

ОСОБЛИВОСТІ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ ПСИХІЧНИХ ТА СОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СВІДОМОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З КОМОРБІДНИМИ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Одеський національний медичний університет

Подано результати дослідження особливостей сприйняття психічного та соматичного стану хворими на шизофренію з коморбідними серцево-судинними захворюваннями. Установлено, що вони мали низький рівень самооцінки стану власного здоров'я загалом та окремо психічного й фізичного здоров'я. У таких пацієнтів були збережені критичність відносно психічного розладу та сприйняття його як значно більшої загрози для життя, ніж соматичне захворювання.

Ключові слова: шизофренія, серцево-судинні розлади, коморбідність, сприйняття хвороби.

Найбільш розповсюдженою соматичною патологією та головною причиною передчасної смертності при шизофренії є серцево-судинні розлади [1–3]. Висока частота серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на шизофренію зумовлює специфіку самого психотичного процесу, метаболічні побічні ефекти антипсихотичної терапії та соціальні детермінанти [4–6]. Оцінити внесок кожного фактора у формування серцево-судинних дисфункцій у таких пацієнтів вкрай важко, враховуючи складний зв'язок між ними та психопатологічними порушеннями [7, 8]. Окремою проблемою є своєчасне виявлення у них серцево-судинних розладів, що значно ускладнюється через перекриття соматичних симптомів психопатологічною симптоматикою та специфічних психопатологічних проявів шизофренії у вигляді порушень перцепції та свідомості. Оскільки порушення свідомості є одним із патогномонічних критеріїв шизофренії, усвідомлення та адекватне сприйняття власного стану здоров'я, соматичних та психічних симптомів хворими нерідко патологічні [9]. При цьому саме усвідомлення та сприйняття хвороби зумовлюють поведінку хворого, його прихильність до терапії та, відповідно, ефективність лікування [10]. У зв'язку із цим визначення особливостей свідомості хворих на шизофренію відносно свого психічного та соматичного стану особливо актуальне та доцільне для вдосконалення діагностики і терапії поєднаних психосоматичних станів.

Мета цього дослідження — дослідити особливості сприйняття власного психічного та соматичного стану хворими на шизофренію з коморбідними ССЗ.

Обстежено 100 хворих на шизофренію (F20 за МКХ-10), з яких 50 мали хронічну серцево-судинну патологію (основна група), інші 50 осіб — без хронічної соматичної обтяженості (контрольна група). До основної групи увійшли хворі на шизофренію

із ССЗ тривалістю не менше трьох років, які на момент дослідження були компенсовані. Особи з постінсультними та постінфарктними станами у дослідження не включались.

За результатами обстеження у структурі серцево-судинної патології пацієнтів основної групи переважали ішемічна хвороба серця — 64% та гіпертонічна хвороба — 52%, також були зафіксовані порушення серцевого ритму — 14%, кардіоміопатії — 6%, вади серця — 4% та варикозне розширення судин — 4%. У більшості випадків спостерігалася коморбідність кількох ССЗ одночасно. У переважній більшості (у 76%) обстежених серцево-судинну патологію було діагностовано вже після верифікації діагнозу шизофренія, тобто формування ССЗ відбувалося у рамках психотичного розладу. Розподіл за статтю та віком обстежених осіб був однорідним між групами дослідження, середній вік хворих основної групи становив 41,8 року, контрольної — 39,4 року.

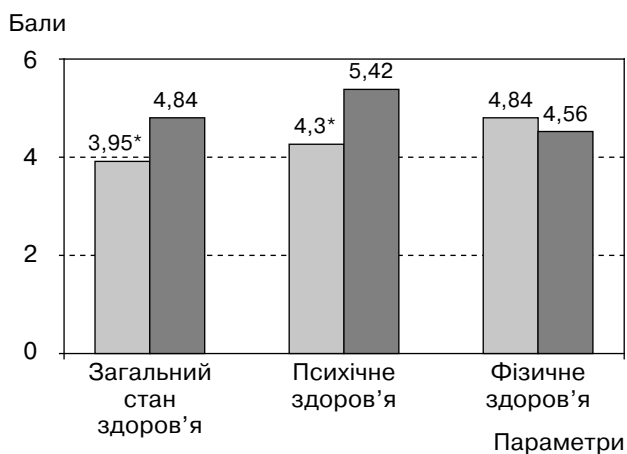
Як методи дослідження використовувались: модифікований варіант тесту Дембо — Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного й фізичного здоров'я [11]; адаптований варіант SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) для оцінки рівня інсайту психічної хвороби [12]; Короткий опитувальник сприйняття хвороби (КОВБ, VIPQ) в адаптації В. М. Ялтонського [13]. При статистичній обробці отриманих даних використано дескриптивний аналіз та методи порівняльної статистики (t -критерій Стьюдента та точний метод Фішера).

Оцінка власного здоров'я та визнання або, навпаки, невизнання себе хворим є одними зі складових «свідомості хвороби». Для оцінки власного психічного та соматичного стану в уяві пацієнтів використовувався модифікований варіант методики Дембо — Рубінштейн, що передбачав графічне

відображення трьох параметрів: «Загальний стан здоров'я», «Стан психічного здоров'я» та «Стан фізичного здоров'я», поданих двополюсними шкалами з означеною серединою. Нижній полюс шкал відображав найнижчі оцінки (найбільш хворий), а верхній — найвищі оцінки (найбільш здоровий). Рівень самооцінки за кожною шкалою оцінювався у балах відповідно до градації оцінок у сантиметрах (у діапазоні від 0 до 10). Графічно отримані дані відображено на рисунку.

Згідно з нашими даними рівень самооцінки загального стану здоров'я хворих на шизофренію незалежно від групи порівняння був доволі низьким (не перевищував позначки у 5 балів). При цьому обстежені основної групи значно нижче, ніж хворі контрольної групи, оцінювали загальний стан свого здоров'я (відповідно $3,95 \pm 0,23$ і $4,84 \pm 0,31$ бала, $p \leq 0,001$). Рівень власного психічного здоров'я хворі основної групи також оцінювали значно нижче, ніж у контрольній (відповідно $4,30 \pm 0,28$ і $5,42 \pm 0,37$ бала, $p \leq 0,001$). За рівнем фізичного здоров'я статистичних відмінностей між групами порівняння отримано не було.

Співвідношення показників самооцінки окремо за трьома параметрами стану здоров'я (загального, психічного та фізичного) виявило, що пацієнти основної групи оцінювали себе як більш хворих психічно, ніж фізично. Але спостерігалось певне протиріччя у самооцінці здоров'я: при найнижчій оцінці загального стану ($3,95 \pm 0,23$ бала) відзначалися дещо вищі показники окремо фізичного ($4,84 \pm 0,31$ бала) та психічного ($4,30 \pm 0,28$ бала) здоров'я. Зазначене свідчить про стабільно знижений фон настрою, песимізм хворих із ССЗ відносно стану власного здоров'я, що загострюється поєднанням фізичної та психічної патології, кожна з яких окремо оцінюється менш песимістично.



Самооцінка стану здоров'я хворими на шизофренію у групах порівняння: * — статистичні відмінності між групами порівняння; ■ — основна група; ■ — контрольна група

У хворих контрольної групи відзначалися більш високі показники рівня психічного здоров'я ($5,42 \pm 0,37$ бала) при значно нижчих оцінках стану фізичного здоров'я ($4,56 \pm 0,28$ бала) та загального стану здоров'я ($4,84 \pm 0,31$ бала), що відображало наявність компенсаторної втрати критичності відносно власного психічного захворювання з тенденцією до соматизації його психопатологічних проявів та визнання себе передусім фізично хворим, незважаючи на реальну відсутність хронічних соматичних захворювань.

За допомогою SUMD встановлено, що за рівнем інсайту більшість обстежених в обох групах порівняння характеризувалися частковим усвідомленням психічної хвороби (46 % серед осіб основної групи та 60 % — контрольної, без статистичних відмінностей), тобто переважною суперечливістю і несформованістю адекватної репрезентації зовнішньої картини хвороби, відсутністю чітких переконань щодо свого захворювання. Порухене усвідомлення, тобто перекручена репрезентація об'єктивної реальності хвороби, відзначалось у 14 % хворих основної групи та у 24 % — контрольної, теж без статистичних відмінностей. Повне ж усвідомлення психічної хвороби (адекватна й стійка репрезентація зовнішньої картини хвороби, що повністю збігається з об'єктивною медико-соціальною реальністю захворювання) достовірно частіше відзначалася у хворих основної групи (30 %) порівняно з контрольною (16 %), $p \leq 0,05$.

Аналіз середніх показників за шкалами SUMD продемонстрував, що особи основної групи характеризувалися високим рівнем усвідомлення ефекту медикаментів ($2,12 \pm 0,21$ бала), соціальних наслідків психічної хвороби ($2,25 \pm 0,19$ бала) та необхідності лікування ($2,42 \pm 0,22$ бала), однак здатність пацієнтів інтегрувати весь спектр психопатологічних переживань в уявленні про свою психічну хворобу (шкала визначення психічного розладу) та коректно назвати власний психічний розлад були найнижчими у загальній структурі інсайту ($3,42 \pm 0,25$ та $3,34 \pm 0,23$ бала). Усвідомлення наявності психічного розладу у хворих основної групи, хоча і було частковим ($2,77 \pm 0,20$ бала), однак значно вищим, ніж в обстежених контрольної групи ($3,46 \pm 0,22$ бала, $p \leq 0,05$). У структурі інсайту хворих контрольної групи найбільш усвідомлюваними були соціальні наслідки хвороби ($2,48 \pm 0,22$ бала) та ефект від медикаментів ($2,59 \pm 0,23$ бала), при цьому найнижчим чином усвідомлювалось визначення психічного розладу ($3,75 \pm 0,26$ бала), назва ($3,64 \pm 0,22$ бала) та загалом його наявність ($3,46 \pm 0,22$ бала) і симптоми ($3,27 \pm 0,20$ бала).

Детальний аналіз структурних компонентів інсайту психічної хвороби за критеріями «Усвідомлення», «Розуміння причин» та «Сприйняття

оточуючих» виявив, що пацієнти основної групи добре усвідомлювали необхідність лікування психічної хвороби ($1,88 \pm 0,18$ бала), наявний ефект від лікування медикаментами ($1,86 \pm 0,19$ бала) та соціальні наслідки психічної хвороби ($1,86 \pm 0,21$ бала), однак недостатньо розуміли причини власного психічного розладу ($3,12 \pm 0,18$ бала). За результатами порівняльного аналізу встановлено, що обстежені основної групи характеризувалися 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 контрольною групою, показники якої становили $2,54 \pm 0,23$ та $3,62 \pm 0,28$ бала відповідно, $p \leq 0,05$. Отже, хворі із ССЗ виявилися більш здатними усвідомлювати необхідність лікування психічної хвороби, пов'язувати власну психопатологічну симптоматику з наявним психічним розладом та оцінювати зміни у своєму психічному стані з впливом терапії. Загалом хворі із ССЗ краще усвідомлювали наявність у себе психічного захворювання порівняно з пацієнтами контрольної групи, однак так, як і вони, не були здатні адекватно визначити власне психічне захворювання та його назву, досить часто ототожнюючи соматичні та психопатологічні симптоми або, навпаки, визнаючи психопатологічні симптоми наслідком соматичного захворювання.

У випадку поєднання шизофренії із соматичним захворюванням актуальними були питання сприйняття не тільки психічної, але й соматичної хвороби, а також аналіз їх співвідношення. Для визначення особливостей сприйняття психічної та соматичної хвороб у пацієнтів із шизофренією використовувався КОВБ/ВІРQ в адаптації В. М. Ялтонського, який спрямований передусім на визначення феномену загрози, що несе в собі захворювання, та відображає ступінь психологічного стресу через наявність хвороби. Усі обстежені оцінювали за даним опитувальником своє психічне захворювання, а в основній групі також і соматичне. Згідно з отриманими результатами пацієнти основної групи більш високо оцінювали ступінь впливу психічного захворювання на своє життя ($6,24 \pm 0,36$ бала), ідентифікували його симптоми ($6,67 \pm 0,38$ бала), вони були більше занепокоєні хворобою ($6,42 \pm 0,35$ бала) та відзначали її великий вплив на власний емоційний стан ($6,85 \pm 0,39$ бала) при низькому рівні особистісного контролю ($3,80 \pm 0,23$ бала) та зрозумілості ($4,34 \pm 0,24$ бала). Отже, хворі на шизофренію із коморбідними ССЗ мали низьку здатність контролювати та розуміти свій патологічний стан порівняно з особами контрольної групи, де такі показники становили $5,12 \pm 0,27$; $4,50 \pm 0,25$; $5,86 \pm 0,31$; $5,53 \pm 0,29$; $5,73 \pm 0,30$; $4,50 \pm 0,25$ та $5,65 \pm 0,30$ бала відповідно, $p \leq 0,05$.

Загалом результати тестування свідчать, що хворі із ССЗ у структурі шизофренії сприймали власний психічний розлад як більш загрозовий, ніж обстежені контрольної групи, що відображало значно вищий рівень у них психоемоційного дистресу внаслідок психічного захворювання.

Вивчення особливостей сприйняття власного соматичного захворювання хворими на шизофренію у порівняльному аспекті з компонентами сприйняття психічного розладу показало таке. Вони характеризувалися високим рівнем ідентифікації власної соматичної хвороби ($7,72 \pm 0,43$ бала), визнавали її як хронічну ($7,54 \pm 0,41$ бала) та були значно занепокоєні нею ($6,95 \pm 0,39$ бала) при найнижчих показниках можливості особистісного впливу ($4,66 \pm 0,28$ бала).

При зіставленні даних сприйняття психічного та соматичного захворювань у пацієнтів основної групи спостерігається високий рівень психоемоційного дистресу за рахунок високих показників загрози як психічного, так і соматичного розладу. При цьому соматична хвороба сприймалась ними як більш зрозуміла та хронічна, визнавалась ефективність лікування, можливість її особисто контролювати та здатність ідентифікувати. Водночас психічне захворювання сприймалось значно більш емоційно, визнавалось менш контрольованим особисто та таким, що менше піддається терапії, частіше оцінювалось як швидкоплинне.

За загальним рівнем загрози психічного та соматичного захворювань та їх співвідношення у хворих встановлено, що основна група характеризувалася значно вищими показниками щодо психічного розладу, ніж соматичного ($0,64$ і $0,25$ бала відповідно, $p \leq 0,02$). Це відображає той факт, що психічна хвороба в уявленні пацієнтів із ССЗ була вагомим психотравмуючим фактором.

У цілому отримані в ході дослідження дані дають змогу визначити, що хворі на шизофренію із ССЗ мали низьку самооцінку стану власного здоров'я загалом і окремо як психічного, так і фізичного. У них була збережена критичність відносно психічного розладу та сприйняття його як значно вищої загрози для життя, ніж соматичне захворювання, що відображає високий рівень психологічного дистресу, зумовленого усвідомленням наявності та наслідків психічного захворювання. При цьому пацієнти із ССЗ, як і обстежені контрольної групи, не були здатні адекватно визначити свій психічний стан, досить часто пов'язували між собою соматичні та психопатологічні симптоми, визнаючи психопатологічну симптоматику наслідком соматичного захворювання або навпаки. Результати проведеного дослідження мають важливе значення для удосконалення психоосвітницької та психотерапевтичної роботи.

Список літератури

1. *Cohen A.* Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями: справочный технический доклад / А. Cohen // Всемирная организация здравоохранения.— 2017.— 44 с.— URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/addressing-comorbidity-between-mental-disorders-and-major-noncommunicable-diseases-2017>
2. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013–2020 гг.— Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.— URL: <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan>
3. *Druss B.* Mental disorders and medical comorbidity / B. Druss, E. Reisinger // Research synthesis report.— 2011.— № 21.— P. 21–24.
4. *Tandon R.* Medical comorbidities of schizophrenia / R. Tandon // Digest of Psychiatry.— 2013.— Vol. 42, № 3.— P. 51–55.
5. *Castle D. J.* Physical Health and Schizophrenia / D. J. Castle, P. F. Buckley, F. P. Gaughran // Oxford University Press.— 2017.— 136 p.
6. *Менделевич Б. Д.* К вопросу о распространенности соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами / Б. Д. Менделевич, А. М. Куклина // Казанский медицинский журн.— 2012.— Т. 93, № 3.— С. 532–534.
7. *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.
8. *Тюркина Т. А.* Сопутствующие соматические заболевания у больных шизофренией / Т. А. Тюркина // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2010.— № 5 (62).— С. 47–49.
9. Особенности внутренней картины болезни и лечения у больных параноидной шизофренией с коморбидной соматической патологией / Д. Г. Семинихин, А. М. Карпов [и др.] // Практическая медицина.— 2013.— № 1.
10. Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications / K. J. Petrie, E. Broadbent [et al.] // J. of Mental Health.— 2008.— № 17.— P. 559–564.
11. *Яньшин П. В.* Клиническая психодиагностика личности: учеб.-метод. пособ. / П. В. Яньшин.— 2-е изд., испр.— СПб.: Речь, 2007.— 320 с.
12. Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії: метод. рекомендації / В. А. Абрамов, О. І. Осокіна, О. Г. Студзінський, С. Г. Ушенін.— К., 2011.— 29 с.
13. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В. М. Ялтонский, А. В. Ялтонская, Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Психологические исследования.— 2017.— Т. 10, № 51.— С. 1.— URL: <http://psystudy.ru>

**ОСОБЕННОСТИ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В СОЗНАНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
С КОМОРБИДНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Е. В. ОПРЯ

Представлены результаты исследования особенностей восприятия психического и соматического состояния больными шизофренией с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Установлено, что они имели низкий уровень самооценки состояния собственного здоровья в целом и отдельно психического и физического здоровья. У таких пациентов были сохранены критичность в отношении психического расстройства и восприятие его как значительно большей угрозы для жизни, чем соматическое заболевание.

Ключевые слова: шизофрения, сердечно-сосудистые расстройства, коморбидность, восприятие болезни.

**THE FEATURES OF MENTAL AND SOMATIC DISORDER REPRESENTATION
IN THE AWARENESS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND CARDIOVASCULAR COMORBIDITY**

Ye.V. OPRIA

The results of the study of peculiarities of the perception of the mental and somatic state of patients with schizophrenia and cardiovascular comorbidity were presented. It was established that they were characterized by low self-esteem of the state of their own health as a whole and, separately of mental and physical health. They preserved criticality in relation to the mental disorder and perceiving its greater threat to life than somatic disease.

Key words: schizophrenia, cardiovascular disorders, comorbidity, disease perception.

Надійшла 26.07.2018