

Евген Васильович Опря
**СПРИЙНЯТТЯ ПСИХІЧНОГО ТА СОМАТИЧНОГО ЗАХВОРЮВАНЬ
 У СВІДОМОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Евгений Васильевич Опря
Восприятие психического и соматического заболеваний в представлениях больных шизофренией

Yevgen Opya
Perception of mental and somatic diseases in representations of patients with schizophrenia

В роботі подано результати дослідження особливостей сприйняття психічного та соматичного захворювань хворими на шизофренію, що поєднана з серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням. Визначено, що хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями характеризуються низьким рівнем самооцінки стану власного здоров'я загалом та окремо за станами психічного та фізичного здоров'я. Зазначається збереження критичності та наявність високого рівня когнітивних уявлень щодо психічної хвороби, а також її значний вплив на психоемоційний стан хворих. Найбільшу загрозу серед соматичних розладів в сприйнятті хворих на шизофренію становлять серцево-судинні захворювання, а найменш загрозливим визнається ожиріння, яке сприймається як наслідок психічного захворювання.

Ключові слова: шизофренія, соматична обтяженість, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу, ожиріння, сприйняття хвороби

В работе представлены результаты исследования особенностей восприятия психического и соматического заболеваний больными шизофренией, коморбидной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом 2 типа и ожирением. Установлено, что больные шизофренией с соматическими заболеваниями характеризуются низким уровнем самооценки состояния собственного здоровья в целом и отдельно психического и физического здоровья. Отмечается сохранность критичности и наличие высокого уровня когнитивных представлений о психической болезни, а также ее значимое влияние на психоэмоциональное состояние больных. Наибольшую угрозу среди соматических расстройств в восприятии больных шизофренией составляют сердечно-сосудистые заболевания, наименее угрожающим является ожирение, которое воспринимается как следствие психического заболевания.

Ключевые слова: шизофрения, соматическая обтяженность, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа, ожирение, восприятие болезни

The article presents the results of the study of the peculiarities of perception of mental and somatic diseases in patients with schizophrenia, comorbid with cardiovascular diseases, type 2 diabetes and obesity. It is established that patients with schizophrenia with somatic diseases are characterized by a low level of self-esteem of their own health in general and separately mental and physical health. The safety of criticality and the presence of a high level of cognitive ideas about mental illness, as well as its significant impact on the psychoemotional state of patients, are noted. The greatest threat to somatic disorders in the perception of patients with schizophrenia is cardiovascular disease, the least threatening is obesity, which is perceived by the consequence of mental illness.

Keywords: schizophrenia, somatic complication, cardiovascular diseases, type 2 diabetes, obesity, perception of the disease

Соматопсихічна коморбідність визнана серйозною проблемою сучасної системи охорони здоров'я внаслідок передчасного скорочення тривалості та продуктивності життя хворих з психічною патологією. Саме цієї проблематиці присвячено кілька стратегічних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я: Європейський план дій в галузі психічного здоров'я, 2013—2020 рр. та План дій ВООЗ щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ, 2016—2025 рр. [1—3]. Зазначається наявність міцного взаємозв'язку між психічними та соматичними захворюваннями, які можуть бути як передумовою, так і наслідками одне одного [2]. При цьому прогноз як психічного, так і соматичного захворювань у разі їх поєднання значно негативніший, ніж при їх окремому перебігу [4].

Шизофренія є одним з найрозповсюдженіших психічних розладів, що характеризується високою частотою поєднання з соматичною патологією [5, 6]. Обтяженість соматичними розладами спостерігається майже у кожного другого хворого на шизофренію, при цьому досить часто соматична патологія у цих хворих не діагностується, або діагностується несвоєчасно через нівелювання симптомів соматичних розладів психопатологічною симптоматикою, зниженням або викривленням тілесної перцепції, а також специфікою порушень сприйняття та свідомості [6]. Враховуючи особливості психопатологічного процесу, сприйняття як психічного стану, так і соматичної хвороби у хворих на шизофренію найчастіше

виявляється патологічним [7]. Зазначається, що специфіка сприйняття хвороби, яка включає сукупність когнітивних та емоційних уявлень хворого стосовно власного захворювання, зумовлює поведінку хворого в умовах хвороби, прихильність до терапії та прогноз лікування [8].

Однак в наявній літературі подано недостатньо даних щодо особливостей сприйняття психічних та соматичних розладів хворими на шизофренію, автори обмежувалися лише даними про властиві їм крайні варіанти континууму «від анозогнозії до гіпергнозії» [9]. Зазначене вище зумовило актуальність та предмет цього дослідження, метою якого було визначення особливостей сприйняття психічного та соматичного захворювань у свідомості хворих на шизофренію.

В рамках дослідження обстежено 186 хворих на шизофренію (F20), з яких основні групи дослідження склали 136 осіб (50 хворих на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), 42 хворих на шизофренію з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2) та 44 хворих на шизофренію з ожирінням), контрольну групу становили 50 хворих на шизофренію без хронічних соматичних захворювань.

Загальними критеріями включення в дослідження для всіх хворих досліджуваних груп були: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до критеріїв МКХ-10; тривалість захворювання на шизофренію не менше ніж 3 роки; вік хворого до 60 років; здатність пацієнтів брати участь в дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження; наявність інформованої згоди на участь в дослідженні.

В основні досліджувані групи (з наявністю соматичних розладів) залучали хворих на шизофренію з компенсованими варіантами соматичних захворювань, тривалість яких складала не менше ніж 3 роки. В групу хворих на ССЗ не включали пацієнтів з постінсультними та постінфарктними станами, а також з наявністю інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні серцево-судинній патології. Групу хворих на ЦД 2 становили особи без ознак ожиріння, з індексом маси тіла (ІМТ, *англ.* body mass index — BMI) менш ніж 30 та без інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні ЦД 2. Групу хворих з ожирінням склали хворі з ІМТ ≥ 30 . Наявність коморбідних ожирінню соматичних захворювань, що були сформовані на фоні ожиріння, для хворих цієї групи не було критерієм виключення.

Групи хворих на шизофренію з ЦД 2 та ожирінням були представлені здебільшого особами жіночої статі (61,9 % та 65,91 %), в групі хворих з ССЗ та контрольній групі представленість чоловіків та жінок була майже рівною. При цьому статистичної різниці в статевій представленості між основними та контрольною групою не виявлялось. Усі досліджувані групи здебільшого були представлені особами віком від 31 до 50 років.

Для реалізації мети дослідження застосовували такі методи: модифікований варіант методики Дембо — Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного та фізичного здоров'я [10]; та Короткий опитувальник сприйняття хвороби (*рос.* КОВБ, *англ.* VIPQ) в адаптації Ялтонського В. М. [11]. Під час статистичного оброблення отриманих даних використовували методи порівняльної статистики: *t*-критерій та точний метод Фішера.

Оцінка стану власного здоров'я та визнання або навпаки невизнання себе хворим є однією з складових «свідомості хвороби». Для оцінювання власного психічного та соматичного станів в свідомості хворих використовували модифікований варіант методики Дембо — Рубінштейн, що передбачав графічне відображення трьох параметрів здоров'я: «загальний стан здоров'я», «стан психічного здоров'я» та «стан фізичного здоров'я», представлених двополюсними шкалами з означеною серединою. Нижній полюс шкал відображав найнижчі оцінки (самий хворий), а верхній полюс — найвищі оцінки (самий здоровий). Рівень самооцінки за кожною шкалою оцінювали в балах відповідно до градації оцінок на шкалах в сантиметрах (в діапазоні від 0 до 10). Згідно з отриманими даними (рис. 1), рівень самооцінки загального стану здоров'я хворих на шизофренію незалежно від групи порівняння був доволі низьким (не перевищував позначки в 5 балів).

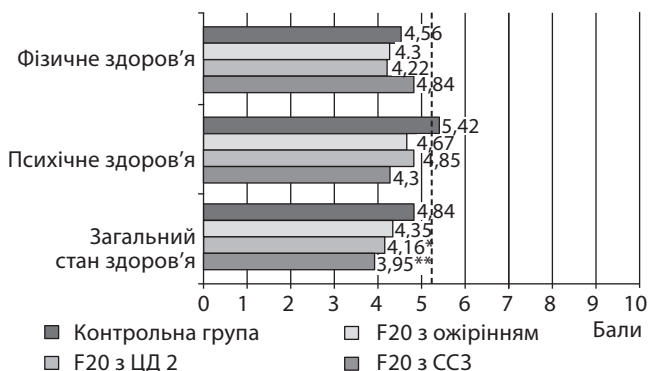


Рис. 1. Самооцінка стану здоров'я хворими на шизофренію за групами порівняння

Однак хворі основних груп дослідження характеризувались більш низькими показниками самооцінки загального стану здоров'я, особливо хворі з ССЗ, які найнижче оцінювали загальний стан свого здоров'я ($3,95 \pm 0,23$), та хворі з ЦД 2 ($4,16 \pm 0,26$), порівняно з контрольною групою ($4,84 \pm 0,31$), при $p \leq 0,001$ та $p \leq 0,03$, відповідно.

Стосовно оцінки рівня психічного здоров'я — була зафіксована аналогічна тенденція: хворі основних груп нижче оцінювали стан власного психічного здоров'я, особливо хворі з ССЗ ($4,30 \pm 0,28$) та ожирінням ($4,67 \pm 0,30$), порівняно з контрольною групою ($5,42 \pm 0,37$), при $p \leq 0,001$ та $p \leq 0,05$, відповідно. Стосовно оцінки стану фізичного здоров'я — статистичних різниць між основними групами та групою контролю отримано не було, хворі на шизофренію всіх без винятку груп дослідження доволі низько оцінювали рівень фізичного здоров'я.

Загалом, згідно з отриманими даними, хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями характеризувались зниженим рівнем самооцінки стану власного здоров'я тотально за всіма параметрами. Аналіз співвідношення оцінок за різними параметрами стану здоров'я у хворих окремих груп дозволив виокремити їх специфічні особливості. Зокрема, хворі з ССЗ при низьких оцінках усіх параметрів здоров'я оцінювали себе більш хворими психічно, ніж фізично та характеризувались наявністю певної суперечності в самооцінці здоров'я: при найнижчій оцінці загального стану власного здоров'я ($3,95 \pm 0,23$ балів), відзначались дещо вищі показники окремо фізичного ($4,84 \pm 0,31$ балів) та психічного здоров'я ($4,30 \pm 0,28$ балів). Зазначене свідчить про стабільно знижений фон настрою, песимізм хворих з ССЗ стосовно стану власного здоров'я, що саме загострюється поєднанням фізичної та психічної патології, кожна з яких окремо оцінюється менш песимістично.

Хворі на шизофренію з ЦД 2, також як і хворі з ССЗ, характеризувались зниженою самооцінкою рівня свого здоров'я за всіма означеними параметрами та наявністю певної суперечності в оцінках: загальний стан здоров'я оцінювався дещо нижче ніж окремо стани фізичного та психічного здоров'я. При цьому хворі з ЦД 2 оцінювали себе як більш хворих фізично ($4,22 \pm 0,27$ балів), ніж психічно ($4,85 \pm 0,33$ балів), що могло відображати певні компенсаторні механізми захисту: визнання фізичної хвороби було менш травматичним для хворих, ніж психічної.

Хворі ж на ожиріння характеризувались також тотально низькою самооцінкою за всіма означеними параметрами, серед яких саме найнижче оцінювався рівень фізичного здоров'я ($4,18 \pm 0,25$ балів) та більш високо — рівень психічного здоров'я ($4,67 \pm 0,30$ балів).

У хворих же контрольної групи відзначались вищі показники рівня психічного здоров'я ($5,42 \pm 0,37$ балів), при значно нижчих оцінках стану фізичного здоров'я ($4,56 \pm 0,28$ балів) та загального стану здоров'я ($4,84 \pm 0,31$ балів).

Загалом отримані дані свідчать, що хворі на соматичні розлади характеризуються зниженим рівнем самооцінки стану власного здоров'я загалом та окремо за станами психічного та фізичного здоров'я, що з одного боку, відображає песимістичність, знижений фон настрою хворих, що зумовлюється наявністю психічного та соматичного захворювань, а з іншого — присутність критичності стосовно стану власного здоров'я. Хворі ж контрольної групи характеризувались наявністю компенсаторної втрати критичності стосовно психічного захворювання з тенденцією до соматизації його психопатологічних проявів та визнанням себе передусім фізично хворими,

незважаючи на реальну відсутність хронічних соматичних захворювань.

Для визначення особливостей сприйняття психічної та соматичної хвороби у хворих на шизофренію використовували Короткий опитувальник сприйняття хвороби в адаптації В. М. Ялтонського, який спрямований передусім на визначення феномену загрози, що несе в собі захворювання та відображає ступінь психологічного стресу у зв'язку з наявністю хвороби. В рамках цього дослідження хворі всіх досліджуваних груп оцінювали за цим опитувальником своє психічне захворювання, а хворі основних груп, окрім психічного, також оцінювали своє соматичне захворювання.

Особливості сприйняття психічного розладу хворими на шизофренію досліджуваних груп графічно подано на рисунку 2. Згідно з отриманими результатами, хворі на шизофренію з ССЗ більш високо оцінювали ступінь впливу психічного захворювання на своє життя ($6,24 \pm 0,3$ балів), більш високо його ідентифікували, тобто відчували його симптоми ($6,67 \pm 0,38$ балів), були більш занепокоєні ним ($6,42 \pm 0,35$ балів) та відзначали його високий вплив на власний емоційний стан ($6,85 \pm 0,39$ балів), при низьких показниках рівня його особистісного контролю ($3,80 \pm 0,23$ балів) та зрозумілості ($4,34 \pm 0,24$ балів), тобто визнання низької здатності його контролювати та розуміти, порівняно з контрольною групою, де ці показники склали $5,12 \pm 0,27$; $4,50 \pm 0,25$; $5,86 \pm 0,31$; $5,53 \pm 0,29$; $5,73 \pm 0,30$; $4,50 \pm 0,25$ та $5,65 \pm 0,30$, відповідно, при $p \leq 0,05$.

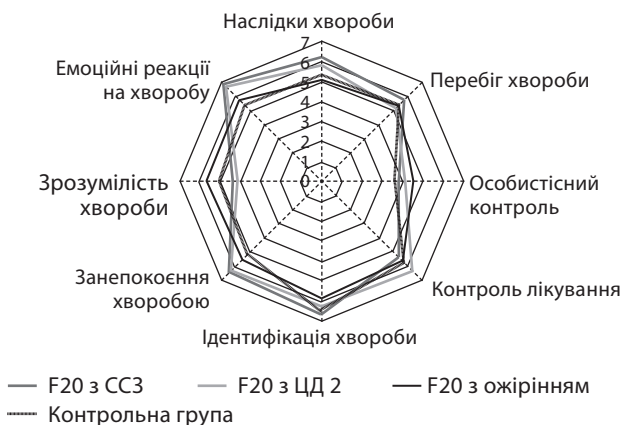


Рис. 2. Особливості сприйняття психічної хвороби хворими на шизофренію досліджуваних груп

Сприйняття психічного розладу хворими з ЦД 2 характеризувалось високим рівнем його ідентифікації ($6,53 \pm 0,32$ балів) при низькому особистісному контролі ($3,58 \pm 0,20$ балів), порівняно з контрольною групою ($5,86 \pm 0,31$ та $4,50 \pm 0,25$, відповідно), при $p \leq 0,05$.

У хворих з ожирінням специфікою сприйняття психічного розладу було визначення його високого впливу на життя ($5,85 \pm 0,31$ балів), визнання ефективності його лікування ($6,36 \pm 0,34$ балів), значної занепокоєності його наявністю ($6,33 \pm 0,34$ балів), вагомим впливом на психоемоційний стан ($6,68 \pm 0,36$ балів) при значній його незрозумілості ($4,12 \pm 0,26$ балів), порівняно з хворими контрольної групи ($5,12 \pm 0,27$; $5,64 \pm 0,30$; $5,53 \pm 0,29$; $5,73 \pm 0,30$ та $5,65 \pm 0,30$ балів, відповідно), при $p \leq 0,05$.

Загалом отримані дані свідчать, що хворі на шизофренію, що ускладнена соматичною патологією, сприймали власний психічний розлад більш загрозливим, що значно посилювало рівень їх психологічного дистресу.

Особливості сприйняття соматичного захворювання хворими на шизофренію основних досліджуваних груп графічно подано на рисунку 3.

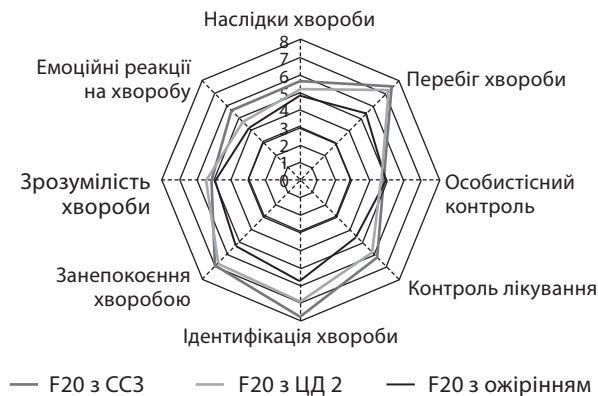


Рис. 3. Особливості сприйняття соматичної хвороби хворими основних груп дослідження

Згідно з отриманими даними, хворі на шизофренію з ССЗ серед хворих основних груп характеризувались найвищим рівнем ідентифікації власної соматичної хвороби ($7,72 \pm 0,43$ балів), визнанням її довготривалості ($7,54 \pm 0,41$ балів), визначенням її високого впливу на життя ($5,65 \pm 0,33$ балів), визнанням ефективності її лікування ($6,25 \pm 0,36$ балів), впливу на психоемоційний стан ($5,62 \pm 0,33$ балів) та значним занепокоєнням соматичною хворобою ($6,95 \pm 0,39$ балів) при найнижчих показниках можливості особистісно впливати на неї ($4,66 \pm 0,28$ балів).

В сприйнятті соматичної хвороби хворими на шизофренію з ЦД 2 також відзначалось визнання її довготривалості ($7,23 \pm 0,43$ балів), доволі високий рівень ідентифікації ($6,88 \pm 0,39$ балів) та занепокоєння її наявністю ($6,74 \pm 0,38$ балів).

Хворі з ожирінням навпаки сприймали своє соматичне захворювання як менш загрозливе, порівняно з хворими з ССЗ та ЦД 2.

Зокрема, згідно з отриманими даними, хворі на шизофренію як найбільшу загрозу сприймали наявність ССЗ та ЦД 2, які значно впливали на їхній емоційний стан, посилюючи рівень психічного дистресу, тоді як діагноз ожиріння значно менше усвідомлювався ними як серйозна загроза.

Особливої уваги потребує аналіз співвідношення показників сприйняття психічного та соматичного захворювань у хворих досліджуваних груп. Зокрема, хворі на шизофренію з ССЗ (рис. 4) характеризувались високим рівнем психоемоційного дистресу внаслідок високих показників загрози як психічного, так і соматичного розладів.

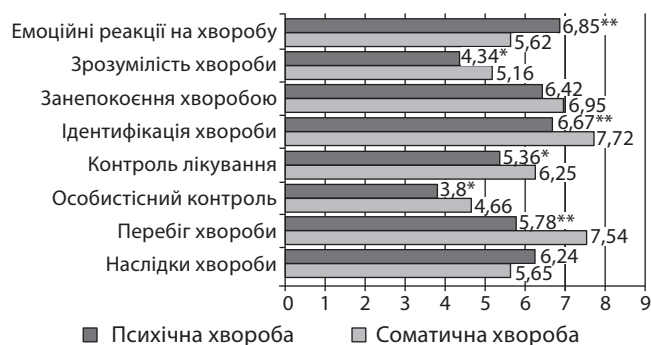


Рис. 4. Особливості сприйняття соматичної та психічної хвороби хворими на шизофренію з ССЗ

При цьому соматичну хворобу хворі з ССЗ сприймали як більш зрозумілу та довготривалу, визнавали ефективність її лікування, можливість її особисто контролювати та здатність ідентифікувати, порівняно з психічною хворобою. Тоді як психічну хворобу сприймали значно більш емоційніше та визнавали менш контрольованою.

Порівняння показників сприйняття психічної та соматичної хвороби хворими на шизофренію з ЦД 2 (рис. 5) виявило, що в свідомості цієї групи хворих визначався значно вищий рівень занепокоєння, визнання більшої довготривалості та можливості особистісного контролю соматичної хвороби, порівняно з психічною. При цьому психічна хвороба, так само як і у хворих з ССЗ, сприймалась значно більш емоційніше, порівняно з соматичною.

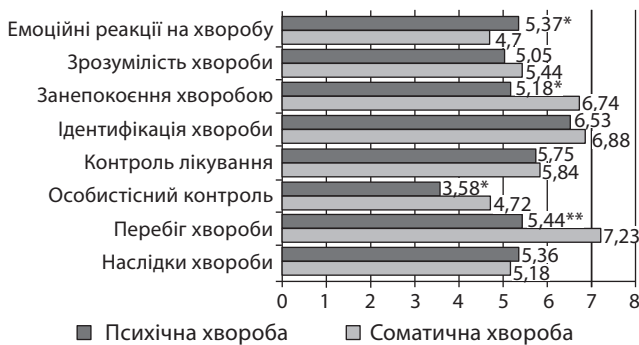


Рис. 5. Особливості сприйняття соматичної та психічної хвороби хворими на шизофренію з ЦД 2

При порівнянні показників за компонентами сприйняття психічної та соматичної хвороби у хворих з ожирінням (рис. 6) виявлено значно вищий рівень занепокоєння психічною хворобою, визнання її вагомого впливу на життя та її більш емоційне сприйняття, ніж соматичного розладу. При цьому контроль лікування психічного розладу виявляється також значно вищим, ніж соматичного захворювання.

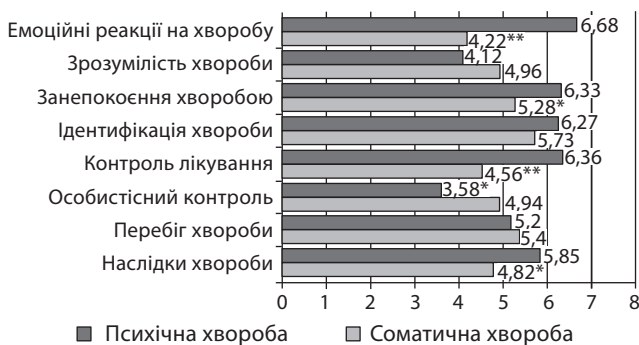


Рис. 6. Особливості сприйняття соматичного та психічного захворювань у хворих на шизофренію з ожирінням

Загалом за даними визначення загального рівня загрози психічного та соматичного захворювань та їх співвідношення у хворих досліджуваних груп (рис. 7) встановлено, що хворі на шизофренію, що ускладнена хронічними соматичними захворюваннями, характеризуються значно вищими показниками рівня загрози психічного розладу, ніж хворі без соматичної обтяженості. Найбільшу загрозу серед соматичних розладів у хворих на шизофренію становлять серцево-судинні захворювання, а найменш загрозливим визнається ожиріння.

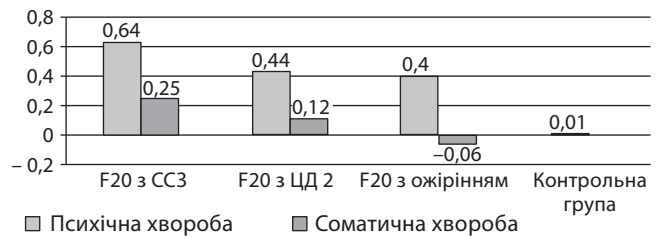


Рис. 7. Загальний рівень сприйняття загрози психічного та соматичного захворювань

Підбиваючи підсумки проведеному дослідженню, слід ще раз наголосити, що наявність соматичної коморбідності в структурі шизофренії відображається певними особливостями самооцінки стану власного здоров'я та сприйняття психічної хвороби, які включають: низький рівень самооцінки стану власного здоров'я загалом та окремо за станами психічного та фізичного здоров'я; збереження критичності та наявність високого рівня когнітивних уявлень щодо психічної хвороби та її значний вплив на психоемоційний стан хворого, занепокоєння її наявністю, проявами та наслідками. Отримані дані свідчать, що виявлені особливості сприйняття психічної хвороби відображають підвищений рівень психологічного дистресу у хворих на шизофренію з соматичними розладами, що зумовлений збереженням критичності стосовно психічної патології та формуванням внаслідок цього песимістичності та зниженого фону настрою. Серед досліджених варіантів соматичної патології хворі на шизофренію як найбільшу загрозу сприймали наявність ССЗ та ЦД 2, які значно впливали на їхній емоційний стан, посилюючи рівень психічного дистресу, тоді як діагноз ожиріння значно менше усвідомлювався ними як серйозна загроза.

Результати проведеного дослідження доцільно використовувати як конкретні мішені психоосвітницької та психотерапевтичної роботи та враховувати під час розроблення комплексних програм терапії цього контингенту хворих.

Список літератури

1. Cohen A. Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями // Всемирная организация здравоохранения. 2017 г. 44 с. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/342915/Comorbidity-report_R-web.pdf.
2. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013—2020 гг. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf?ua=1.
3. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/346330/NCD-ActionPlan-RU.pdf.
4. Druss B. G., Walker E. R. Mental disorders and medical comorbidity // Research synthesis report. 2011. № 21. P. 21—24.
5. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia // Digest of Psychiatry. 2013. Vol. 42, № 3. P. 51—55.
6. Castle David J., Buckley Peter F., Gaughran Fiona P. Physical Health and Schizophrenia // Oxford University Press. 2017. 136 p. DOI: 10.1093/med/9780198811688.001.0001.
7. Особенности внутренней картины болезни и лечения у больных параноидной шизофренией с коморбидной соматической патологией / Семинихин Д. Г., Карпов А. М., Шигабутдинова Ф. Г. [и др.] // Практическая медицина. 2013. №1 (13). <http://pmarchive.ru/osobennosti-vnutrennej-kartiny-bolezni-i-lecheniya-u-bolnyx-paranojdnoj-schizofreniej-s-komorbidnoj-somaticheskoy-patologiej/>.
8. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire / E. Broadbent, C. Wilkes, H. Koschwanetz

[et al.] // Psychology & Health. 2015. Vol. 30. No. 11. P. 1361—1385. DOI: 10.1080/08870446.2015.1070851.

9. Petrie K. J., Broadbent E., Kydd R. R. Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications // Journal of Mental Health. 2008. № 17. P. 559—564. DOI: 10.1080/09638230802523047.

10. Яньшин П. В. Клиническая психодиагностика личности : учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. СПб.: Речь, 2007. 320 с.

11. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В. М. Ялтонский, А. В. Ялтонская, Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Психологичес-

кие исследования. 2017. Т. 10, № 51. С. 1. URL : <http://psystudy.com/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html>.

Надійшла до редакції 08.05.2018 р.

ОПРЯ Євген Васильович, доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprya@yahoo.com

OPRYA Yevgen, Associate Professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: yoprya@yahoo.com