

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

А.С. Ким, С.О. Федяй

В силу преобладающих клинико-психологических механизмов при доминирующих клинических синдромах параноидной шизофрении возможно наличие интрапсихического конфликта, что обуславливает целесообразность проведения аналогии с невротическими состояниями.

Ключевые слова: параноидная шизофрения; интрапсихический конфликт; феномен одиночества; апато-абулический синдром; галлюцинаторно-бредовый синдром; тревожно-депрессивный синдром; выученная беспомощность.

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью в общей популяции шизофрении, в частности параноидной формы, что неизбежно приводит к большим экономическим затратам государства [1, 2]. Шизофрения является одной из основных причин среди всех расстройств психиатрического спектра, приводящих к инвалидности [3]. Склонность к самостигматизации обуславливает негативное отношение к лечебному процессу и затрудняет раннюю диагностику и профилактику обострений. Повышенный риск самоубийства приводит к значительному сокращению продолжительности жизни у такой категории лиц [4].

Противоречивость исследований, посвященных изучению этой патологии, свидетельствует о необходимости дальнейшего ее изучения с целью разработки наиболее эффективных стратегий психофармакотерапии.

Целью нашего исследования является изучение клинико-психологической структуры доминирующих синдромов при параноидной шизофрении, способствующей формированию оптимизации процесса дифференцированных подходов к терапии и диагностики.

Задачи исследования:

1. Идентифицировать клинико-психологические механизмы, обуславливающие специфич-

ность клинических синдромов при параноидной шизофрении.

2. Изучить структуру клинических синдромов, влияющих на процесс формирования тревожно-депрессивных нарушений.

3. Выделить специфичность тревожно-депрессивных сдвигов, обуславливающих формирование клиничко-психологических нарушений при шизофрении.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было исследовано 75 пациентов с диагнозом “Параноидная шизофрения” на базе отделений РЦПЗ г. Бишкек.

Методы исследования: стандартизированные шкалы по оценке тревоги Спилберга – Ханина, депрессии Цунга, опросник жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте, модифицированная шкала измерения одиночества UCLA, краткая психиатрическая шкала BPRS, полуформализованное интервью, корреляционный анализ.

Результаты и обсуждение. Все выделенные группы были репрезентативны по полу, возрасту и уровню образования.

Таблица 1 – Распределение пациентов по продолжительности расстройства

| Продолжительность заболевания | Кол-во пациентов, n | Кол-во пациентов, % |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|
| 1–3 года | 15 | 20 |
| 3–5 лет | 9 | 12 |
| Свыше 5 лет | 51 | 68 |
| Итого | 75 | 100 |

Лиц страдающих параноидной шизофренией свыше 5 лет было больше половины числа всех исследуемых – 51 (68 %). Категории до трех лет и до

пяти лет составили 20 и 12 % опрошенных соответственно.

Таблица 2 – Степень выраженности синдромов по краткой психиатрической шкале BPRS

| Синдром | Кол-во пациентов, n | Кол-во пациентов, % |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Тревожно-депрессивный | 34 | 45,3 |
| Галлюцинаторно-бредовый | 23 | 30,7 |
| Апато-абулический | 18 | 24 |
| Итого | 75 | 100 |

Таким образом, было выделено три группы: с преобладанием тревожно-депрессивного синдрома, галлюцинаторно-бредового и апато-абулического.

Таблица 3 – Степень напряженности МПЗ по опроснику жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте

| Механизмы психологической защиты | Средняя степень напряженности, % |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Отрицание | 67 |
| Интеллектуализация | 58 |
| Проекция | 54 |
| Регрессия | 46 |
| Подавление | 33 |
| Компенсация | 14 |
| Замещение | 10 |
| РО | 5 |
| ОНЗ | 46 |

По напряженности преобладают такие МПЗ, как отрицание, интеллектуализация и проекция.

При преобладании в клинической картине тревожно-депрессивного синдрома было зарегистри-

Таблица 4 – Таблица сравнительных результатов

| Преобладающий синдром по BPRS | Уровень депрессии по шкале Цунга, М ± m | Коэффициент достоверности, p | Уровень одиночества по шкале UCLA, М±m | Коэффициент достоверности, p |
|-------------------------------|---|------------------------------|--|------------------------------|
| Тревожно-депрессивный | 60,1±0,7 | < 0,001 | 63,2±0,5 | < 0,001 |
| Галлюцинаторно-бредовый | 34,5±1,1 | < 0,001 | 38,4±0,7 | < 0,001 |
| Апато-абулический | 30,9±0,3 | < 0,001 | 30,1±0,9 | < 0,001 |

Окончание таблицы 4 – Сравнительные результаты

| Преобладающий синдром по BPRS | Уровень ЛТ по шкале Спилберга – Ханина, М±m | Коэффициент достоверности, p | ОНЗ по шкале Плутчика – Келлермана – Конте | Коэффициент достоверности, p |
|-------------------------------|---|------------------------------|--|------------------------------|
| Тревожно-депрессивный | 49,5±0,2 | < 0,001 | 50,5±5,5 | < 0,001 |
| Галлюцинаторно-бредовый | 50,1±1,2 | < 0,001 | 75± 3,9 | < 0,001 |
| Апато-абулический | 46,3±1,3 | < 0,001 | 43,7±3,6 | < 0,001 |

стрировано наличие выраженного феномена одиночества $63,2 \pm 0,5$ ($p < 0,001$) и депрессивного аффекта $60,1 \pm 0,7$ ($p < 0,001$) (см. таблица 4). Наличие связи высоко достоверно, связь прямая, сильная $r = 0,971$ ($p < 0,001$). Уровень тревоги в этой группе превышал умеренные значения $49,5 \pm 0,2$ ($p < 0,001$) и был зарегистрирован у всех опрошенных (см. окончание таблицы 4).

При преобладании галлюцинаторно-бредовой симптоматики не получено данных о наличии депрессии или феномена одиночества, на фоне высоких цифр личностной тревоги $50,1 \pm 1,2$ ($p < 0,001$).

При апато-абулическом синдроме показатели напряженности МПЗ, депрессии и феномена одиночества характеризовались низкой степенью выраженности $43,7 \pm 3,6$; $30,9 \pm 0,3$; $30,1 \pm 0,9$ соответственно ($p < 0,001$). При этом тревога была выражена умеренно $39 \pm 4,2$ ($p < 0,001$).

Из вышеуказанного следует, что при параноидной шизофрении в данной выборке преобладали тревожно-депрессивный (58,7 %), галлюцинаторно-бредовый (30,7 %) и апато-абулический (6,6 %) синдромы (см. таблицу 2).

Выраженная напряженность ограниченного специфичного репертуара МПЗ (ОНЗ $75 \pm 3,9$ ($p < 0,001$)) (см. таблица 3) при галлюцинаторно-бредовом синдроме обуславливает клинико-психопатологическую картину расстройства и является фактором, сдерживающим развитие выраженного депрессивного аффекта и феномена одиночества. Высокая тревожность $50,1 \pm 1,2$ ($p < 0,001$) и относительно высокая ОНЗ $75 \pm 3,9$ ($p < 0,001$) при длительности расстройства более 5 лет (см. таблица 1) обуславливают структуру интрапсихического конфликта при галлюцинаторно-бредовом синдроме (где на сознательном уровне пациенты отрицают наличие у себя расстройства, а бессознательное ориентировано на сохранение личностной целостности). Выраженный уровень тревоги является мишенью для биологической терапии.

При тревожно-депрессивном синдроме на фоне повышенной тревоги $49,5 \pm 0,2$ ($p < 0,001$) регистрируется выраженный уровень феномена одиночества $63,2 \pm 0,5$ ($p < 0,001$), что объясняет наличие легкой и умеренной депрессии. На сознательном уровне пациенты признают у себя наличие расстройства, а на бессознательном проявляется фе-

номен отрицания, обуславливая неспецифичность психопатологических нарушений.

При апато-абулическом синдроме дезадаптивность и не выраженный социальный интерес сопровождаются повышенным уровнем тревоги $39 \pm 4,2$ ($p < 0,001$). Компенсация происходит на уровне микросоциального функционирования. На сознательном уровне при апато-абулическом синдроме есть осознание психического расстройства в виде социально обусловленной самостигматизации. Необходимо проведение биологической терапии с целью снижения личностной тревожности. Наличие апатии, абулии, низкая напряженность защит при длительности заболевания свыше 5 лет нивелируют механизмы психической адаптации. Таким образом, у лиц с апато-абулическим синдромом нет четко сформированного интрапсихического конфликта.

В силу преобладающих клинико-психологических механизмов и наличия интрапсихического конфликта при тревожно-депрессивном, галлюцинаторно-бредовом и апато-абулическом синдроме у лиц с параноидной шизофренией целесообразна возможность проведения аналогии с невротическими состояниями.

Литература

1. Brown S., Barraclough B., Inskip H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia // *British Journal of Psychiatry* 177: 212–7. DOI:10.1192 / bjp.177.3.212. PMID 11040880.
2. Goldner E.M., Hsu L., Waraich P., Somers J.M. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002. 47(9):833–43. PMID 12500753.
3. Rossler W., Salize H.J., van Os J., Riecher-Rossler A. Бремя шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза (расширенный реферат) // *Психиатрия и фармакотерапия*. 2006. Т. 11. № 2.
4. Ustun T.B., Rehm J., Chatterji S., Saxena S., Trotter R., Room R., Bickenbach J., and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *The Lancet* 354 (9173): 111–115. DOI:10.1016/S0140-6736(98)07507-2. PMID 10408486.