

УДК 616.895.87-052:616-085

Д.Г. СЕМЕНИХИН, А.М. КАРПОВ, Ф.Г. ШИГАБУТДИНОВА, А.В. КУЧАЕВА, И.С. БУРАШНИКОВА
Казанская государственная медицинская академия

Особенности внутренней картины болезни и лечения у больных параноидной шизофренией с коморбидной соматической патологией

Семенихин Дмитрий Германович

кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии

420061, ул. Н. Ершова, д. 49а, тел. (843) 273-08-02, e-mail: cpd-kgma@mail.ru

В исследовании показана дифференцированная оценка больными шизофренией лечения психического и соматического заболеваний. Установленные различия обусловлены как социальной оценкой патологии в обществе, так и индивидуальными особенностями больных шизофренией. Отмечается различное отношение к методам лекарственной терапии соматического и психического заболевания, что предполагает отличия во внутренней картине болезни и лечения у обследованных больных.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, соматическое заболевание, психопатология.

D.G. SEMENIKHIN, A.M. KARPOV, F.G. SHIGABUTDINOVA, A.V. KUCHAEVA, I.S. BURASHNIKOVA
Kazan State Medical Academy

The peculiarities of the internal picture of the disease and treatment in patients with paranoid schizophrenia with concomitant somatic pathology

The study shows a differentiated evaluation by patients with schizophrenia of treatment of mental and somatic diseases. The differences are caused by social evaluation of pathology in society as well as individual features of patients with schizophrenia. Different attitude to the methods of drug therapy somatic and mental diseases, which implies differences in the internal picture of the disease and the treatment of patients was stated.

Key words: paranoid schizophrenia, somatic disease, psychopathology.

Пациенты, страдающие шизофренией, более уязвимы к соматическим заболеваниям [1, 2]. У 90% больных шизофренией имеет место нарушение различных соматических функций, а у 34-74% из них соматические заболевания не диагностируются [3, 4]. По результатам статистических исследований, смертность больных шизофренией от соматических заболеваний сравнима со смертностью больных сахарным диабетом, что связано как с общим снижением реактивности организма, с генетическими факторами, так и с длительно проводимой терапией антипсихотическими средствами [5]. D.G. Burne (1982) считал, что реакция на заболевание связана с его прогнозом, особенно в случае адекватной оценки процесса. При этом следует также учитывать тот факт, что представления населения, в том числе и больных шизофренией, о соматическом заболевании зачастую не совпадают с научными знаниями [6, 7]. С позиции нозогений, определяемых как психические расстройства, возникающие вследствие осознания угрозы для существования, исходящей от соматического заболевания, возможно рассмотрение нозогений при шизофрении, как коморбидной формы психической

патологии, когда взаимовлияние сосуществующих заболеваний реализуется в сторону их утяжеления либо смягчения, либо как реактивные состояния, развившиеся у больных шизофренией [8, 9, 10]. Тревожно-депрессивные состояния, часто встречающиеся у больных шизофренией, могут проявляться в форме психосоматических нарушений. По данным J. de Leon et al. (1987), у многих лиц с психическими нарушениями, включая расстройства шизофренического спектра, имеются жалобы соматического характера при отсутствии соматической патологии. Осознание психического расстройства снижает вероятность его соматизации [11].

Нередко у больных шизофренией в ответ на соматическое заболевание формируются анозогнозии, и подобные больные чаще пациентов с другой психической патологией обнаруживают признаки патологического поведения в ответ на соматическое заболевание, отказываясь от соматотропной терапии даже при угрожающих жизни состояниях. I. Marks (1970) объясняет данное явление тем, что опасения за свою жизнь сочетаются здесь со свойственным эндогенному



процессу избегающим поведением [12].

Цель исследования — изучить влияние реакции больных шизофренией с коморбидной соматической патологией на лечение имеющейся соматической патологии, внутреннюю картину соматического заболевания и взаимодействие с реакциями на лечение психического расстройства и его внутренней картины болезни.

Материал и методы

Под наблюдением находились 111 больных параноидной шизофренией F20.0, в том числе 57 — мужчин, 54 — женщины, средний возраст — 49,35 лет (от 14 до 83), средняя продолжительность заболевания — 12 ± 4 лет (от 8 до 16). Все пациенты находились на стационарном лечении по поводу обострения психического заболевания.

Нозологическая принадлежность больных, включенных в исследование: параноидная шизофрения с непрерывно-прогредиентным типом течения (F20.00) — 25,22% (n=28); параноидная шизофрения с эпизодическим течением с нарастающим дефектом (F20.01) — 54,95% (n=61); параноидная шизофрения с эпизодическим течением со стабильным дефектом (F20.02) — 19,82% (n=22).

Ввиду наличия психотических нарушений все больные получали терапию различными сочетаниями психотропных средств. На момент обследования во всех случаях обнаруживались продуктивные и негативные морбидные проявления, а также побочные эффекты нейролептической терапии разной степени выраженности. Основным клиническим критерием отбора больных было отсутствие расстройств сознания, психомоторного возбуждения, ступора, негативизма, деменции и других психопатологических проявлений, которые могли оказаться препятствием для продуктивного контакта с пациентами. Отобранные для обследования больные находились на стадии становления ремиссии: в период редукции основного психопатологического синдрома со снижением аффективной напряженности, появлением компромиссных суждений в отношении имевшихся психотических проявлений (n=32), во время деструкции психопатологической симптоматики с исчезновением аффективного напряжения, распадом имевшихся ранее систематизированных бредовых проявлений на отдельные фрагменты (n=79) [13, 14]. Влияние отдельных нозологических форм соматической патологии на психопатологическую картину не исследовалось, как не соответствующее поставленным при выполнении работы задачам.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический с использованием клинического наблюдения, интервьюирования, анкетирования, анализа анамнестических сведений. В субъективных оценках больными своего состояния использовался подход констатирующего характера, отвечающий задачам исследования. Для личностной оценки выраженности отдельных болезненных проявлений использовалась шкала Дембо-Рубинштейн (1970) в модификации Т.М. Габриэл (1972). С целью выявления различий в степени критичности больных к биологическим, социально-психологическим проявлениям психопатологических расстройств и соматических заболеваний, побочных эффектов терапии проводилось сравнение оценок больных с оценками тех же феноменов врачами психиатрами.

Исследование отношения к психическому

и соматическому заболеванию, отдельным их проявлениям проводилось посредством графического отображения выраженности феноменов, значимых для больного. Модификация, использованная в работе, предполагала 7-балльное ранжирование исследуемых признаков. Оценке в 1 балл соответствовало отсутствие признака; 2 балла — незначительное и аличие признака; 3 балла — наличие признака, не вызывающее беспокойства; 4 балла — наличие признака, вызывающего беспокойства; 5 баллов — болезненное присутствие признака; 6 баллов — присутствие признака средней тяжести степени выраженности и воздействие болезненного признака; 7 баллов — выраженное присутствие и воздействие болезненного признака.

Общим принципом, положенным в оценку и интерпретацию полученных в ходе исследования результатов, было применение подхода дифференцированной оценки биологических, социальных и духовных компонентов вышеуказанных нарушений, предложенный А.М. Карповым (2005), согласно которому клиническая картина заболевания складывается из данных компонентов и результатов их интерпсихического взаимодействия.

Результаты и обсуждения

Психопатологические нарушения у обследуемых нами пациентов сочетались с соматическими заболеваниями: острой пневмонией — 23,42% (n=26), хроническим необструктивным бронхитом — 27,03% (n=30), острыми респираторными заболеваниями — 24,32% (n=27), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки — 25,22% (n=28). Для основной части пациентов с заболеваниями органов дыхания была характерна достоверно большая частота госпитализаций (74%), длительность пребывания в стационаре и интенсивность терапии психотропными средствами по сравнению с остальными обследованными пациентами, что соответствует литературным данным [15]. В начале заболевания обращало внимание снижение активности больных, отсутствие жалоб соматического характера, имела место общая слабость, кашель, боли при дыхании, озноб, связанный с температурной реакцией.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является достаточно часто встречающейся соматической патологией у больных шизофренией [16]. Н.А. Корнетов (2000) связывает данное явление с особенностями личности больных, где отмечаются регрессивные способы защиты от внешних воздействий, потеря доверия к миру, отторжение себя от идентификации с близким кругом лиц, личным социальным статусом. Психолого-психопатологические характеристики больных шизофренией во многом близки аналогичным при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Сюда следует отнести воспитание по типу «неприятности», негативное отношение к родителям, в первую очередь в структуре взаимодействия с отцом, низкую эмоциональность, нерешительность, малую эмоциональную лабильность, скрытность, стеснительность, низкую самоудовлетворенность, высокую сосредоточенность, низкие показатели стеничности и гибкости (17).

Относительно причин психического заболевания мнения пациентов распределились следующим образом: стресс — 55,85% (n=62), алкоголизация — 36,9% (n=41), психофармакотерапия — 34,23% (n=38), факт госпитализации в психиатрический стационар — 21,62% (n=24), переутомление — 20,72%

(n=23), воздействие других неблагоприятных факторов – 18,92% (n=21), черепно-мозговая травма – 17,11% (n=19), оккультное воздействие (порча, колдовство, сглаз и т.д.) – 16,22% (n=18), соматическое заболевание – 10,81% (n=12), наследственность – 4,5% (n=5). Наиболее социально приемлемыми для пациентов причинами возникновения психического заболевания были стресс, рабочие перегрузки, алкоголизация. Такие причины развития психического заболевания, как наследственность, последствия черепно-мозговых травм поддерживаются пациентами в меньшей степени, что связано с большей социальной стигматизацией заболеваний, возникших вследствие данных причин [18, 19].

Проанализировано отношение больных к методам лечения психопатологических расстройств, психофармакологическим препаратам и специалистам, оказывающим помощь в области психического здоровья. Как показывает анализ полученных данных, наибольшее число пациентов высказали необходимость общения с психологом (оценки 1–3 балла), наименьшее — с психиатром (оценки 5–7 баллов), оценки врачей-психотерапевтов полярны. Большая часть пациентов все-таки склоняются к мнению о нецелесообразности обращения к психиатрам и психотерапевтам. Данная ситуация может в определенной степени находить объяснение в социальной стигматизации врачей, связанных с оказанием помощи в области психического здоровья и психологизации психотического состояния [20, 21].

Для больных параноидной шизофренией наименее приемлемой оказывается психофармакотерапия (преобладают оценки 1–3 балла). В большей степени пациенты поддерживают немедикаментозные методы коррекции психопатологии: физиотерапию и лечебную физическую культуру, фитотерапию, позитивно относятся к психотерапии и гомеопатии, что, возможно, определяется сложившимся в обществе негативным отношением к психиатрии и наиболее распространенным методом лечения психических расстройств.

Проанализирована оценка больными имеющихся симптомов соматической патологии. Оценка симптомов соматического заболевания искажается привнесением изменений в соматической сфере, связанных с длительной нейролептической терапией. Однако высокие оценки получают как соматические заболевания в целом, так и их отдельные симптомы. Можно предположить, что соматическое заболевание является более приемлемым для пациентов с психотической патологией, чем психическое [22, 23].

Проанализировано отношение больных к коррекции соматических нарушений — пациенты позитивно оценивают методы соматотропной терапии, поскольку отношение к психическим и соматическим заболеваниям отличаются.

Заключение

Проведенное исследование показывает дифференцированную оценку больными шизофренией психического и соматического заболеваний. Данные различия весьма вероятно обусловлены как социальной оценкой данных видов патологии в обществе, так и индивидуально-морбидными особенностями больных шизофренией.

Отмечается достоверно-различное отношение к методам лекарственной терапии соматического и психического заболевания, что предполагает отличия во внутренней картине болезни и лечения у обследованных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробижев, М.Ю. Нозогенные (психогенные) реакции при соматических заболеваниях: автореф. дис. ... д.м.н. / М.Ю. Дробижев. — М., 2000. — 38 с.
2. Карпов, А.М. Отношение врачей-психиатров к своей работе / А.М. Карпов, Ф.Ф. Гатин, Ф.З. Фаттахов [и др.] // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи. «Клинические и социальные аспекты». — М., 2004. — С. 60.
3. Колодкина, О.Ф. Изменение вегетативной регуляции ритма сердца у больных шизофренией на фоне длительной терапии нейролептиками и ее клиническое значение. / О.Ф. Колодкина, О.А. Моргунова // V Российский национальный Конгресс «Человек и лекарство». Тезисы докладов. — М., 1998. — С. 99.
4. Свердлов, Л.К. Клиническое и экспериментально-психологическое исследование больных приступообразной шизофренией: (К проблеме ранней диагностики и профилактики рецидивов) / Л.С. Свердлов, А.И. Скорик, Е.Г. Лаврентьева. // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний. — Л., 1986. — С. 52-57.
5. Brown, S. Excess Mortality in Schizophrenia / S. Brown // British Journal of Psychiatry. — 1997. — Vol. 171. — P. 502-508.
6. Hotoph, M. Is Somatization a Defence Acknowledgment of Psychiatric Disorders / M. Hotoph, M. Wadsthworh, S. Wessely // Journal of Psychosomatic Research. — 2001. — Vol. 50. — P. 119-129.
7. Marks, I. The Classification of Phobic Disorders / I. Marks // Br. J. of Psychiatry. — 1970. — Vol. 116. — P. 377-386.
8. Mc.Candless-Glimeher, L. Use of symptoms by schizophrenics to monitor et regulate their illness / L. Mc. Candless-Glimeher, Sh. McKnight, E. Hamera, B.L. Smith, K.A. Peterson, A.A. Plumlee // Hosp. Commun. Psychiatry. — 1986. — № 9. — P. 929-933.
9. Morgan, D.W. Schizophrenic Symptom Change with. Rehospitalisation / D.W. Morgan, R.J. Pozzio, J.L. Hedlund // Arch. gener. Psychiat. — 1968. — № 2. — p. 227-236.
10. Orley, J. Quality of life and mental illness / J. Orley, S. Saxena, H. Herrman // Brit. J. Psychiat. — 1998. — Vol. 172. — P. 289-293.
11. Perrez, M. Stress, Coping, and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications. Sieltle-Toronto-Bern-Gottingen: Hogref Huber Publishers / M. Perrez, M. Reicherts. — 1992. — 217 p.
12. Reinold, G.P. Beyond the Dopamine Hypothesis. The Neurochemical Pathology of Schizophrenia / G.P. Reinold // Brit. J. Psychiatry. — 1989. — Vol. 155. — P. 305-316.
13. Salter, M. The stigma of mental illness: now you can use the media to reduce it / M. Salter, P. Burne // Psychiatric Bulletin. — 2000. — Vol. 24. — P. 281-283.
14. Swartz, M.S. Violence and Hard Mental Disorder a Negative Role of Drug Dependence and Non-compliance / M.S. Swartz, J.W. Swanson, V.A. Hiday // Am. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 226-231.
15. Subbotnic, K.L. Depressive symptoms in the early course of schizophrenia: relationship to familial psychiatric illness / K.L. Subbotnic, K.N. Nuechterlein, R.W. Azamow // Amer. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 54. — P. 1551-1556.
16. Tardiff, K. Assaultive behavior chronic inpatients and aggressive behaviors / K. Tardiff, A. Sweillam // Psychiatry. — 2000. — Vol. 61. — P. 123-128.
17. Tattan, T. Negative Symptoms of Schizophrenia and Compliance with Medication / T. Tattan // Schizophrenia Bull. — 2001. — № 1. — P. 149-155.
18. Thockrey, M. Patient aggression against clinical and nonclinical staff in V.A. medical center / M. Thackey, R.G. Bobbitt // Hosp. commun Psychiatry. — 1990. — № 2. — P. 195-197.
19. Vaguera, A.C. Clinical Risk Following Abrupt and Gradual withdrawal of Maintenance Neuroleptic Treatment / A.C. Vaguera, R.J. Baldessorini, J.M. Hegart // Arch. Gen. Psychiatry. — 1997. — Vol. 54. — P. 49-52.
20. Vaillant, G.E. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms / G.E. Vaillant, M. Bond, G. Vaillant // Apch. gen. Psychiat. — 1986. — Vol. 83. — P. 786-794.
21. Wolf, G. Community attitudes to mental illness / G. Wolf, S. Pathare, T. Craig // Brit. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 168. — P. 183-190.
22. Yazici, K.M. The effect of clozapine on Incosac metabolism / K.M. Yazici, T. Erbas, A.H. Yazici // Exp. Clin. Endocrinol Diabetes. — 1998. — Vol. 106. — P. 475-477.
23. Zaslove, M.O. How Psychiatric Hospitalization Help: Patient Views vs. Staff Views / M.O. Zaslove, S.T. Underleider, M.C. Fuller // J. Nerv. Ment. Dis. — 1966. — Vol. 142. — № 6. — P. 568-576.