

*О. Є. Сماشна, асистент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології*

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

## СТРУКТУРА АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ, КОМОРБІДНОЇ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

У статті подані результати дослідження порушень афективної сфери у 155 пацієнтів з параноїдною шизофренією та супутньою соматичною патологією, досліджено динаміку афективних порушень в процесі психотропного лікування. В процесі дослідження виявлено, що при загостренні параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичними захворюваннями різних систем організму, спостерігалась більша збереженість цілісності емоційних процесів, що було підґрунтям для формування клінічно і феноменологічно складних депресивних синдромів. На етапі формування ремісії дисоціативність емоційних процесів при параноїдній шизофренії без соматичної коморбідності зумовлювала клінічну резистентність шизофренічної симптоматики до проведених терапевтичних втручань. Синдроми емоційних порушень впливали на оцінку пацієнтами, що страждають на параноїдну шизофренію та супутню соматичну патологію, якості соматичного та психологічного функціонування та потребували диференційованого психотерапевтичного підходу в залежності від типології афективних порушень.

*Ключові слова:* параноїдна форма шизофренії, коморбідна з соматичною патологією, афективні порушення, диференціальна психотерапія

Патоморфоз шизофренії на сучасному етапі характеризується збільшенням питомої ваги афективних порушень та зменшення рівня деструктивних психопатологічних синдромів [4]. На сьогоднішній день існує два основних клінічних аспекти дослідження афективних порушень, що спостерігаються у пацієнтів з параноїдною шизофренією та супутньою соматичною патологією. Перший аспект стосується афективних порушень у клінічній картині шизофренії, зокрема депресивних порушень, частота яких, за даними різних авторів, сягає від 25 до 80 % випадків [1—3, 6—8, 10—13, 15, 16]. В рамках даного підходу афективні порушення розглядають на різних етапах перебігу шизофренічного процесу — у періоді екзацербачії захворювання чи поза психотичним нападом — на доманіфестному етапі чи на етапі формування ремісії (постшизофренічні та вторинні депресії) [3, 12, 14, 16]. Депресивна симптоматика в рамках параноїдної шизофренії може бути пов'язана з органічними факторами, в тому числі і фармакогенними побічними ефектами [8, 9]. Інший аспект даного питання — це афективні порушення при соматичних захворюваннях. В літературі виділяють чотири форми взаємодії депресії і соматичних захворювань: 1) депресія може проявлятися у вигляді соматичних розладів (масковані, соматизовані депресії); 2) депресивна симптоматика може бути наслідком соматичного захворювання, наприклад, інфаркту міокарду або інсульту; 3) співіснування депресії і соматичного захворювання; 4) прийом деяких соматотропних фармакологічних середників (наприклад, антигіпертензивні препарати, кортикостероїди) може сприяти розвитку депресії [7, 8, 14]. Нозологія афективних станів не вичерпується лише соматогенними емоційними розладами, які безпосередньо пов'язані з перебігом соматичного захворювання. Поряд з ними спостерігаються також і нозогенні афективні порушення — афективні реакції на констеляцію психогенних та ситуаційних факторів, пов'язаних з семантичною значимістю діагнозу, усвідомленням небезпеки захворювання, фізичними стражданнями, зміною якості життя [9, 10]. В даній статті показані результати дослідження клінічних особливостей та динаміки афективних порушень у пацієнтів з параноїдною шизофренією та коморбідними соматичними захворюваннями різних систем організму.

Метою цього дослідження було дослідити особливості афективних порушень у пацієнтів з параноїдною формою шизофренії та супутніми соматичними захворюваннями різних систем організму; виявити закономірності динаміки емоційних порушень серед даного контингенту пацієнтів в період екзацербачії та на етапі формування ремісії шизофренії.

Для реалізації мети дослідження за період 2008—2010 років в умовах Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 155 пацієнтів, що страждали на параноїдну форму шизофренії та коморбідні захворювання різних систем організму (1 група (контрольна група) — 31 пацієнт з параноїдною формою шизофренії без коморбідної соматичної патології, 2 група — 32 пацієнти з коморбідною патологією сечовидільної системи, 3 група — 32 пацієнти з коморбідною патологією серцево-судинної системи, 4 група — 30 пацієнтів з коморбідною патологією шлунково-кишкового тракту, 5 група — 30 пацієнтів з коморбідною патологією дихальної системи).

Методи обстеження: клініко-психопатологічний з застосуванням психометричних шкал (шкала оцінки позитивних та негативних симптомів шизофренії PANSS, шкала для оцінки депресії HAMD), клініко-катамнестичний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний (дослідження мислительних операцій, методика піктограм за Херсонським, опитувальник для визначення рівня особистісної та реактивної тривоги Спілбергера — Ханіна, опитувальник для визначення якості життя «SF-36 Health Status Survey»). Пацієнтів обстежували двічі: при надходженні у фазі загострення параноїдної шизофренії та вдруге — через місяць після проведення психофармакотерапевтичного лікування на етапі формування ремісії.

У фазі загострення при порівнянні досліджуваних груп з контрольною не виявлено достовірних відмінностей у психометричній оцінці психічного стану за шкалою PANSS (загальна оцінка за шкалою 116,72—121,87), що вказує на відсутність полегшуючого впливу коморбідного соматичного захворювання на гостроту психічного стану при екзацербачії шизофренії. Якісна психопатологічна структура афективних порушень у досліджуваних пацієнтів у фазі загострення шизофренічного процесу наведена у таблиці 1.

Таблиця 1

**Афективні симптомокомплекси у фазі загострення параноїдної шизофренії, що перебігає з супутньою соматичною патологією**

Афективні симптомокомплекси	Контрольна група n = 31		Пацієнти з нефрологічною патологією n = 32		Пацієнти з серцево-судинною патологією n = 32		Пацієнти з гастроентерологічною патологією n = 30		Пацієнти з респіраторною патологією n = 30	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
депресивний	3	9,68	8	25	6	18,75	4	13,33	1	3,33
тривожний	9	29,03	10	31,25	9	18,75	7	23,33	5	16,67
тривожно-депресивний	2	6,45	3	9,38	3	9,38	7	23,33	7	23,33
депресивно-іпондричний	1	3,23	6	18,75	2	6,25	2	6,25	6	20
депресивно-параноїдний	1	3,23	5	15,63	0		6	20	1	3,33
депресивно-динамічний	2	6,45	2	6,25	3	9,38	1	3,33	2	6,67
обсесивно-фобічний	3	9,68	5	15,63	1	3,13	6	20	2	6,67
емоційної неадекватності	8	25,81	2	6,25	2	6,25	2	6,67	5	16,67
маніакальний	3	9,68	2	6,25	6	18,75	3	10	2	13,33
дисфоричний	5	16,13	3	9,38	5	15,63	7	23,33	1	3,33

Також вираженість депресивної симптоматики у досліджуваних пацієнтів оцінювалась за психометричною шкалою Гамільтона для оцінки депресії. На рисунку 1 показано розподіл досліджуваних пацієнтів за вираженістю депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона у фазі загострення.

Узагальнюючи структуру порушень афективної сфери у досліджуваних пацієнтів у фазі загострення, можна виокремити так: у пацієнтів з соматичною патологією різних систем організму в порівнянні з контрольною групою частіше спостерігалася депресивна симптоматика у вигляді як простого депресивного синдрому у 25 % пацієнтів з нефрологічною та у 18,75 % пацієнтів з кардіологічною патологіями) та комплексних депресивних синдромів (тривожно-депресивного — у 23,33 % пацієнтів з гастроентерологічною та у 23,33 % пацієнтів з респіраторною патологіями), депресивно-іпондричного (у 18,75 % пацієнтів з нефрологічною та у 20 % пацієнтів з респіраторною патологіями), депресивно-параноїдного (у 15,63 % пацієнтів з нефрологічною та 20 % пацієнтів з гастроентерологічною коморбідністю). Obsесивно-фобічний синдром достовірно частіше проявлявся у пацієнтів з нефрологічною (15,63 %) та гастроентерологічною (20 %) патологіями.

У пацієнтів контрольної групи частіше, ніж у пацієнтів з супутньою соматичною патологією, в клініці афективних порушень спостерігалися спотворення афективності у вигляді емоційної неадекватності (25,81 %) та дисфоричності (16,13 %).

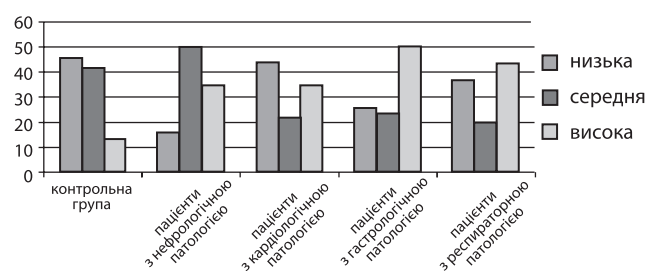


Рис. 1. Розподіл досліджуваних пацієнтів по вираженості депресивної симптоматики (за шкалою Гамільтона для оцінки депресії) у фазі загострення

Результати дослідження афективних симптомокомплексів у клінічній картині параноїдної шизофренії, що перебігає з супутньою соматичною патологією, на етапі формування ремісії зображено у таблиці 2.

Таблиця 2

**Афективні симптомокомплекси у фазі ремісії параноїдної шизофренії, що перебігає з супутньою соматичною патологією**

Афективні симптомокомплекси	Контрольна група n = 31		Пацієнти з нефрологічною патологією n = 32		Пацієнти з серцево-судинною патологією n = 32		Пацієнти з гастроентерологічною патологією n = 30		Пацієнти з респіраторною патологією n = 30	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
депресивний	8	25,81	5	15,63	4	12,5	11	36,67	4	13,33
тривожний	13	41,94	3	9,38	4	12,5	3	10	2	6,67
тривожно-депресивний	2	6,45	0		0		0		2	6,67
депресивно-іпондричний	1	3,23	2	6,25	1	3,13	3	10	4	13,33
депресивно-параноїдний	2	6,45	1	3,13	0		2	6,67	0	
депресивно-динамічний	1	3,23	0		2	6,25	0		0	
обсесивно-фобічний	3	9,68	0		0		2	6,67	0	
емоційної неадекватності	7	22,58	0		5	15,63	2	6,67	0	
маніакальний	2	6,45	3	9,38	2	6,25	1	3,33	1	3,33
дисфоричний	6	19,35	1	3,13	5	15,63	4	13,33	0	

Вираженість депресивної симптоматики у досліджуваних пацієнтів на етапі формування ремісії шизофренії також оцінювалась за шкалою Гамільтона для оцінки депресії. На рисунку 2 у наглядній формі зображено розподіл досліджуваних пацієнтів за ступенем вираженості депресивної симптоматики, оціненої за шкалою Гамільтона на етапі формування ремісії.

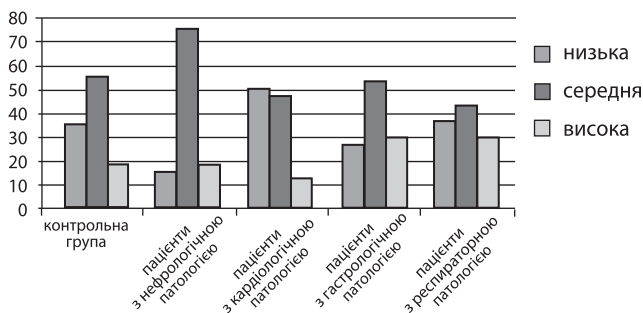


Рис. 2. Розподіл досліджуваних пацієнтів за вираженістю депресивної симптоматики (за шкалою Гамільтона для оцінки депресії) у фазі формування ремісії

Отже, у фазі формування ремісії параноїдної шизофренії у пацієнтів контрольної групи частіше в порівнянні з усіма групами пацієнтів з коморбідними соматичними захворюваннями, проявлялися афективні синдроми, які є клінічними індикаторами гостроти шизофренічного процесу, такі як тривожний, obsесивно-фобічний, дисфоричний синдроми та синдром емоційної неадекватності. Ці синдроми хоча і не є специфічними психотичному реєстру, а невротичними та психопатоподібними, проте вони є ознаками недостатньої якості ремісії шизофренії. У пацієнтів з гастроентерологічною та респіраторною патологіями на етапі формування ремісії в порівнянні з іншими групами спостерігалась більша кількість пацієнтів з важкою депресивною симптоматикою.

Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків.

При загостренні параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичними захворюваннями різних систем організму, спостерігалась більша збереженість цілісності емоційних процесів, що було підґрунтям для формування клінічно і феноменологічно складних депресивних синдромів (депресивно-параноїдного, депресивно-іпохондричного, сенесто-депресивно-іпохондричного, тривожно-іпохондричного тощо).

При коморбідності шизофренії з гастроентерологічною та респіраторною патологією на етапі формування ремісії депресивна симптоматика відрізнялась більшою важкістю та дезадаптацією в порівнянні з коморбідністю з захворюваннями серцево-судинної та сечовидільної систем.

На етапі формування ремісії дисоціація емоційних процесів при параноїдній шизофренії без супутньої соматичної коморбідності зумовлювала клінічну резистентність шизофренічної симптоматики до проведених терапевтичних втручань.

При екзацербції шизофренії з супутньою соматичною патологією у пацієнтів депресивна симптоматика у поєднанні з симптомами порушеного відчуття, усвідомлення чи інтерпретації тілесного досвіду спричиняла

гіпернозогностичну настанову щодо актуального соматичного захворювання з іпохондричною налаштованістю та переоціню його наслідків.

Синдроми емоційних порушень впливали на оцінку пацієнтами, що страждають на параноїдну шизофренію та супутню соматичну патологію, якості соматичного та психологічного функціонування та потребували диференційованого психотерапевтичного підходу в залежності від типології афективних порушень.

### Список літератури

1. Аддингтон, Д. Депрессии при шизофрении [Текст] / Д. Аддингтон // Соц. и клин. психиатрия. — 2006. — Т. 16, № 2. — С. 5—9.
2. Андрусенко, М. П. Комбинация антидепрессантов и нейрореплетиков при лечении аффективных расстройств и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения [Текст] / М. П. Андрусенко, М. А. Морозова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — Т. 100, № 11. — С. 60—65.
3. Кинкулькина, М. А. Терапия депрессивных нарушений, развивающихся у больных шизофренией после купирования острого психоза [Текст] / М. А. Кинкулькина // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — № 6. — С. 25—28.
4. Колотилин, Г. Ф. Клинико-патологический патоморфоз параноидной шизофрении [Текст] / Г. Ф. Колотилин, М. В. Яковлева // Дальневосточный медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 64—66.
5. Лотоцька, М. Ю. Порушення предметного та афективного компонентів емоцій у хворих параноїдною формою шизофренії [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / М. Ю. Лотоцька; Київськ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. — К., 2001. — 19 с. — укр.
6. Мазо, Г. Э. Место современных антидепрессантов в лечении шизофрении: актуальный взгляд на проблему [Электронный ресурс] / Г. Э. Мазо, М. В. Иванова, М. Е. Горбачев // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — № 6. Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/6652>.
7. Михайлов, Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике [Текст] / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22—27.
8. Подкорытов, В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике [Текст] / В. С. Подкорытов // Архив психиатрии. — 2003. — Т. 9, № 1. — С. 69—71.
9. Саркисян, Г. Р. Антидепрессанты в комплексной фармакотерапии аффективных расстройств и депрессий при шизофрении [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. / Г. Р. Саркисян. — М. 2007. — 21 с.
10. Смулевич, А. Б. Депрессия и шизофрения [Текст] / А. Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003. — Т. 103, № 4. — С. 4—13.
11. Шмилович, А. А. Клинические особенности психогенно спровоцированных обострений параноидной шизофрении [Текст] / А. А. Шмилович, О. С. Евдокимова // Там же. — 2008. — № 6. — С. 18—23.
12. Чайка, Ю. Ю. К проблеме постшизофренических депрессий [Текст] / Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и мед. психологии. — 1999. — № 1. — С. 117—121.
13. Current concepts of affective disorders in schizophrenia [Text] / [G. D. Burrows, L. L. Judd, W. W. Fleischhacker, N. C. Andreasen] // J Clin Psychiatry. — 1998. — vol.16. — P. 2—8.
14. Laederach-Hofmann, K. Diagnosis and therapy of depression in the heart disease patient [Text] / K. Laederach-Hofmann, H. U. Fisch // Ther Umsch. — 2003. — Vol. 60. — № 11. — P. 703—707.
15. Samuel, G. Siris Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of "Atypical" Antipsychotic Agents [Text] / G. Samuel // Am J Psychiatry. — 2000. — Vol. 157. — P. 1379—1389.
16. Relationships among negative, positive, and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression [Text] / [K. W. Sax, S. M. Strakowski, P. E. Keck et al.] // Br J Psychiatry. — 1996. — Vol. 168. — P. 68—71.

Надійшла до редакції 16.03.2011 р.

*Е. Е. Смашна*

*Тернопольский государственный медицинский университет  
им. И. Я. Горбачевского (г. Тернополь)*

**Структура аффективных нарушений в клинической картине параноидной шизофрении, коморбидной с соматической патологией**

В статье представлены результаты исследования нарушений аффективной сферы у пациентов с параноидной шизофренией и сопутствующей соматической патологией, исследована динамика аффективных нарушений в процессе психотропного лечения. В процессе исследования выявлено, что при обострении параноидной шизофрении, коморбидной с соматическими заболеваниями разных систем организма, наблюдалась большая сохранность целостности эмоциональных процессов, что было почвой для формирования клинически и феноменологически сложных депрессивных синдромов. На этапе формирования ремиссии диссоциация эмоциональных процессов при параноидной шизофрении без соматической коморбидности предопределяла клиническую резистентность шизофренического симптома к проведенным терапевтическим вмешательствам. Синдромы эмоциональных нарушений влияли на оценку пациентами, которые страдают параноидной шизофренией с сопутствующей соматической патологией, качества соматического и психологического функционирования и требовали дифференцированного психотерапевтического подхода в зависимости от типологии эмоциональных нарушений.

*Ключевые слова:* параноидная форма шизофрении, коморбидная с соматической патологией, аффективные нарушения, дифференциальная психотерапия.

*O. Ye. Smashna*

*Ternopil State medical University  
named after I. Ya. Gorbachevskiy (Ternopil)*

**Structure of emotional disorders in clinical presentation of paranoid schizophrenia, comorbid with somatic pathology**

The results of research of violations of emotional sphere in 155 patients with paranoid schizophrenia and concomitant somatic pathology, the dynamics of emotional violations in the process of treatment psychotropic medicines are presented in the article. It is deduced that at intensifying of paranoid schizophrenia, comorbid with the somatic illness of the different systems of organism, there was greater stored of integrity of emotional processes. It was the base for forming clinically and phenomenological difficult depressive syndromes. On the stage of forming of remission of dissociation of emotional processes at paranoid schizophrenia without somatic comorbidity predetermined clinical resistants of schizophrenia symptomatology to the conducted therapeutic interferences. The syndromes of emotional violations influenced on an estimation patients which suffer on paranoid schizophrenia and concomitant somatic pathology, internals of the somatic and psychological functioning and require the differentiated psychotherapy approach depending on the type of emotional disorder.

*Keywords:* paranoid form of schizophrenia, comorbid with somatic illness, emotional disorders, differential psychotherapy.

УДК 616.895.7/.8-036.66-02:616.89-008.15/.19

*А. Р. Цьона, І. Й. Влох, Ю. М. Даниленко*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
(м. Львів)*

**ПСИХОПАТОЛОГІЧНА КАРТИНА АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ  
ТА ПОРУШЕННЯ НЕЙРОКОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ  
ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ**

У роботі подані результати клініко-психопатологічного та нейропсихологічного дослідження хворих на параноїдну шизофренію (46 осіб) у стадії ремісії, в клінічній картині якої домінували астенічні розлади, група порівняння включала 29 хворих на неврастенію. Показані відмінності психопатологічної картини астенічного синдрому, а також суттєві відмінності функціонування візуально-просторової робочої пам'яті, при зазначених нозологіях, які дозволили сформулювати відповідні диференціально-діагностичні критерії.

*Ключові слова:* астенічний синдром, нейрокогнітивне функціонування, параноїдна шизофренія.

Астенічні стани є одними із найбільш поширених виявів патології психічної діяльності. Епідеміологічні показники, що відображають їх поширеність, коливаються в межах 7—27 % [1]. На одному полюсі астенічного спектра знаходиться астенія, зумовлена ендогенними, органічними психічними захворюваннями, що характеризується відносно малою зворотністю, складністю курації (органічна астенія, астенічна конституція, шизоастенія [Mayer-Gross G., 1932], синдром «юнацької астенічної безпорадності» [Glatzel J., Huber G., 1968], аутохтонна астенія [Glatzel J. 1972], астенічний дефект, «астенічний аутизм» [Снежневський А. В., 1983; Горчакова Л. П., 1988], шизофренічна астенія — [L. Sass, J. Parnas, 2003]

та ін.). В міру наближення до протилежного полюса наростає поліморфність та зворотність астенічних станів, які спостерігаються при соматичних захворюваннях та психічних розладах невротичного регістру. Астенічні розлади виступають «базовими» стосовно інших порушень психічної діяльності часто визначаючи картину як продромального так і маніфестного періоду захворювання і практично завжди супроводжують завершення будь-якого захворювання.

Що стосується шизофренії, розлади психіки, що виявляються астенією, порушенням сну, тривогою, дратівливістю, є найбільш характерними проявами продрому шизофренії [1]. З іншого боку, серед типів ремісій астенічний тип спостерігається у 20 % пацієнтів з шизофренією. Затяжні астенічні стани в рамках перехідних синдромів можуть потенційно трансформуватись в структуру дефекту. Психопатологічно астено-депресивні розлади в структурі шизофренії за питомою вагою поступаються лише галюцинаторно-параноїдним та дефіцитарним проявам. Водночас неврастенічний симптомокомплекс із астено-депресивним ядром є найбільш розповсюдженим в клініці неврозів і спостерігається за деякими даними в 34 % хворих неврозами. Враховуючи вищеведене, незважаючи на достатньо детальний феноменологічний опис астенічної симптоматики загалом, на практиці зберігається актуальною проблема клініко-психопатологічної диференціації вказаного синдрому

© Цьона А. Р., Влох І. Й., Даниленко Ю. М., 2011