключові слова:** параноїдна форма шизофренії, синдромогенез шизофренії, коморбідність.

**Ключевые слова:** параноидная форма шизофрении, синдромогенез шизофрении, коморбидность.

**Key words:** paranoid form of schizophrenia, syndromogenesis of schizophrenia, comorbidity.

**ВСТУП** На сьогодні важливим проявом клінічного рівня патоморфозу психічних розладів, в тому числі шизофренії, вважають тенденцію до соматизації, збільшення частоти депресивних розладів, психопатоподібних станів [2, 6, 9]. Крім того, сучасний контингент пацієнтів із шизофренією відзначається високою частотою коморбідних соматичних захворювань [8, 11]. Тому психосоматичні та соматопсихічні характеристики є актуальними при дослідженні питань синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії, що перебігає із супутньою соматичною патологією, і включає в себе ряд аспектів. По-перше, нозогені, які є психогенними реакціями, що виникають у зв'язку з соматичним захворюванням, яке виступає в якості психотравмуючої події. Дані клініко-психопатологічно реакції належать до групи реак-

тивних станів, оскільки пов'язані з суб'єктивно тяжкими проявами соматичного захворювання, а також уявленнями хворого про небезпеку діагнозу, обмеженнями у побутовій та професійній діяльності, що виникають через хворобу. Клінічно психогенні утворення можуть проявлятися невротичними, афективними, патохарактерологічними і навіть маячними розладами [1, 4, 8, 12]. Наступний аспект стосується соматогенних, оскільки захворювання внутрішніх органів, різні інфекції та інтоксикації нерідко стають джерелами порушення психічного гомеостазу людини. Ці розлади належать до категорії екзогенних психічних розладів і виникають внаслідок дії на психічну сферу масивно соматично шкідливості (інфекції, інтоксикації, неінфекційні соматичні захворювання тощо) чи є ускладненнями деяких методів лікування (наприклад, депресія і мнестичні розлади після операції аортокоронарного шунтування, афективні й астеничні стани у хворих, яким проводиться гемодіаліз тощо). Клінічні прояви даних реакцій включають широкий спектр синдромів – від астеничних і депресивних станів до галюцинаторно-маячних і психо-органічних синдромів [3, 5, 7, 10]. В результаті цього у пацієнтів з поєднаною параноїдною шизофренією та соматичними захворюваннями клінічна картина формується у результаті непередбачуваного поєднання власне шизофренічно симптоматики з реактивними нозогенними та соматогенними психопатологічними феноменами. Тому питання дослідження синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії, що перебігає із супутньою соматичною патологією, є клінічно важливим і малодослідженим та потребує подальшого вивчення і систематизації.

Метою дослідження стало на основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, соціально-демографічних характеристик пацієнтів визначити закономірності синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії та коморбідній патології різних систем організму в періоді екзацербаци шизофренії, виявити особливості синдромоутворення при шизофренії залежно від коморбідності соматичних патологій різних систем організму; дослідити вплив супутнього соматичного захворювання на динаміку шизофренічно симптоматики в процесі антипсихотичної терапії.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** У ході роботи використано клініко-психопатологічний із застосуванням психометричних шкал (шкала оцінки позитивних та негативних симптомів шизофренії PANSS, шкала Гамільтона для оцінки депресії HAM-D), клініко-катamnестичний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний (дослідження розумових операцій, методика піктограм за Херсонським, опитувальник для визначення рівня особистісної та реактивно тривоги Спілбергера-Хані-

на, опитувальник для визначення якості життя “SF-36 Health Status Survey”). Пацієнтів обстежували двічі: при госпіталізації у фазі загострення парано дно шизофренії та через місяць після проведення психофармакотерапевтичного лікування на етапі формування ремісії.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ** Досліджуючи структуру клінічного формування синдромів при загостренні шизофренії та х динаміку під впливом лікування, ми обстежили за період 2008–2010 років в умовах Тернопільсько обласно клінічно комунально психоневрологічно лікарні 155 пацієнтів, яких за наявності певно соматично патології чи відсутності поділили на 5 груп, що в процесі дослідження порівнювалися між собою.

У пацієнтів із соматичною патологією різних систем організму в фазі загострення порівняно з контрольною групою достовірно частіше спостерігалася депресивна симптоматика у вигляді як простого депресивного синдрому (найчастіше в пацієнтів із нефрологічною (25 %) та кардіологічною (18,75 %) патологіями) та комплексних депресивних синдромів (тривожно-депресивного – у 23,33 % пацієнтів із гастроентерологічною та у 23,33 % із респіраторною патологіями; депресивно-іпохондричного (у 20 % респіраторною та у 18,75 % із пацієнтів з нефрологічною патологіями; депресивно-парано дного – в 15,63 % пацієнтів із нефрологічною та у 20 % пацієнтів з гастроентерологічною коморбідністю). Високий ступінь вираженості, оцінений за шкалою Гамільтона для оцінки депресії, у пацієнтів контрольно групи спостерігався достовірно рідше порівняно з групами пацієнтів із соматичними захворюваннями (з коефіцієнтом достовірності  $p < 0,05$  порівняно з групами пацієнтів із нефрологічною та кардіологічною патологіями та з коефіцієнтом достовірності  $p < 0,001$  порівняно з групами пацієнтів із гастроентерологічною та респіраторною патологіями). Результати дослідження за методикою піктограм також свідчать про достовірну вищу частоту спостереження депресивного патопсихологічного симптомокомплексу в пацієнтів із нефрологічною (у 65,63 % хворих коефіцієнт достовірності  $p < 0,001$ ) та гастроентерологічною коморбідністю (у 63,33 % пацієнтів коефіцієнт достовірності  $p < 0,05$ ) порівняно з пацієнтами контрольно групи (у 25,81 % хворих).

У фазі формування ремісії парано дно шизофренії в пацієнтів контрольно групи, достовірно частіше порівняно з усіма групами пацієнтів із коморбідними соматичними захворюваннями, спостерігалися афективні синдроми, які є клінічними індикаторами неповно редуції екзацербції шизофренічного процесу, такі як тривожний (у 41,94 % пацієнтів), obsesивно-фобічний (у 9,68 % хворих), дисфоричний синдроми (у 19,35 % пацієнтів) та синдром емоційно неадекватності (у 22,58 % пацієнтів).

Вказані синдроми хоча і не є специфічно психотичними, а швидше невротично- та психопатоподібними, проте вони є індикаторами недостатньо якості ремісії шизофренічного процесу. Меншою мірою дані синдроми, а саме дисфоричний та емоційно неадекватності, були наявні у пацієнтів із супутньою серцево-судинною патологією (у 18,75 % спостерігався маніакальний синдром, у 15,63 % пацієнтів – дисфо-

ричний). У процесі проведення психофармакологічного лікування загострення парано дно шизофренії були у пацієнтів групи порівнянні та з серцево-судинною коморбідністю. У пацієнтів даних груп психотична симптоматика порушено афективності кількісно редукувалась, зменшувалась вираженість симптомів. У пацієнтів із респіраторною, нефрологічною та гастроентерологічною коморбідністю депресивна спрямованість симптоматики поступово редукувалась і заміщувалась апато-абулічною дефіцитарною симптоматикою, що говорить про якісну редукацію афективних порушень.

Спостереження за динамікою когнітивних порушень в досліджуваних пацієнтів у процесі проведення терапії дозволили відмітити, що ступінь резидуальних симптомів когнітивного дефіциту в пацієнтів із коморбідною нефрологічною та гастроентерологічною патологіями був нижчим порівняно з пацієнтами з серцево-судинною та дихальною патологіями (на етапі формування ремісії даний синдром спостерігався у 31,25 % пацієнтів з кардіологічною і 33,33 % пацієнтів із респіраторною коморбідністю, коефіцієнт достовірності  $p < 0,1$ ), що може свідчити про наявність органічного фону в пацієнтів з кардіологічними та респіраторними захворюваннями, зумовленими вторинними енцефалопатичними змінами. Також у пацієнтів з коморбідними соматичними захворюваннями відмічалась достовірно краща редукація парано дно симптоматики, порівняно з контрольною групою, та класична семантика фабули маячення у пацієнтів останньої. Парадоксальну динаміку синдрому операційних порушень виявлено у пацієнтів із коморбідними респіраторними захворюваннями, у яких частота спостереження даних порушень істотно вища у фазі затухання загострення шизофренії, що вказувало на маскування дано симптоматики іншими психотичними порушеннями.

Дослідження синдромально характеристики порушень соматично перцепції в досліджуваних групах пацієнтів у періоді загострення шизофренії показала, що в усіх групах пацієнтів з різними соматичними патологіями, порівняно з контрольною групою хворих, спостерігалось достовірне підвищення спостереження частоти соматично занепокоєності як емоційно реакції на соматичні процеси як патологічного, так і фізіологічного характеру, оскільки тематика соматично тривожності й фокус уваги не завжди були співзвучними до реальних соматичних симптомів та тілесних відчуттів, які зумовлювались існуючим супутнім соматичним захворюванням. Також, зокрема у пацієнтів із супутніми захворюваннями сечовидільно та дихально системи, відмічалась достовірно більша частота синдромів як невротичного, так і психотичного реєстру, що стосувалися порушеного сприймання фізіологічних функцій, різноманітних патологічних тілесних сенсацій у вигляді сенестопатій, дисоціативно-конверсивних порушень чутливості із формуванням на х тлі парано дно-іпохондричних, депресивно-іпохондричних синдромів. Синдром соматопсихічно дереалізації достовірно частіше спостерігався у пацієнтів з нефрологічною (31,25 %) та респіраторною (30 %) патологіями порівняно з пацієнтами контрольно групи та групи з кардіологічною

патологією (9,38 %) (коефіцієнт достовірності  $p < 0,05$ ). Крім того, у всіх групах пацієнтів із різними соматичними патологіями, порівняно з контрольною групою хворих, спостерігалось підвищення частоти соматично занепокоєності з боку емоційно реакції на соматичні процеси як патологічного, так і фізіологічного характеру, оскільки тематика соматично тривожності й фокус уваги не завжди були співзвучними до реальних соматичних симптомів, які зумовлювались існуючим супутнім соматичним захворюванням.

На етапі формування ремісії достовірних відмінностей у частоті різних синдромів порушень соматично перцепції та інтерпретації тілесних сенсацій між групами пацієнтів із супутніми патологіями різних систем організму не було виявлено. Натомість відмічено, що у пацієнтів контрольно групи достовірно частіше відмічалися соціальна занепокоєність, соматопсихічна деперсоналізація та сенесто-іпохондричний синдром. Наявність даних синдромів свідчила про низьку якість ремісії пацієнтів з одного боку, резистентність цих синдромів у пацієнтів без супутньої соматично патології – з іншого боку. Також це говорить про те, що клінічна картина параною шизофренії у фазі загострення в пацієнтів із супутньою соматичною патологією частіше утворюється з патологічних соматичних сенсацій та патологічно інтерпретації тілесного досвіду, а на етапі формування ремісії ці феномени не є актуальними у формуванні клініки шизофренії.

У результаті дослідження виділено наступні механізми синдромогенезу при коморбідності параною шизофренії та соматично патології:

1) переважно соціальнозумовлений тип – пов'язаний з соціальними, культуральними чинниками, так званою соціальною атрибуцією ролі хворого. Синдромогенез за даним типом реалізується у пацієнтів при достатньо збереженому рівні соціально компетентності, особистісно цілісності, при задовільному соціальному орієнтуванні та функціонуванні. У клінічній картині шизофренії спостерігається велика частота реактивних нозогенних психопатологічних утворень;

2) переважно психопатологічнозумовлений тип (феноменологічний) – зумовлений наявними психопатологічними симптомами параною шизофренії як позитивного, так і негативного спектра. Синдромоутворення за даним типом визначається актуальними ендогенними патологічними симптомами, через призму яких сприймається об'єктивність супутнього соматичного захворювання;

3) сомато-біологічний тип – зумовлений переважно патоанатомічними, ноцицептивними (патофізіологічними) змінами в організмі, які достатньо виразно відрізняються від попереднього соматопсихічного досвіду особистості, й спричиняють вплив на особистісне реагування на наявність соматичного захворювання, а також впливають на формування фабули параною дних утворень, емоційні синдроми тощо. Три даному типі коморбідності у клінічну картину шизофренії включаються синдроми екогенного спектра.

У результаті дослідження вибірки пацієнтів, що страждали від параною форми шизофренії із супутніми соматичними захворюваннями, виявлено багатоваріантність коморбідних співвідношень та виділено три типи клінічно синдромологічно коморбід-

ності параною шизофренії, обтяжено соматичною патологією:

– автономний – одночасне співіснування психопатологічних синдромів власне ендогенного шизофренічного походження та психогенних, зумовлених психологічною реакцією особистості на наявність супутнього соматичного захворювання (нозогенією). При такому типі коморбідності клінічну картину параною шизофренії складають синдроми психотичного реєстру (наприклад, синдром психічного автоматизму Кандінського-Клерамбо, кататонічний ступор тощо) та психогеннозумовлені неврозоподібні включення;

– синергічно-патопластичний – утворення змішаних ендогенних і психогенних синдромів, таких як параною дно-депресивний, параною дно-іпохондричний тощо;

– дисоціативно-патопластичний – утворення атипичних складних комплексних синдромів і за механізмом синергії, а також за механізмом дисоціації у середині синдрому з випаданням характерних його складових (при депресивному синдромі заміщення ідеомоторного загальмування і формування ажитованого депресивного симптомокомплексу).

**ВИСНОВКИ** 1. Структура синдромогенезу параною шизофренії, коморбідно із соматичною патологією, носить інтеграційний характер та охоплює широкий спектр порушень афективно, волюво сфери, когнітивно, перцептивно та соціально діяльності.

2. Синдромоутворення при параною дній шизофренії та коморбідній соматичній патології може відбуватися з наступними механізмами: автономним, синергічно-патопластичним та дисоціативно-патопластичним.

3. Домінування того або іншого механізму синдромоутворення більшою мірою зумовлене клінічними характеристиками власне ендогенного захворювання, ніж особливостями психогенно ді супутнього соматичного захворювання.

4. У фазі загострення шизофренії відмічено специфічний синдромопластичний вплив симптомів супутнього соматичного захворювання на оформлення клінічних психотичних синдромів шизофренії.

5. Важливу роль у синдромоутворенні при екзацерації параною дній шизофренії у пацієнтів з коморбідною соматичною патологією відіграють явища соматопсихічно деперсоналізації.

6. У фазі формування ремісії в пацієнтів з достатньо високою преморбідним рівнем соціального та особистісного функціонування спостерігається формування нозогенних синдромів непсихотичного реєстру.

7. Децицитарна шизофренічна симптоматика згладжує нозогенний патопластичний вплив супутнього соматичного захворювання на клініку шизофренії.

8. Спотворення усвідомлення актуального соматичного захворювання у пацієнтів з параною дною формою шизофренії реалізується за трьома основними напрямками – переважно соціально-зумовленим типом, переважно психопатологічнозумовленим типом та переважно сомато-біологічним типом.

9. Наявність супутньої соматично патології опосередковано впливає на суб'єктивну оцінку пацієнтами з параною дною шизофренією параметрів свого соматичного та фізичного функціонування.

10. Оптимізація терапі парано дно шизофрені при супутніх соматичних захворюваннях полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту від призначення психотропних засобів, але і в мінімізації їх побічних ефектів і ризику ускладнень терапі.

11. Диференціальна психотерапія пацієнтів, які страждають від парано дно форми шизофрені, передбачає врахування фази захворювання, гостроти та вираженості психопатологічно симптоматики, а також якісних психопатологічних характеристик у виборі тактики психотерапевтичного впливу.

**Перспективи подальших досліджень** Зроблені висновки свідчать про синдромологічний патоморфоз парано дно шизофрені, що перебігає, є коморбідною соматичною патологією і є проміжним кроком до розширення уявлень про різносторонній вплив соматичних захворювань різних систем організму на синдромологічну реалізацію парано дно шизофрені, а також до оптимізації надання комплексно висококваліфіковано терапі даному контингенту пацієнтів.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Выборных Д. Э. К вопросу о шизофренических реакциях у больных с актуальным соматическим заболеванием // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра; под ред. А. Б. Смулевича. – М., 1999. – С. 252–256.
2. Гиндикин В. Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные расстройства // В. Я. Гиндикин. – М., Триада-Х, 2000. – 255 с.
3. Горобец Л. Н. Нейроэндокринные дисфункции у больных шизофренией. [Электронный ресурс] // Л. Н. Горобец. Режим доступа: psyend.ru/pub-gorobets.shtml
4. Ильина Н. А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии): автореф. дисс. на соис-

кание научн. степени д-ра мед. наук. / Н. А. Ильина. – М. 2006. – 58 с.

5. Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. А. Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 704 с.

6. Колотилин Г. Ф. Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении / Г. Ф. Колотилин, М. В. Яковлева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 64–66.

7. Коцюбинский А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007 – Т.17, № 2. – С. 103–107.

8. Лебедева В. Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты) автореф. дис. на соискание научн. степени док. мед. наук : 14.01.16 / Лебедева Валентина Федоровна ; “Научный центр психического здоровья РАМН” (Москва). – Томск, 2007. – 46 с.

9. Михайлов Б. В. Сучасний стан проблеми шизофрені (огляд літератури) / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010 – Т.18, вип.4 (65). – С. 39–46.

10. Вильянов В. Б. Некоторые современные особенности динамики синдромокинеза у больных параноидной шизофренией / В. Б. Вильянов, Б. Д. Цыганков // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 15–19.

11. Смулевич А. Б. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре / А. Б. Смулевич, М. А. Дробижев, С. А. Иванов // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2002. – № 7. – С. 9–13.

12. Царук Т. П. Роль реактивной лабильности в нарушениях адаптации у больных приступообразной шизофренией / Т. П. Царук // Тезисы доклада к юбилейной конференции б-цы им. П. Б. Ганнушкина в кн.: Актуальные проблемы клиники и терапии психических заболеваний и организации психиатрической помощи. – М., 1991 – С. 132–135.

Отримано 19.10.11