

ОСОБЛИВОСТІ ІНСАЙТУ ПСИХІЧНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА КОМОРБІДНИМИ СОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Одеський національний медичний університет

Подано результати дослідження особливостей усвідомлення психічної хвороби пацієнтами із шизофренією та хронічними соматичними розладами: серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом 2-го типу, ожирінням. Установлено, що такі хворі характеризуються більш високим рівнем інсайту психічної хвороби порівняно з пацієнтами без соматичної обтяженості. Найвищі показники інсайту психічної хвороби відзначено у хворих на шизофренію із серцево-судинними захворюваннями.

Ключові слова: шизофренія, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2-го типу, ожиріння, інсайт.

Актуальність проблеми співвідношення психічної та соматичної патології зумовлена значним зростанням рівня подібних коморбідних станів та їх негативними медико-соціальними наслідками, які пов'язані з вираженими ускладненнями обох варіантів патології, формуванням складнокурабельних форм розладів та передчасною смертністю [1–3]. Так, розповсюдженість соматичної патології серед хворих на шизофренію, за даними різних джерел, становить від 34 до 58% [1, 4]. Саме соматичні розлади визнаються однією з основних причин передчасної смертності хворих на шизофренію, тривалість життя яких на 10–25 років коротша, ніж у загальній популяції населення [5]. Причини високого рівня смертності дослідники вбачають у загальному зниженні захисних сил організму, що обумовлено, з одного боку, генетично, з іншого — довготривалою антипсихотичною терапією, а також несвоечасним зверненням по допомогу та низькою комплаєнтністю хворих через порушення тілесної перцепції, свідомості та критичності щодо стану власного здоров'я [6, 7].

Порушення усвідомлення хвороби є одним із патогномонічних критеріїв при діагностиці шизофренії. Згідно зі статистичними даними від 30 до 97% таких хворих не усвідомлюють наявності у себе психічної хвороби, що значно ускладнює лікування та негативно позначається на його ефективності [8]. У випадку поєднання психічної та соматичної хвороб питання усвідомлення обох варіантів патології значно ускладнюється внаслідок нашаровування однієї симптоматики на іншу та ще й в умовах наявних порушень свідомості у хворих із психопатологічною симптоматикою. У сучасній психіатрії проблему усвідомлення психічної хвороби подано концепцією інсайту, що передбачає формування адекватної оцінки власного хворобливого стану відповід-

но до об'єктивних медико-соціальних висновків спеціалістів [9].

Метою роботи було дослідження особливостей інсайту психічної хвороби у пацієнтів із шизофренією при її поєднанні з хронічними соматичними розладами.

Було обстежено 186 хворих на шизофренію (F20 за МКХ-10), з яких сформовано основні групи дослідження, що становили 136 пацієнтів із хронічною соматичною патологією (50 осіб із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), 42 — з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2) та 44 — з ожирінням), та контрольну групу, до якої увійшли 50 хворих без хронічних соматичних захворювань.

Загальними критеріями включення у дослідження для всіх груп були: наявність верифікованого діагнозу шизофренія (F20); тривалість захворювання не менше трьох років; вік хворого до 60 років; здатність пацієнтів брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань; наявність інформованої згоди.

До основних груп залучалися хворі на шизофренію з компенсованими варіантами соматичних захворювань, тривалість яких становила не менше трьох років. У групу хворих на ССЗ не включалися пацієнти з постінсультними та постінфарктними станами, а також із наявністю інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні серцево-судинній патології. Групу хворих на ЦД-2 являли особи без ознак ожиріння, тобто індекс маси тіла (ІМТ) у них був < 30. У групі пацієнтів із ІМТ > 30 наявність соматичних захворювань, сформованих на фоні ожиріння, не була критерієм виключення.

Для оцінки рівня усвідомлення психічної хвороби, інсайту, у хворих на шизофренію було використано адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) [8].

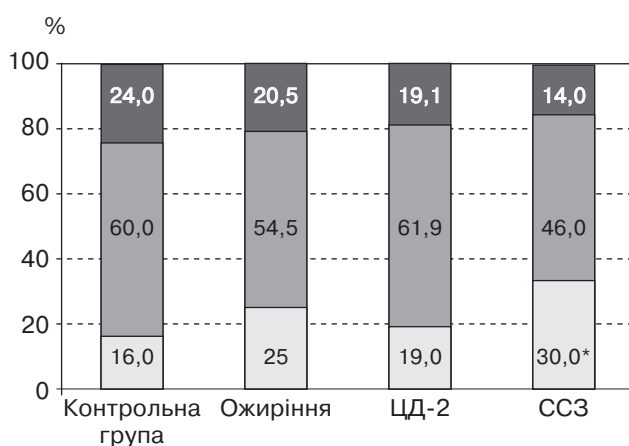
Для визначення особливостей і рівня психопатологічної симптоматики, наявності зв'язків між нею та рівнем інсайту використовувалася клінічна рейтингова шкала позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [10]. Під час статистичної обробки даних застосовувалися методи порівняльної статистики (точний метод Фішера і *t*-критерій Стьюдента) та кореляційний аналіз.

Згідно з результатами дослідження у більшості обстежених основних груп відзначалося часткове усвідомлення психічної хвороби (у 46% хворих із ССЗ; 61,91% — з ЦД-2; у 54,55% — з ожирінням та у 60% пацієнтів контрольної групи, без статистичних відмінностей за групами порівняння), тобто спостерігалася переважна суперечливість і несформованість адекватної репрезентації зовнішньої картини хвороби, відсутність чітких переконань щодо свого захворювання (рисунок).

Порушене усвідомлення, тобто «перекручена» репрезентація об'єктивної реальності хвороби, відзначалось у 14% хворих із ССЗ, у 19,05% — із ЦД-2, у 20,45% — з ожирінням та у 24% пацієнтів контрольної групи (без статистичних відмінностей за групами порівняння).

Повне ж усвідомлення своєї психічної хвороби (адекватна, стійка репрезентація зовнішньої картини хвороби, що повністю збігається з об'єктивною медико-соціальною реальністю захворювання) достовірно частіше відзначалось у хворих із ССЗ (30%, при $p \leq 0,0486$) порівняно з контрольною групою (16%). Серед пацієнтів із ЦД-2 та ожирінням повністю усвідомлювали власне психічне захворювання лише 19,05 та 25,0% хворих відповідно (без статистичної різниці з контрольною групою).

Детальний аналіз структури інсайту обстежених за групами порівняння показав таке. Уста-



Рівень інсайту психічної хвороби у пацієнтів обстежених груп: □ — повне усвідомлення; ■ — часткове; ■ — порушене. Статистично достовірні відмінності з контрольною групою позначено *

новлено, що у хворих основних груп значно вищий рівень усвідомлення наявності психічного розладу за критеріями «Усвідомлення» ($2,63 \pm 0,21$ бала у хворих із ССЗ; $2,82 \pm 0,19$ бала — із ЦД-2 та $2,76 \pm 0,23$ бала — з ожирінням) та «Сприйняття оточуючих» ($2,56 \pm 0,16$ бала у хворих із ССЗ; $2,73 \pm 0,22$ бала — із ЦД-2 та $2,64 \pm 0,19$ бала — з ожирінням) порівняно з контрольною групою ($3,45 \pm 0,19$ та $3,37 \pm 0,17$ бала відповідно, при $p \leq 0,05$).

Окрім того, хворі із ССЗ характеризувались також значно вищим рівнем усвідомлення необхідності лікування ($1,88 \pm 0,18$ бала) та ефекту від медикаментів ($1,86 \pm 0,19$ бала), а також розумінням причин симптомів психічного розладу ($2,86 \pm 0,25$ бала) порівняно з контролем, де ці показники становили $2,54 \pm 0,23$ та $3,62 \pm 0,28$ бала відповідно при $p \leq 0,05$.

Хворі ж на ЦД-2, окрім більш високого рівня усвідомлення наявності у себе психічного розладу та сприйняття його оточуючими, також краще сприймали той факт, що оточення вважає за необхідне лікувати їхній психічний розлад ($2,46 \pm 0,21$ бала), порівняно з контрольною групою ($3,18 \pm 0,24$ бала при $p \leq 0,05$).

У структурі інсайту пацієнтів з ожирінням також, окрім більш високого рівня усвідомлення наявності психічного розладу та сприйняття його оточуючими, зафіксовано більш високий рівень усвідомлення та розуміння причин необхідності лікування ($2,14 \pm 0,20$ та $2,48 \pm 0,22$ бала відповідно) порівняно з контрольною групою (відповідно $2,82 \pm 0,21$ та $3,24 \pm 0,20$ при $p \leq 0,05$).

Отже, хворі на шизофренію із соматичними захворюваннями краще усвідомлювали наявність у себе психічного розладу, а також той факт, що оточуючі люди помічають їхню хворобу. Більше того, хворі із ССЗ та ожирінням краще усвідомлювали необхідність лікування психічного захворювання, тоді як пацієнти із ЦД-2 краще усвідомлювали, що їхнє оточення вважає за необхідне лікування психічного розладу. При цьому у структурі інсайту найменш усвідомлюваними хворими на шизофренію як в основних, так і контрольній групах були «визначення психічного розладу» та його назва. Як назву психопатологічного розладу хворі основних груп використовували переважно варіанти, що окреслювали психопатологічні порушення (включаючи жаргонні): «божевілля», «депресія», «емоційна збудливість», «психи», «психоз», «психічний стан», «шиза», «глюки» і т. д.

Загалом згідно з результатами аналізу середніх показників за шкалами SUMD у структурі інсайту хворих на ССЗ відзначався доволі високий рівень усвідомлення ефекту медикаментів ($2,12 \pm 0,21$ бала), соціальних наслідків психічної хвороби ($2,25 \pm 0,19$ бала) та необхідності лікування

(2,42±0,22 бала), при цьому здатність пацієнтів інтегрувати весь спектр психопатологічних переживань в уявленні про свою психічну хворобу (визначення психічного розладу) та коректно визначати назву власного психічного розладу були найнижчими у загальній структурі інсайту (3,42±0,25 та 3,34±0,23 бала відповідно). Усвідомлення ж наявності психічного розладу у хворих на ССЗ, хоча і було частковим (2,77±0,20 бала), однак все ж таки значно вищим, ніж в осіб контрольної групи (3,46±0,22 бала при $p \leq 0,05$).

У структурі інсайту хворих із ЦД-2 найвищий рівень спостерігався за шкалами «Ефект медикаментів» (2,32±0,18 бала) та «Соціальні наслідки» (2,47±0,20 бала), найнижчі — за шкалами «Визначення психічного розладу» (3,35±0,23 бала), «Назва психічного розладу» (3,40±0,20 бала) та «Симптоми психічного розладу» (3,03±0,22 бала). Отже, пацієнти із ЦД-2 найкраще усвідомлювали ефект від медикаментів та соціальних наслідків психічного розладу, при цьому найменш коректно визначали психічний розлад, його назву та симптоми.

Загальна структура інсайту хворих на ожиріння була схожа на таку у пацієнтів із ССЗ: вони найбільш точно усвідомлювали соціальні наслідки власної психічної хвороби (2,05±0,16 бала), ефект від медикаментів (2,37±0,22 бала) та необхідність лікування (2,49±0,20 бала), при цьому найгірше визначали психічний розлад (інтегрували весь спектр психопатологічних переживань та порушень) та його коректну назву (3,16±0,24 та 3,22±0,21 бала відповідно).

Усвідомлення наявності психічного розладу у хворих з ожирінням так само, як і у пацієнтів із ССЗ, було частковим (2,79±0,21 бала), при цьому значно вищим, ніж у контролі (3,46±0,22 бала, при $p \leq 0,05$).

У структурі інсайту хворих контрольної групи найбільш усвідомлюваними були критерії «Соціальні наслідки хвороби» (2,48±0,22 бала) та «Ефект від медикаментів» (2,59±0,23 бала), при цьому найгірше усвідомлювалось визначення психічного розладу (3,75±0,26 бала), назва (3,64±0,22 бала) та загалом його наявність (3,46±0,22 бала) і симптоми (3,27±0,20 бала).

Окремої уваги заслуговує питання співвідношення між рівнем усвідомлення психічної хвороби та особливостями клініко-психопатологічних проявів шизофренії. За результатами проведеного кореляційного аналізу було встановлено наявність прямих достовірних кореляцій між рівнем інсайту та загальною психопатологічною симптоматикою (шкала G) ($r = 0,38$), зокрема депресією (шкала G6) ($r = 0,56$), тривожністю (шкала G2) ($r = 0,50$), іпохондризацією (шкала G1) ($r = 0,40$) та аутизацією (шкала G15) ($r = 0,34$); а також не-

гативних кореляцій з недостатністю суджень та критики (шкала G12) ($r = -0,32$) і концептуальною дезорганізацією мислення (шкала P2) ($r = -0,38$). Високий рівень інсайту психічної хвороби було асоційовано з високим рівнем тривожно-депресивної симптоматики, іпохондризації та аутизацією при низькій вираженості концептуальної дезорганізації та порушень мислення і навпаки.

У цілому, підбиваючи підсумки проведеного дослідження, слід зазначити, що хворі на шизофренію із соматичними захворюваннями характеризувались вищим рівнем усвідомлення психічної хвороби порівняно з особами контрольної групи, при цьому найвищий рівень інсайту психічної хвороби виявлено у пацієнтів із ССЗ. У структурі інсайту хворих основних груп найбільш усвідомлюваними були: факт наявності психічного розладу та його визнання оточуючими, необхідність його лікування та ефект від психофармакотерапії. У хворих контрольної групи (без соматичної патології) спостерігалися нижчий рівень усвідомлення, визнання у себе наявності психічного розладу та низька здатність ототожнювати власні психопатологічні симптоми з реально існуючим психічним захворюванням.

Список літератури

1. Менделевич Б. Д. К вопросу о распространенности соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами / Б. Д. Менделевич, А. М. Кукулина // Казанский мед. журн.— 2012 — Т. 93, № 3.— С. 532–534.
2. Ревенок О. А. Особенности сопутствующей соматической патологии у больных параноидной шизофренией / О. А. Ревенок, Я. Ю. Марункевич // Архив психиатрии.— 2014.— № 4 (79).— С. 75–79.
3. Семке А. В. Шизофрения, сочетанная с соматической патологией: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты / А. В. Семке, Ю. Л. Мальцева // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2009.— № 3.— С. 42–44.
4. Тюркина Т. А. Сопутствующие соматические заболевания у больных шизофренией / Т. А. Тюркина // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2010.— № 5 (62).— С. 47–49.
5. Castle D. J. Physical Health and Schizophrenia / D. J. Castle, P. F. Buckley, F. P. Gaughran.— Oxford University Press, 2017.— 136 p.
6. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia / R. Tandon // Digest of Psychiatry.— 2013.— Vol. 42, № 3.— P. 51–55.
7. Kozumplik O. Psychotic disorders and comorbidity: somatic illness vs side effect / O. Kozumplik, S. Uzun, M. Jakovljević // Danubina psychiatria.— 2009.— Vol. 21, № 3.— P. 361–367.

8. Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії: метод. рек. / В. А. Абрамов, О. І. Осокіна, О. Г. Студзінський, С. Г. Ушенін.— К., 2011.— 29 с.
9. *Крупченко Д. А.* Клиническое значение нарушений инсайта при шизофрении / Д. А. Крупченко // Мед. новости.— 2014.— № 4.— С. 57–60.
10. *Мосолов С. Н.* Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов.— М.: Б. и., 2001.— 238 с.

ОСОБЕННОСТИ ИНСАЙТА ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И КОМОРБИДНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. В. ОПРЯ

Представлены результаты исследования особенностей осознания психической болезни пациентами с шизофренией и хроническими соматическими расстройствами: сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом 2-го типа, ожирением. Установлено, что такие больные характеризуются более высоким уровнем инсайта психической болезни по сравнению с пациентами без соматической отягощенности. Самые высокие показатели инсайта психической болезни отмечены у больных шизофренией с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ключевые слова: шизофрения, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, инсайт.

THE FEATURES OF MENTAL ILLNESS INSIGHT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND COMORBID SOMATIC DISORDERS

Ye. V. OPRIA

The results of the study of the features of mental illness awareness in patients with schizophrenia with chronic somatic disorders: cardiovascular diseases, type 2 diabetes and obesity are presented. It was established that such patients are characterized by a higher level of insight into mental illness, compared with the patients without somatic complications. The highest level of insight of mental illness was noted in patients with schizophrenia with cardiovascular diseases.

Key words: schizophrenia, cardiovascular diseases, type 2 diabetes, obesity, insight.

Надійшла 24.07.2018