

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології» НАМН України, Харків

Подано результати дослідження особливостей прояву депресивних симптомів при шизофренії, рівня соціальної ізольованості, суїцидального ризику, особливостей якості життя, алекситимії та самооцінки залежно від тривалості захворювання. Виявлено негативну динаміку даних показників упродовж хроніфікації хвороби.

Ключові слова: шизофренія, депресивні розлади, патопсихологічні особливості.

Актуальність вивчення шизофренії визначається цілим рядом аспектів, серед яких необхідно виділити широку розповсюдженість цієї патології, тяжкість самого захворювання, серйозні економічні та соціальні наслідки, значні труднощі на сімейному рівні, що виявляються в різкому зниженні якості життя пацієнтів та їхніх родичів [1–3]. Медико-соціальне значення проблеми шизофренії полягає не тільки в її поширеності, але і високому ступені тимчасової та стійкої втрати працездатності, що супроводжує цю патологію [4]. Кількість інвалідів унаслідок психічних розладів зростає від 17,6 на 10 тис. населення у 1990 р. до 56,7 — в 2006 р. [5]. Відомо, що із загальної кількості зареєстрованих осіб із психічними розладами 60 % становлять пацієнти працездатного віку.

Відзначаються високі показники депресії у структурі шизофренії. При цьому дані щодо поширеності депресивних розладів у рамках шизофренічного процесу дуже суперечливі і варіюють у межах від 7 до 70 %, що пов'язано з відсутністю чітких диференційно-діагностичних критеріїв [2, 6]. Існують також труднощі диференційної діагностики депресивних станів при шизофренії, які пов'язані з тривалістю захворювання. У зв'язку з цим метою нашого дослідження стало вивчення патопсихологічних особливостей хворих на шизофренію з депресивними розладами залежно від тривалості захворювання.

Загалом було обстежено 120 хворих на шизофренію з депресивними розладами. Усіх пацієнтів було розділено на три групи порівняння залежно від тривалості захворювання: до I групи увійшли 38 пацієнтів із тривалістю хвороби менше 5 років, у II групу — 39 хворих із тривалістю захворювання 7–8 років, III групу становили 43 пацієнтів, які хворіють понад 13 років.

У дослідженні використовувалися такі методи: Калгарійська шкала депресії при шизофренії

(CDSS) [7]; короткий опитувальник ВОЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-bref) [8]; опитувальник соціальної ізольованості [9]; Торонтська шкала алекситимії [10]; Спосіб визначення суїцидального ризику [11]; тест «Знаходження кількісного вираження рівня самооцінки» С. А. Будассі [12] та методи статистичної обробки даних.

При аналізі тяжкості депресивної симптоматики у пацієнтів із шизофренією було виявлено високий загальний рівень клінічної депресії (13,43 бала). Оцінка окремих симптомів депресії в обстежених хворих за останні два тижні показала, що почуття провини і ранкова депресія у пацієнтів всіх груп були виражені незначно (рис. 1).

У пацієнтів I групи за останні два тижні відзначалося зниження настрою, що супроводжувалося смутком і занепадом духу (1,36 бала). Із симптомів депресивних проявів у них спостерігалися ранкова депресія, раннє пробудження (1,08 бала) і суїцидальні думки (1,16 бала). Слід зазначити, що в обстежених I групи депресія не була виражена (0,24 бала), що відображає особливості внутрішніх переживань пацієнтів із шизофренією на початкових етапах хвороби.

У II групі пацієнти мали високі показники депресії (2,67 бала), що виявлялося в переважанні апатії, відсутності активності та ініціативи, вираженому відчутті безнадійності (2,54 бала), наявності суїцидальних думок (2,34 бала) та ідей самоприпинення (2,02 бала). Причому показники спостережуваної депресії були у них вищими, ніж у I та III групах пацієнтів ($t = 3,651$, $p \leq 0,001$), що може вказувати на екстеріоризацію внутрішніх переживань ззовні.

Усі показники депресивних проявів у III групі хворих були дещо нижчими, ніж у II групі, більш вираженими виявилися відчуття безнадійності (1,87 бала), симптоми депресії (1,75 бала), раннього пробудження (1,62 бала), були поширені ідеї звинувачення (1,56 бала).

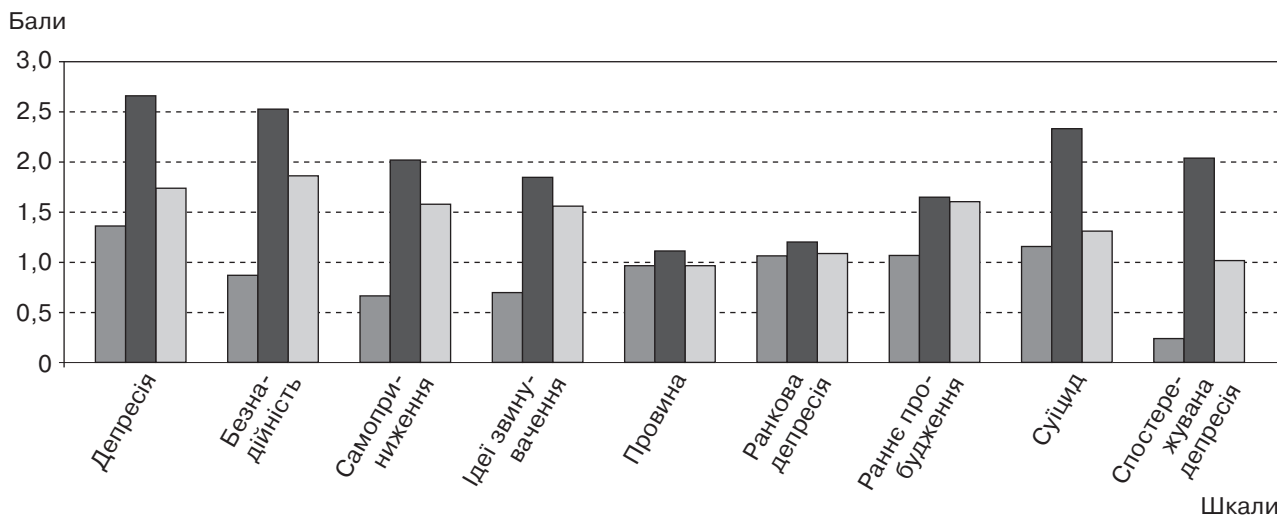


Рис. 1. Особливості депресивної симптоматики у пацієнтів із шизофренією в динаміці захворювання (за шкалою Калгарі): ■ — I група; ■ — II група; □ — III група

Аналіз відмінностей у проявах депресивної симптоматики за останні два тижні серед обстежених трьох груп продемонстрував, що відчуття безнадійності ($t = 3,956, p \leq 0,0001$), самопри-ниження ($t = 2,897, p \leq 0,01$), ідеї звинувачення ($t = 3,465, p \leq 0,0025$) були більш вираженими у хворих із тривалістю захворювання 7–8 років порівняно з пацієнтами I групи. Слід зазначити, що вираженість і тяжкість депресивних симптомів ($t = 3,112, p \leq 0,001$), а також суїцидальний ризик ($t = 2,541, p \leq 0,01$) у них були вищими порівняно з хворими I і II груп.

Результати опитувальника вираженості суїцидального ризику продемонстрували, що у пацієнтів I групи в 42,31% випадків був зафіксований високий суїцидальний ризик, а у 57,69% — низький (рис. 2).

У II групі високий суїцидальний ризик відзначався у 65,47% пацієнтів, а низький — у 34,53%. Серед пацієнтів III групи високий суїцидальний ризик зафіксований у 52,76% хворих, а низький — у 47,24%. Слід зазначити, що на початку захворювання у пацієнтів із шизофренією ризик суїциду був невисоким ($p \leq 0,01$; ДК = 2,23; МІ = 0,26), а з подальшим перебігом різко зростав ($p \leq 0,01$; ДК = 1,90; МІ = 0,22). Отримані дані необхідно враховувати для купірування суїцидального ризику у пацієнтів із тривалістю захворювання 7–8 років.

Здатність вербалізації емоційних станів у пацієнтів із шизофренією оцінювалася за допомогою Торонтської шкали алекситимії. Так, у більшості пацієнтів I групи визначався низький рівень алекситимії ($42,31 \pm 8,68\%$), у 34,62% — середній і у 23,08% — високий (рис. 3). Отримані результати свідчать, що на початку захворювання пацієнти в більшості випадків ще не відчувають труднощів у вербалізації своїх емоційних станів.

У II групі відзначалася інша ситуація: у 45,21% пацієнтів був виражений високий рівень алекситимії, у 35,12% — середній і лише у 19,67% — низький.

У більшості випадків у III групі реєструвався високий рівень алекситимії ($64,34 \pm 8,93\%$), у багатьох пацієнтів ($32,87 \pm 6,26\%$) відзначався середній рівень, натомість практично не було хворих із низьким рівнем ($2,79 \pm 0,63\%$).

Було виявлено достовірні відмінності між трьома групами. У III і II групах кількість хворих із високим рівнем алекситимії була більшою, ніж у I групі ($p \leq 0,01$; ДК = 2,92; МІ = 0,32), а пацієнтів із низьким рівнем алекситимії було більше в I групі, ніж у двох інших ($p \leq 0,01$; ДК = 3,33; МІ = 0,38). Отримані дані відображають особливості хворих на шизофренію з наявністю в клінічній картині депресивної симптоматики, які полягають у зниженні здатності вербалізувати свої

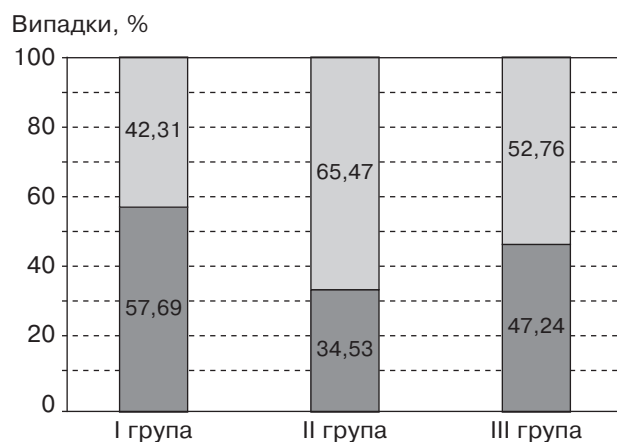


Рис. 2. Вираженість суїцидального ризику у хворих із депресивними розладами при шизофренії залежно від тривалості захворювання: □ — високий суїцидальний ризик; ■ — низький суїцидальний ризик

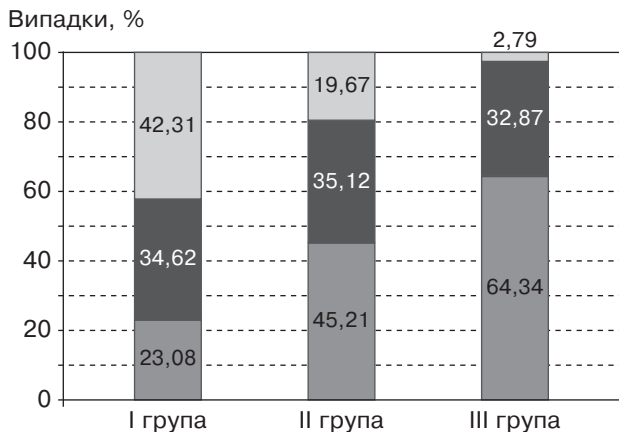


Рис. 3. Виразеність алекситимії у хворих із депресивними розладами при шизофренії залежно від тривалості захворювання: ■ — високий рівень алекситимії; ■ — середній рівень; □ — низький рівень

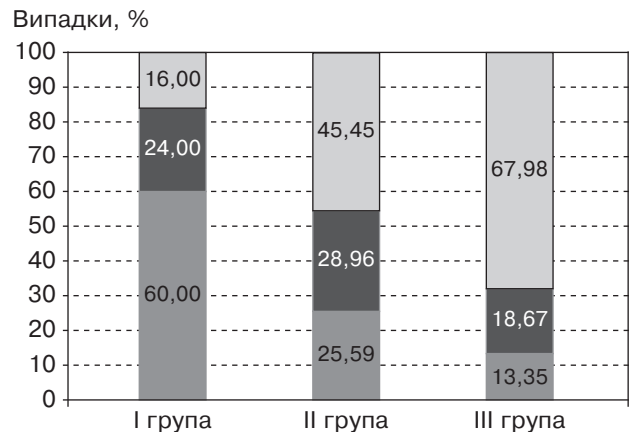


Рис. 4. Рівень соціальної ізоляції у хворих із депресивними розладами при шизофренії залежно від тривалості захворювання: □ — висока соціальна ізоляція; ■ — середня соціальна ізоляція; ■ — низька соціальна ізоляція

емоційні переживання через тривалість захворювання. Встановлено пряму залежність між терміном захворювання і рівнем алекситимії: чим більшим є стаж хвороби, то більші труднощі відчувають пацієнти у визначенні та описанні власних переживань; у них відзначалися бідність фантазії та уяви, а також сфокусованість більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Рівень соціальної ізоляції у хворих на початку захворювання в більшості випадків (60,00±10,25%) був низький, у 24,00% пацієнтів реєструвався середній рівень і у 16,00% — високий (рис. 4). Іншими словами, для хворих із депресивними розладами при шизофренії з тривалістю захворювання менше 5 років не була характерною тенденція до обмеження соціально-комунікативного простору і соціальних контактів.

У II групі, навпаки, в більшості випадків діагностувалася високий рівень соціальної ізоляції (45,45±8,83%), у 28,96% хворих відзначався середній і у 25,59% — низький рівень соціальної ізоляції. У III групі динаміка до підвищення рівня соціальної ізоляції зберігалася: у більшості пацієнтів реєструвався високий рівень соціальної ізоляції (67,98±9,15%), у 18,67% пацієнтів відзначався середній рівень, а у 13,35% — низький.

Тенденція до збільшення рівня соціальної ізоляції хворих з ознаками депресії в клінічній картині залежно від тривалості захворювання підтвердилася статистичним аналізом. Так, на початкових етапах захворювання переважав низький рівень соціальної ізоляції порівняно з II та III групами ($p \leq 0,0001$; ДК = 6,53; МІ = 1,52), тоді як тривалість захворювання (7–8 років) позначалася на посиленні ізоляції до середнього рівня ($p \leq 0,05$; ДК = 0,82; МІ = 0,02) і в міру хроніфікації (через

13 років) — до високого рівня соціальної ізоляції ($p \leq 0,025$; ДК = 1,75; МІ = 0,20).

Самооцінка хворих із депресивними розладами при шизофренії відрізнялася наявністю неадекватності. Так, у пацієнтів I групи в 52,63% випадків визначалася завищена самооцінка, в 31,58% — занижена і лише у 15,79% хворих на шизофренію з наявністю в клінічній картині депресивної симптоматики самооцінка була адекватною (рис. 5).

У хворих на шизофренію II групи відзначено зворотну тенденцію: у більшості пацієнтів (64,16±9,12%) фіксувалася занижена самооцінка, у 18,97% випадків вона була завищеною, а в 16,87% — адекватною. У половини пацієнтів (50,11±8,31%) III групи діагностувалася занижена самооцінка, у 35,13% — завищена і лише у 14,76% обстежених самооцінка була адекватною.

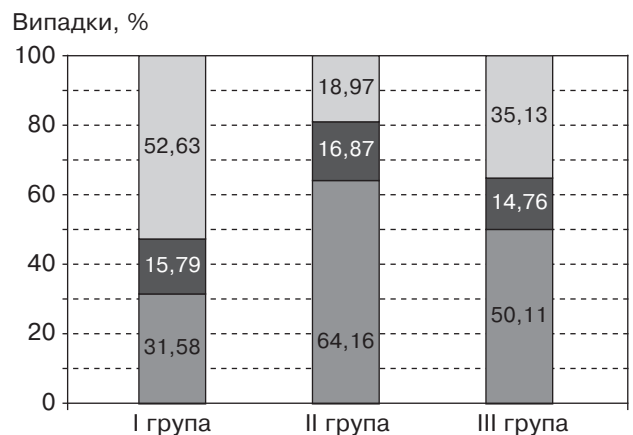


Рис. 5. Особливості самооцінки у хворих із депресивними розладами при шизофренії залежно від тривалості захворювання: □ — завищена самооцінка; ■ — адекватна самооцінка; ■ — занижена самооцінка

Особливості якості життя хворих із депресивними розладами при шизофренії залежно від тривалості захворювання за методикою WHOQOL-bref (в %)

Показники	Групи		
	I, n = 38	II, n = 39	III, n = 43
Фізичне благополуччя	67,47±10,40*	46,45±8,94*	43,98±7,83*
Психологічне благополуччя	64,49±10,38*	43,98±8,66*	34,76±6,68*
Міжособистісні стосунки	58,97±10,20*	35,43±7,49*	35,83±6,83*
Навколишнє середовище	67,50±10,40	51,24±9,41	49,34±8,36

* Відмінності достовірні на рівні $p \leq 0,05$.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що кількість пацієнтів із завищеною самооцінкою більша на початку захворювання, ніж після 6 ($p \leq 0,0001$; ДК = -4,43; МІ = 0,75) і 13 ($p \leq 0,05$; ДК = 2,68; МІ = 0,22) років, тоді як кількість хворих із заниженою самооцінкою була більшою в період терміну захворювання 7–8 років ($p \leq 0,0001$; ДК = 3,08; МІ = 0,50).

Оцінка якості життя пацієнтів із депресивними розладами при шизофренії проводилася за допомогою методики WHOQOL-bref (таблиця). Показники якості життя хворих із тривалістю захворювання менше 5 років були вищими за середні: 67,47% — фізичне благополуччя, 67,70% — навколишнє оточення, 64,49% — психологічне благополуччя і 58,97% — міжособистісна взаємодія (таблиця). При тривалості захворювання 7–8 років суб'єктивне сприйняття пацієнтами якості свого життя різко знижувалося. Нижче середнього пацієнти цієї групи оцінювали міжособистісні стосунки (35,43±7,49%), стан свого здоров'я (46,45±8,94%) і психологічне благополуччя (43,98±8,66%). Задоволеність навколишнім оточенням відповідала середньому рівню і становила 51,24%.

В умовах хроніфікації хвороби (через 13 років) показники якості життя хворих на шизофренію з наявністю депресивних розладів були досить низькими: 43,98±7,83% пацієнтів не були задоволені своїм станом здоров'я, психологічним благополуччям — 34,76±6,68%, стосунками з людьми — 35,83±6,83% і навколишнім оточенням в цілому — 49,34±8,36%.

Було отримано достовірні відмінності між групами, що відображають негативну динаміку суб'єктивного сприйняття якості життя пацієнтами з шизофренією залежно від тривалості захворювання: задоволеність своїм станом здоров'я ($p \leq 0,025$; ДК = 1,62; МІ = 0,17), психологічним благополуччям ($p \leq 0,05$; ДК = 1,66; МІ = 0,17) і соціальними контактами ($p \leq 0,01$; ДК = 2,21; МІ = 0,26) знижувалася в процесі хвороби.

Отже, при порівнянні хворих на шизофренію із симптомами депресії було встановлено, що такі симптоми найбільш виражені у пацієнтів

із тривалістю захворювання 7–8 років. Рівень суїцидального ризику, соціальної ізоляції, нездатність вербалізувати свої емоційні переживання та незадоволеність собою і якістю свого життя (станом здоров'я, психологічним благополуччям та соціальними контактами) — все це мало тенденцію до зростання упродовж перебігу захворювання.

Отримані дані слід урахувувати при проведенні диференційованої (залежно від тривалості захворювання) фармако- та психотерапії у хворих на шизофренію з депресивними розладами.

Список літератури

1. *Мазаева Н. А.* Шизофрения: пренатальные и постнатальные факторы риска / Н. А. Мазаева // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2012.— Т. 112, № 5.— С. 98–107.
2. *Марута Н. О.* Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): метод. рек. / Н. О. Марута, А. М. Бачериков.— Харків, 2001.— 20 с.
3. *Марута Н. А.* Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 1 (50).— С. 21–24.
4. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении / Ю. С. Бубнова, В. В. Дорофейков, Г. Э. Мазо, Н. Н. Петрова // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2012.— № 4.— С. 12–19.
5. *Напреенко О. К.* Шизофрения з симптомами депресії: клінічні прояви та лікування творилом (тіорідазіном) / О. К. Напреенко, В. О. Процик, Л. С. Пампуха // Укр. вісн. психоневрології.— 2006.— Т. 14, вип. 1 (46).— С. 90–92.
6. *Мазо Г. Э.* Депрессивные нарушения в клинике эндогенных психозов (клинико-фармакотерапевтическое исследование): автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г. Э. Мазо.— СПб., 2005.— 27 с.
7. *Addington D.* Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale /

- D. Addington, J. Addington, E. Maticka-Tyndale // Schizophrenia Res.— 1992.— Vol. 6.— P. 201–208.
8. Programme on Mental Health / World Health Organization WHOQOL-bref Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment.— Geneva, 1996.— 18 p.
9. *Фетискин Н. П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов.— М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.— 490 с.
10. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский: учеб. пособ.— Самара: БАХРАХ-М, 2001.— 672 с.
11. Пат. 40454А, МПК7 А61В 10/00. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику.— ХДМУ.— № заяв. 2001021010 від 13.02.01.— Надрук. 2001, бюл. 6.
12. *Никиреева Е. М.* Нахождение количественного выражения уровня самооценки (по С. А. Будасси) / Е. М. Никиреева // Психологические особенности направленности личности: учеб. пособ.— М.: МПСИ, 2007.— 72 с.

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Л. В. МАЛЮТА

Представлены результаты исследования особенностей проявления депрессивных симптомов при шизофрении, уровня социальной изолированности, суицидального риска, особенностей качества жизни, алекситимии и самооценки в зависимости от длительности заболевания. Выявлена негативная динамика данных показателей по мере хронификации болезни.

Ключевые слова: шизофрения, депрессивные расстройства, патопсихологические особенности.

**PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH SHIZOPHRENIA
WITH DEPRESSIVE DISORDERS DEPENDING ON THE DISEASE DURATION**

L. V. MALIUTA

The findings about the features of manifestation of depressive symptoms in schizophrenia, the level of social isolation, risk of suicide, features of the quality of life, self-esteem and alexithymia depending on the duration of the disease are presented. Negative dynamics of the features during the disease were identified.

Key words: schizophrenia, depressive disorders, pathopsychological features.

Надійшла 19.01.2016