

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.