

С. А. Ярославцев

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (этиопатогенетические, социодемографические и общие клинические аспекты)

С. О. Ярославцев

Прогностичні предиктори формування коморбідних психічних і поведінкових розладів при шизофренії (етіопатогенетичні, соціодемографічні та загальні клінічні аспекти)

S. O. Yaroslavtsev

Prognostic predictors formation of comorbid mental and behavioral disorders in schizophrenia (etiopathogenetic, socio-demographic and general clinical aspects)

Обследовано 160 больных шизофренией с коморбидными депрессивными (36 больных), тревожно-компульсивными (33 больных) расстройствами и расстройствами личности (21 больной); а также 70 больных с аддикциями (36 больных с химическими зависимостями и 34 — с нехимическими вариантами зависимостей). Контрольную группу исследования составили 35 больных шизофренией без коморбидной психической и поведенческой патологии.

Проанализированы социодемографические данные (пол, возраст, образование, занятость); этиологическая структура болезни (наследственность, наличие перинатальной патологии и преморбидных особенностей личности, патогенные факторы, предшествовавшие болезни) и общие клинические проявления заболевания (возраст манифестации, длительность, форма и тип течения психоза, его синдромальная структура).

По результатам исследования выделены прогностические предикторы конкретных форм коморбидной психопатологии при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидные психические и поведенческие расстройства, прогностические предикторы

Обстежено 160 хворих на шизофренію з коморбідними депресивними (36 хворих), тривожно-компульсивними (33 хворих) розладами і розладами особистості (21 хворий); а також 70 хворих з адикціями (36 хворих з хімічними залежностями та 34 — з нехімічними варіантами залежностей). Контрольну групу дослідження склали 35 хворих на шизофренію без коморбідної психічної і поведінкової патології.

Проаналізовано соціодемографічні дані (стать, вік, освіта, зайнятість); етіологічна структура хвороби (спадковість, наявність перинатальної патології та преморбідні особливості особистості, патогенні чинники, що передували маніфестації хвороби) і загальні клінічні прояви захворювання (вік маніфестації, тривалість, форма і тип перебігу психозу, його синдромальна структура).

За результатами дослідження виокремлено прогностичні предиктори конкретних форм коморбідної психопатології при шизофренії.

Ключові слова: шизофренія, коморбідні психічні та поведінкові розлади, прогностичні предиктори

There were examined 160 schizophrenic patients with comorbid depression (36 patients), anxiety and compulsive disorders (33 patients) and personality disorders (21 patients); as well as 70 patients with addiction (36 patients with chemical dependencies and 34 — with non-chemical variants of dependencies). The control group consisted of 35 schizophrenic patients without comorbid mental and behavioral pathology.

There were analyzed the socio-demographic data (gender, age, education, employment); etiological structure of the disease (family history, presence of perinatal pathology and premorbid personality traits, the pathogenic factors preceding the disease) and common clinical manifestations of the disease (age of onset, duration, type of psychosis course, its syndromal structure).

The study identified the prognostic predictors of specific forms of comorbid psychopathology in schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, comorbid mental and behavioral disorders, prognostic predictors

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные шизофрении, до сих пор актуальными остаются вопросы ее своевременной диагностики и эффективной терапии. В качестве одного из весомых факторов, значительно затрудняющих диагностику и снижающих эффективность лечения шизофрении, выступает её частая коморбидность с рядом психических заболеваний [1, 3, 8, 11].

В современной медицинской литературе психиатрическая коморбидность определяется как наличие у пациента одного или более сопутствующих психических расстройств, каждое из которых считается самостоятельным и диагностируется независимо от другого [5].

В качестве таких заболеваний при шизофрении выделяют депрессии, расстройства личности, химические и нехимические зависимости, обсессивно-компульсивные и другие тревожные расстройства [3, 5, 7].

Данные исследований подтверждают, что наличие коморбидных расстройств отрицательно влияет на терапевтический прогноз, увеличивает продолжительность сроков госпитализации и стоимость лечения, значительно ухудшает качество жизни пациента и по-

вышает риск суицида [5, 6, 9—11]. При этом в настоящее время не установлены предикторы формирования коморбидной психической патологии при шизофрении, отсутствуют четкие критерии диагностики и прогноза таких состояний.

В связи с чем целью настоящего исследования явилось — изучить социодемографические, наследственные, внешнесредовые и клинко-психопатологические предикторы формирования коморбидных психических и поведенческих расстройств при шизофрении.

В работе использован клинко-психопатологический метод (сбор и анализ анамнестических данных, жалоб пациентов, оценка их клинического состояния, социального, психического и соматоневрологического состояния), дополненный применением системы AUDIT-подобных тестов для выявления различного рода зависимостей, а также клинко-статистический метод для обработки полученных данных (метод последовательного статистического анализа, Е. В. Гублер) [2, 4].

Основную группу исследования составили 160 человек, которые были разделены на пять групп: 1-я группа включала 36 больных шизофренией с депрессивными расстройствами (F32, F33); 2-я группа — 33 больных шизофренией с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными

расстройствами (F40, F41, F42); 3-я группа — 21 больного шизофренией с расстройствами личности (F 60); 4-я группа — 36 больных шизофренией с химическими зависимостями (F10.20; F15.21; F17.21); и 5-я группа — 34 больных шизофренией с нехимическими вариантами зависимостей (F63.0; F50.9).

Контрольную группу исследования составили 35 больных шизофренией без коморбидных психических и поведенческих расстройств.

В ходе исследования были проанализированы социодемографические данные (пол, возраст, образование, занятость); этиологические факторы болезни (наследственность, наличие перинатальной патологии и преморбидных особенностей личности, патогенные факторы, предшествовавшие болезни) и клиничко-психопатологические проявления заболевания (возраст манифестации, длительность, форма и тип течения психоза, его синдромальная структура).

В соответствии с показателями социодемографического анализа, значимых различий по полу, возрасту и уровню образования между выделенными основными и контрольной группами обнаружено не было.

При этом достоверно более низкий уровень профессионального статуса отмечался у больных шизофренией, коморбидной с тревожно-компульсивными расстройствами (78,8 % неработающих), расстройствами личности (81,0 % неработающих) и химическими зависимостями (77,8 % неработающих), по сравнению с контрольной группой (57,1 % неработающих), при $p \leq 0,05$.

По уровню семейного статуса достоверно более низкие показатели отмечались у больных шизофренией с коморбидными личностными расстройствами (80,9 % одиноких/разведенных) и с химическими вариантами зависимостей (66,6 % одиноких/разведенных), по сравнению с контрольной группой (54,3 % одиноких/разведенных), при $p \leq 0,05$.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что больные шизофренией с коморбидными химическими аддикциями и расстройствами личности характеризуются низким уровнем социальной адаптации (низкие показатели как семейного, так и профессионального положения). У больных же с коморбидными тревожно-компульсивными расстройствами, несмотря на низкий профессиональный статус, семейный статус остается сохранным. Следовательно, низкий уровень как семейной, так и профессиональной адаптации могут выступать в качестве предикторов расстройств личности и химических аддикций при шизофрении. Предиктором же тревожно-компульсивных расстройств выступает низкий профессиональный статус.

Анализ этиологических характеристик обследованных больных показал, что у больных шизофренией, как в основных, так и в контрольной группах, отмечалось преобладание наследственной отягощенности расстройствами шизофренического спектра. При этом наибольшие показатели наследственной отягощенности в целом различными вариантами психической патологии отмечались у больных с коморбидными депрессивными и тревожно-компульсивными расстройствами. Однако статистически значимые различия по фактору наследственной отягощенности были зафиксированы лишь по одному из полученных показателей: в наследственности больных шизофренией с коморбидными депрес-

сивными расстройствами значимо чаще фиксировалась отягощенность аффективными расстройствами (25,0 %), по сравнению с контрольной группой (8,6 %), $p \leq 0,05$. Полученные данные свидетельствуют о роли наследственности в формировании депрессивной патологии при шизофрении, а наличие наследственной отягощенности аффективной патологией может рассматриваться в качестве одного из предикторов формирования коморбидных шизофренических депрессивных расстройств (ДК = -4,65; МИ = 0,38).

Среди патогенных факторов, предшествовавших манифестации эндогенного процесса у больных с коморбидными расстройствами, чаще всего отмечалось наличие перинатальной патологии и психопатических черт в преморбиде. При этом в этиопатогенезе коморбидных депрессивных расстройств значимая роль отводилась перинатальной патологии, которая отмечалась у 47,2 % больных, и злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ) до начала манифестации заболевания (25,0 %, по сравнению с контрольной группой (25,7 % и 8,3 %), $p \leq 0,05$; в патогенезе тревожно-компульсивных расстройств при шизофрении значимую роль играли психотравмирующие факторы и перинатальная патология, которые отмечались у 39,4 % и 45,5 % больных, соответственно, в то время как в контрольной группе эти показатели составили 17,1 % и 25,7 %, $p \leq 0,05$; в генезе расстройств личности и нехимических форм аддикций выявлено наличие психопатических черт в преморбиде (в 76,2 % и 47,1 % случаев), при сравнении с контрольной группой (25,7 %), $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$, соответственно. А у больных шизофренией с коморбидными химическими зависимостями еще до манифестации шизофренической патологии отмечалось более частое злоупотребление ПАВ (в 33,3 % случаев), по сравнению с контрольной группой (8,3 %), при $p \leq 0,05$.

Таким образом, среди патогенных факторов, предшествовавших манифестации психоза, в качестве предикторов формирования коморбидных психических расстройств у больных шизофренией выступали: при коморбидных химических зависимостях — злоупотребление ПАВ до манифестации психоза (ДК = -5,9; МИ = 0,73); при тревожно-компульсивных расстройствах — психотравмирующие факторы (ДК = -3,24; МИ = 0,31) и перинатальная патология (ДК = -2,47; МИ = 0,24); при депрессивных расстройствах — перинатальная патология (ДК = -2,64; МИ = 0,28) и злоупотребление ПАВ до начала манифестации психоза (ДК = -4,65; МИ = 0,38); при расстройствах личности и нехимических вариантах зависимостей — психопатические преморбидные черты (ДК = -4,72; МИ = 1,19; и ДК = -2,62; МИ = 0,28).

При анализе общих клиничко-психопатологических особенностей эндогенного процесса у больных выделенных групп значимых различий в возрасте манифестации психоза между группами обнаружено не было. Было показано, что значимо меньшей длительностью психоза характеризовались больные с коморбидными тревожно-компульсивными расстройствами (8,0 лет), по сравнению с группой контроля (12,2 года), при $p \leq 0,05$. Подобные результаты могут свидетельствовать о том, что тревожно-компульсивные расстройства характерны начальным этапам прогрессирования эндогенного процесса, а со временем его развития, вероятнее всего, трансформируются в проявления параноидного круга.

Наибольшее количество госпитализаций за время заболевания психозом отмечалось у больных с коморбидными депрессивными расстройствами (11,5), по сравнению с контрольной группой (9,2), $p \leq 0,05$. Соотношение показателей длительности заболевания и количества госпитализаций показало, что больные с тревожно-компульсивными расстройствами госпитализировались чаще одного раза в год (1,3), по сравнению с группой контроля, где частота госпитализаций составила 0,75, что косвенно может свидетельствовать о большей тяжести и большей частоте обострений шизофрении, коморбидной с тревожно-компульсивными расстройствами.

При распределении обследованных больных по форме шизофрении во всех группах отмечалось достоверное преобладание параноидной формы. При этом у больных шизофренией с коморбидными депрессивными расстройствами, химическими и нехимическими аддикциями параноидная форма шизофрении отмечалась значительно реже (в 58,3 %, 58,3 % и 58,8 % случаях), чем в контрольной группе (80,0 %), $p \leq 0,05$. Таким образом, наличие непараноидных форм шизофрении может рассматриваться в качестве одного из предикторов наличия коморбидных депрессивных (ДК = 1,37; МИ = 0,15) и аддиктивных, как химических (ДК = 1,37; МИ = 0,15), так и нехимических (ДК = 1,34; МИ = 0,14) расстройств.

Распределение обследованных больных по типу течения шизофрении показало преобладание приступообразно-прогредиентного типа у больных всех выделенных групп. При этом у больных с коморбидными нехимическими вариантами аддиктивных расстройств достоверно более часто встречался рекуррентный тип течения (32,4 %), по сравнению с контрольной группой (14,3 %), $p \leq 0,05$. Следовательно, рекуррентный тип течения шизофрении может рассматриваться в качестве предиктора формирования коморбидных нехимических вариантов аддикций (ДК = -3,55; МИ = 0,32).

В ходе анализа основных психопатологических синдромов было получено, что у больных шизофренией с коморбидными депрессивными расстройствами помимо ведущего депрессивного синдрома в клинической картине достоверно чаще регистрировались астенический (44,4 %) и апатический (19,4 %) синдромы, по сравнению с контрольной группой (20,0 и 2,9 %, соответственно), $p \leq 0,05$. Данные больные характеризовались наличием сочетанных вариантов психопатологических синдромов с преобладанием аффективных нарушений в виде депрессии с астеническими, галлюцинаторно-параноидными, апатическим и тревожными компонентами. При сочетании депрессивной симптоматики с галлюцинаторно-параноидной в клинической картине был отчетливо выражен тревожный, витальный компонент, при этом бредовые идеи отношения тесно переплетались с депрессивными переживаниями малоценности и самообвинения. В случаях сочетания депрессивного синдрома с астеническим или же апатическим синдромами аффективная симптоматика была более размытой, витальный компонент был редуцирован, а имеющие место продуктивные галлюцинаторно-параноидные проявления, как правило, оставались обособленными и лишеными чувственной окраски. На первый план выходили астено-апатические симптомы, а аффективная симптоматика была размытой, стертой, и проявлялась на уровне субдепрессивных проявлений.

При шизофрении с коморбидными тревожно-обсессивными расстройствами помимо ведущего обсессивно-фобического синдрома достоверно чаще регистрировался ипохондрический синдром (36,4 %), по сравнению с контрольной группой (17,1 %). В клинике данных больных преимущественно отмечалось сочетание обсессивно-фобического синдрома с галлюцинаторно-параноидным, ипохондрическим и паранойяльным синдромами. При этом следует отметить, что фабула галлюцинаторно-параноидных и паранойяльных проявлений тематически, как правило, не были связаны с обсессивно-фобическими переживаниями, а развивались параллельно. В то время как обсессивно-фобические и ипохондрические переживания чаще всего были объединены.

У больных шизофренией с коморбидными расстройствами личности в качестве ведущего синдрома также чаще выступал ипохондрический (52,4 %), по сравнению с контрольной группой (17,1 %), $p \leq 0,01$. При этом в отличие от больных с обсессивно-тревожными расстройствами, ипохондрическая симптоматика была лишена тревожного компонента, а на первый план выходили паранойяльные проявления.

Клиническая картина шизофрении, осложненной химическими аддиктивными расстройствами характеризовалась значимым преобладанием депрессивного синдрома (44,4 %), по сравнению с контрольной группой, где наличие депрессивного синдрома отмечалось лишь у 22,9 % больных ($p \leq 0,01$). Наиболее типичным для больных данной группы было сочетание галлюцинаторно-параноидной и депрессивной симптоматики. При этом депрессивные проявления имели, как правило, субпсихотический характер и сочетались с компонентами тоски, тревоги и соматовегетативными нарушениями.

Значимых различий в синдромальной структуре больных с коморбидными нехимическими аддиктивными расстройствами и больными контрольной группы обнаружено не было. В качестве преобладающих синдромов у данных больных, как и у пациентов контрольной группы, отмечались галлюцинаторно-параноидный и паранойяльный.

Полученные результаты позволяют констатировать, что наличие конкретных психопатологических синдромов в клинической картине шизофрении может рассматриваться в качестве диагностических факторов коморбидной психопатологии. Прогностическими предикторами депрессивных расстройств при шизофрении выступают депрессивный (ДК = -6,41; МИ = 2,47), апатический (ДК = -8,33; МИ = 0,69) и астенический (ДК = -3,47; МИ = 0,42) психопатологические синдромы; предиктором тревожно-компульсивных расстройств — обсессивно-фобический (ДК = -6,99; МИ = 2,8) и ипохондрический (ДК = -3,27; МИ = 0,31) синдромы; предиктором расстройств личности — ипохондрический синдром (ДК = -4,85; МИ = 0,85); а предиктором химических аддикций — депрессивный синдром (ДК = -2,89; МИ = 0,31).

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют выделить конкретные этиопатогенетические, социодемографические и общие клинические прогностические предикторы коморбидных психических и поведенческих расстройств при шизофрении.

Так, в качестве прогностических предикторов коморбидных шизофрении депрессивных расстройств

выделены: наличие наследственной отягощенности аффективной патологией (ДК = -4,65; МИ = 0,38), перинатальной патологии (ДК = -2,64; МИ = 0,28), злоупотребление ПАВ до начала манифестации психоза (ДК = -4,65; МИ = 0,38); более 10 госпитализаций за время заболевания психозом (ДК = -2,89; МИ = 0,35); непараноидные формы шизофрении (ДК = -1,37; МИ = 0,15); наличие депрессивного (ДК = -6,41; МИ = 2,47), апатического (ДК = -8,33; МИ = 0,69) и астенического (ДК = -3,47; МИ = 0,42) психопатологических синдромов.

Прогностическими предикторами коморбидных шизофрении тревожно-компульсивных расстройств выступают профессиональная дезадаптация (ДК = -3,05; МИ = 0,33); наличие в преморбиде заболевания перинатальной патологии (ДК = -2,47; МИ = 0,24) и психотравмирующих факторов (ДК = -3,24; МИ = 0,31); частота госпитализаций более 1-го раза в год (ДК = -3,27; МИ = 0,37); наличие доминирующих обсессивно-фобического (ДК = -6,99; МИ = 2,8) и ипохондрического (ДК = -3,27; МИ = 0,31) синдромов.

В качестве прогностических факторов расстройств личности, коморбидных шизофрении, выступают сочетания следующих характеристик: низкий уровень профессиональной (ДК = -3,52; МИ = 0,42) и семейной адаптации (ДК = -1,74; МИ = 0,23); наличие психопатических черт в преморбиде (ДК = -4,72; МИ = 1,19); ведущий ипохондрический синдром (ДК = -4,85; МИ = 0,85);

Предикторами химических аддикций при шизофрении выступают низкий уровень профессиональной (ДК = -2,85; МИ = 0,29) и семейной адаптации (ДК = -2,12; МИ = 0,22); злоупотребление ПАВ до манифестации психоза (ДК = -5,9; МИ = 0,73); непараноидные формы шизофрении (ДК = 1,37; МИ = 0,15); наличие в клинике депрессивного синдрома (ДК = -2,89; МИ = 0,31);

В качестве предикторов нехимических вариантов аддиктивных расстройств при шизофрении представлены: наличие психопатических черт в преморбиде (ДК = -2,62; МИ = 0,28); рекуррентный тип течения (ДК = -3,55; МИ = 0,32) и непараноидные формы шизофрении (ДК = -1,34; МИ = 0,14).

Представленные данные могут быть использованы в качестве диагностических маркеров коморбидной шизофрении психопатологии.

Список литературы

1. Барденштейн Л. М. Коморбидные формы психических заболеваний [Текст] / Л. М. Барденштейн, Б. Н. Пивень. — М.: РИФ «Стройматериалы», 2008. — 120 с.
2. Гублер Е. В. Математические методы анализа и распознавания патологических процессов [Текст] / Е. В. Гублер. — Л.: Медицина, 1978. — 294 с.
3. Джонс Питер Б. Шизофрения [Текст]: клин. руководство / Питер Б. Джонс, Питер Ф. Бакли; пер. с англ. Н. А. Мазаева; под общ. ред. проф. С. Н. Мосолова. — М.: МЕДпрессинформ, 2008. — 192 с.
4. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Новости украинской психиатрии. — Киев; Харьков, 2009. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.
5. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты [Текст] / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2013. — 30.12.2013. — С. 38—39.
6. Смулевич А. Б. Расстройства личности и шизофрения [Текст] / А. Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 1. — С. 8—15.
7. Проблемы коморбидности у больных шизофренией [Текст]: сб. тез. науч.-практ. конф. с международным участием (Новосибирск, 20—21 мая 2014 г.) / под науч. ред. чл.-корр. РАНН Н. А. Бохана. — Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2014. — 142 с.
8. Шмуклер А. Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях: достижения и дискуссионные вопросы [Текст] / А. Б. Шмуклер. — М., 2011. — 84 с.
9. Balon, R. Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface [Text] / R. Balon, T. N. Wise // Advances in Psychosomatic Medicine. — 2015. — Vol. 34. — 164 p.
10. Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and functioning in schizophrenia [Text] / Chwastiak L. A., Rosenheck R. A., McEvoy J. P. [et al.] // Psychiatric Services. — 2006. — № 57(8). — P. 102—109.
11. Comorbidity of Mental and Physical Disorders [Text] / N. Sartorius, R. I. G. Holt, Maj M. (eds.) // Key Issues in Mental Health. — 2015. — Vol. 179. — 188 p.

Надійшла до редакції 30.04.2015 р.

ЯРОСЛАВЦЕВ Сергей Александрович, внештатный научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: mscience@ukr.net

YAROSLAVTSEV Serhii, Out-Staff Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net