

УДК 616.895.8-008+615.065:616-009.2

*М.А. Шелестова***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, двигательные нарушения, клиника

Проблема стигматизации в психиатрии как глобального, выходящего за рамки клинической практики, затрагивающего различные стороны общественных отношений, явления, становится все более актуальной в связи с гуманизацией общества, развитием личностно-ориентированного направления психиатрической помощи [1]. Пациент с психическими расстройствами находится в хронической ситуации внешнего и внутреннего конфликта, включающей, в частности, навязывание ему роли «сумасшедшего». Стигматизированный больной с заниженной самооценкой не способен к полноценному сотрудничеству, партнерским межличностным взаимоотношениям, реализации личностного потенциала и активному решению собственных проблем. Наиболее уязвимой в плане стигматизации категорией больных являются пациенты с шизофренией и заболеваниями шизофренического

спектра. Глубина их переживаний усугубляется необходимостью постоянного приема нейролептиков, многие из которых обладают побочными эффектами и приводят к развитию у пациентов индуцированных антипсихотиками двигательных расстройств (англ. DIMD - drug-induced movement disorders), наличие и тяжесть которых могут усугублять стигматизирующие переживания пациента. Данная работа является исходной в цикле исследований, направленных на изучение стигматизирующих переживаний у больных шизофренией с различной выраженностью экстрапирамидных симптомов.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинико-психопатологических характеристик больных шизофренией с лекарственно-индуцированными двигательными нарушениями.

Материал и методы исследования

Исследование клинико-психопатологических характеристик проводилось у 98 больных шизофренией. Использовались следующие критерии включения: 1) диагноз параноидной шизофрении (далее по тексту – шизофрения), установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр) [2]; 2) давность заболевания не более 5ти лет, не более 5ти психотических эпизодов в анамнезе; 3) фармакотерапия хотя бы одним атипичным антипсихотиком на момент обследования; 4) возраст больных от 18 до 65 лет; 5) наличие информированного согласия на участие в исследовании. Исключались пациенты с нарушениями контакта, не позволяющими провести обследование с использованием стандартизированных шкал, с очаговой неврологической симптоматикой, эпилепсией или текущим неврологическим заболеванием, с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Распределение больных по полу: мужчины - 52 чел. (53,1±3,2%), женщины - 46 чел. (46,9±2,7%). Средний возраст больных составил 34,6±0,2 года. Распределение больных по образованию: высшее (29 чел. - 29,6±1,8%), неоконченное высшее (7 чел. - 7,1±1,6%), среднее специальное (38 чел. - 38,8±3,2%), среднее (18 чел. - 18,4±3,5%), неоконченное среднее (6 чел. - 6,1±1,8%). По социальному статусу больные распределились следующим образом: неработающие (46 чел. - 46,9±3,6%), студенты (6 чел. - 6,1±2,7%), рабочие (16 чел. - 16,3±1,9%), служащие (13 чел. - 13,3±2,8%), учащиеся (2 чел. - 2,1±1,3%), частные предприниматели (15 чел. - 15,3±1,2%). Большинство обследованных больных (63 чел. - 64,3±2,5%) были холостыми (не замужем), 15 состояли в браке (15,3±3,2%), 19 пациентов были разведены (19,4±2,6%), один пациент (1,0±0,5%) был вдовцом. Проживали больные в основном с родителями (65 чел. -

66,3±2,7%), 12 пациентов жили со своей семьей отдельно от родителей (12,3±3,2%), 6 больных (6,1±1,4%) - с дальними родственниками, 15 пациентов (15,3±2,7%) проживали самостоятельно в отдельной квартире.

Исследование клинико-психопатологических особенностей проводилось с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, Kay S. R.,

Fiszbein A., Opler L. A., 1987) [3]. Для оценки выраженности экстрапирамидных расстройств использовались Шкала оценки неврологического статуса Симпсона-Ангуса (SAS), Шкала патологических произвольных движений (AIMS), Шкала акатизии Барнса (BARS) [4]. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение

Стандартизованная оценка психического состояния пациентов по методике PANSS показала следующие результаты.

Бредовая симптоматика отмечалась у всех обследованных пациентов (3,14±0,21 балла) и соответствовала легкой степени выраженности. В большинстве случаев бред имел инкапсулированный, лишенный аффективной заряженности и насыщенности, резидуальный характер и оказывал малое влияние на общее поведение больных. Чаще всего отмечались дезактуализированные, лишенные стройности и систематизации бредовые идеи воздействия, нередко примитивного содержания (мотивы порчи, сглаза и т.п.). Большинство пациентов обнаруживало формальную критику к своим бредовым переживаниям, соглашалось признать их следствием болезни.

Дезорганизация мышления (4,63±0,16 балла) соответствовала умеренной степени тяжести. Симптомы дезорганизации мышления выраженной степени отмечались в случаях непрерывно-прогредиентного течения заболевания. С патопсихологической точки зрения преобладали нарушения типа искажения операциональной стороны мышления – умозаключения с опорой на несущественные признаки, паралогичные высказывания. Отмечались также признаки разноплановости мышления, связанные с нарушением личностно-мотивационного его компонента; часто отмечались соскальзывания, патологическая легкость утраты инструкции при выполнении тестовых заданий в рамках проводившегося клинико-патопсихологического исследования. Вместе с тем, грубой разорванности мышления, шизофазии, выраженного аутистического мышления, не позволяющего довести до большого смысла психодиагностических исследований, не было.

Поскольку обследовались больные вне острого психотического состояния, галлюцинаторное поведение соответствовало легкой степени

выраженности (1,87±0,46 балла). Галлюцинаторное поведение отмечалось лишь у больных с непродолжительным сроком пребывания на лечении и заключалось в прислушивании к «голосам», немотивированных внешними обстоятельствами мимических реакциях, отказных реакциях, в затыкании ушей и т.п. Следует отметить, что у исследуемых больных галлюцинаторное поведение не приобретало характера агрессии, направленной на окружающих, либо аутоагрессии. Один больной из-за обонятельных галлюцинаций упорно отказывался есть принесенные из дома продукты.

Оценка возбуждения у обследованных больных обнаружила среднее значение 1,73±0,24 балла, что соответствовало легкой степени и указывало на отсутствие какого-либо возбуждения у большинства больных. Только в двух случаях уровень показателя достигал 6 баллов. Возбуждение, проявляющееся в непоседливости, нежелании соблюдать режим отдыха, назойливом требовании сигарет, выхода на прогулку отмечались у 6 больных с приступообразным и 4 больных с непрерывным типом течения заболевания. Возбуждение не сопровождалось проявлениями вербальной, а тем более физической агрессии в адрес персонала.

Легкой степени соответствовал и средний показатель идей величия (1,49±0,15 балла). Парарфренная симптоматика имела место лишь у двух больных с длительной продолжительностью шизофренического процесса. Конфабуляторно-бредовые переживания укладывались в фабулу особого происхождения, службы в органах безопасности и т.п. Описанная симптоматика сочеталась с четко очерченной гипобулией и не сопровождалась проявлениями агрессии.

В среднем подозрительность обследованных больных приходилась на отрезок между минимальными и легкими степенями тяжести, составляя 2,89±0,45 балла. Подозрительность, недоверие максимальной выраженности соответство-

вали паранойяльному модусу восприятия окружающего мира, имея в своей основе механизм проекции собственных бессознательных, агрессивных и аутоагрессивных тенденций на окружение. Однако при минимальных и низких значениях речь, скорее, шла не о паранойяльной симптоматике эндогенного происхождения, а о стигматизации и аутостигматизации в связи с предстоящей выпиской из стационара.

Среднее значение показателя «враждебность» составило $1,86 \pm 0,23$ балла, т.е. проявления враждебности или отсутствовали, или выраженность их была на уровне минимальной степени, являясь проявлением верхней границы нормы. Экстремально высокие проявления враждебности фиксировались в виде импульсивных вспышек, чаще всего ситуационно спровоцированных. Враждебность адресовалась, главным образом, другим больным отделения, навестившим родственникам и, гораздо реже, – медицинскому персоналу. Враждебные действия чаще проявлялись вербальной агрессией, реже физической, а также негативизмом.

У обследованных больных среднее значение уплощенности аффекта составило $3,87 \pm 0,37$, что приближается к умеренной степени выраженности симптоматики. Мимика большинства пациентов была достаточно адекватной, но несколько лишенной живости и немного однообразной. Имело место определенное сужение круга обстоятельств, способных вызвать эмоциональную заинтересованность. Среди остающихся актуальными и вызывающими максимальную эмоциональную реакцию тем оказывалась заинтересованность в скорейшей отмене нейролептиков.

Средний уровень показателя «эмоциональная отгороженность», относящегося к группе негативных симптомов, составил $3,16 \pm 0,31$ балла, то есть локализовался в диапазоне между слабыми и умеренными степенями тяжести. Больные чаще всего оставались открытыми для общения с персоналом и окружающими, не были полностью безучастными к эмоционально значимым событиям. Лишь у больных с длительным стажем непрерывно текущего шизофренического процесса отмечалось отсутствие эмоционального резонанса, отгороженность, обособленность.

Показатель «недостаточный раппорт» имел в изучаемой группе среднее значение $1,77 \pm 0,24$ балла, соответствуя минимальной выраженности симптома. В подавляющем большинстве случаев признаков плохого контакта зафиксировано не было. Больные в исследуемой группе дос-

таточно легко соглашались не только на собеседование, но и на выполнение экспериментально-психологических заданий. Для грубых нарушений контакта у больных не имелось оснований ни в лице грубых дефицитарных проявлений, ни в лице выраженной продуктивной симптоматики.

В исследуемой группе больных уровень пассивно-апатической социальной отгороженности был практически минимальным: $1,6 \pm 0,44$ балла. Включенность в общение с другими пациентами, медперсоналом, родственниками была достаточно эффективной для адаптированности к условиям стационарного лечения.

Нарушение абстрактного мышления у обследованных пациентов было достаточно выраженным ($3,88 \pm 0,36$) и приближалось к умеренной степени. Довольно низкая оценка способности к абстрагированию связана, прежде всего, с невысоким образовательным уровнем большинства пациентов, с низкой мотивированностью качественного выполнения заданий, требующих более-менее высокого уровня операциональной стороны мышления, а также с длительным пребыванием на инвалидности, что детренировало интеллектуальные возможности пациентов в связи с социальной депривацией.

Больные характеризовались неплохой способностью заводить и поддерживать разговор, проявлять самостоятельную инициативу ($1,33 \pm 0,17$ – минимальная степень недостаточности спонтанности и плавности беседы). Сами же оценивали свою спонтанную активность как недостаточную, что может отражать стигматизирующее воздействие психиатрического диагноза, лечебного режима и утраты трудоспособности.

Уровень стереотипности мышления ($4,76 \pm 0,28$ балла), соответствуя выраженной степени, вполне согласовывался с низкой оценкой способности к абстрагированию. При этом речь идет не столько об изменении мышления по органическому типу, мало свойственному больным шизофренией, а о своеобразной перестройке мышления в условиях социальной депривации в стационаре. Заведомая «решенность» за пациента всех каждодневных проблем, как уже указывалось, детренирует его интеллект и стереотипизирует направленность его ассоциаций [5]. Больные действительно были крайне стереотипны в изложении своих пожеланий скорейшей выписки из стационара, отмены медикаментозного лечения и т.п.

Среднее значение показателя соматической

озабоченности низкое – $1,48 \pm 0,13$ балла, что указывает на малую представленность ипохондрической симптоматики у обследованных больных. Исключение составили несколько пациентов, бредовые идеи у которых имели ипохондрический оттенок (дистантное воздействие, по их мнению, наносит вред их здоровью).

Среднее значение показателя тревоги – $4,04 \pm 0,19$ соответствовало умеренной степени представленности симптома. При этом среди больных не отмечалось выраженной тревожной или тревожно-депрессивной симптоматики процессуального характера. Тревога сопровождала акатизию как проявление побочного эффекта приема нейролептических препаратов.

Низкий показатель чувства вины ($1,64 \pm 0,36$ балла) свидетельствовал не столько о практическом отсутствии ситуационных депрессивных переживаний, сколько о недостаточной критичности по отношению к различным жизненным проблемам.

Низкий уровень напряжения у обследованных больных ($1,31 \pm 0,12$ балла) проявлялся во внешней бесконфликтности, легкой подчиняемости больных. Однако это внешне благополучное поведение нередко скрывало за собой высокий уровень интрапсихической конфликтности и противоречивости. Низкий уровень напряженности, таким образом, имеет достаточно обманчивый, маскирующий характер.

Манерность в мимике и жестах ($2,65 \pm 0,23$) характеризовалась минимальной выраженностью вычурности, нарочитости невербальной экспрессии. Своеобразная неловкость и нескоординированность движений может быть отнесена к проявлениям нейролептических побочных эффектов.

Выраженность депрессивной симптоматики на уровне $2,85 \pm 0,28$ балла соответствовала минимальной – легкой степени депрессивных расстройств. Часть обследованных больных спонтанно, часть – в ответ на соответствующие вопросы констатировали наличие упадка духа и грустного настроения, связывая их с тягостным характером двигательных экстрапирамидных симптомов или же со специфическими социальными проблемами, вызванными наличием психического расстройства.

Моторная заторможенность в среднем была выражена на уровне $2,37 \pm 0,29$ балла, то есть на уровне минимальной степени тяжести. Однако у пациентов с выраженным лекарственным паркинсонизмом отмечались явная замедленность движений и низкая речевая продуктивность.

Среднее значение показателя «некооператив-

ность» ($2,56 \pm 0,41$ балла) достаточно низкое, что соответствует уровню комплайенса, продемонстрированному во время проведения настоящего исследования.

В обследованной группе пациентов отдельные элементы своеобразного «магического», болезненно символического мышления отмечались лишь в единичных случаях, что дало общую среднюю выраженность показателя мыслей с необычным содержанием на уровне $2,25 \pm 0,32$ балла.

Дезориентация имела легкую степень выраженности – $3,24 \pm 0,65$ балла, отражая сужение интересов большинства обследованных больных до уровня хорошо знакомых повседневных проблем при затруднениях в разрешении более отдаленных проблем.

Пункт 25 отражает степень выраженности нарушений внимания. Средний показатель трудностей концентрации внимания составил $3,12 \pm 0,58$, что соответствует уровню легкой – умеренной степени тяжести. Грубые нарушения внимания в виде неустойчивости, сужения объема, связанные с характерным для шизофрении снижением мотивационного компонента психической деятельности наблюдались у пациентов с более глубоким дефектом.

Показатель снижения рассудительности и осознания болезни имеет наибольшее среди остальных исследованных показателей значение ($5,23 \pm 0,74$ балла), соответствуя выраженной степени представленности симптома. Такой высокий уровень, на первый взгляд, мало согласуется с относительно благополучным общим впечатлением о психическом состоянии обследованных больных. Но этот показатель отнюдь не является артефактом. Он свидетельствует о том, что ремиссия, развивающаяся в условиях длительной болезни, формирует лишь фасадное благополучие, но не способствует появлению глубокой критики. Критичность к своему состоянию не развивается в условиях депривационно-ограничительной патерналистской парадигмы и стигматизирующих влияний микро- и макросоциума, блокирующих развитие способности принимать ответственность на себя.

Волевые нарушения ($3,21 \pm 0,52$ балла) соответствуют легкой степени выраженности симптоматики гипобулического плана, являясь следствием биологически обусловленных последствий развития шизофренического процесса. Более выраженная гипобулия у части обследованных больных обусловлена и длительным пребыванием их на инвалидности, и неучастием их

в социально-полезной деятельности.

Средний показатель недостаточности контроля импульсивности низкий – $1,48 \pm 0,73$ балла. Лишь единичные пациенты имели максимальные оценки в пределах пяти баллов, проявляя периодически вербальную агрессию по отношению к пациентам отделения.

Отрешенность от реальности у обследованного контингента больных соответствовала легкой – умеренной степени выраженности симптома ($3,68 \pm 0,06$), отражая степень аутизации с чрезмерной вовлеченностью в свои внутренние переживания.

Подавляющее большинство обследованных пациентов неохотно принимали участие в большей части социальных видов активности, пре-

рывая ее как из-за подозрительности, так и из-за ограничений движений, связанных с побочными эффектами приема нейролептиков (средний показатель активного социального ухода – $4,12 \pm 0,36$ балла).

Наличие лекарственно-индуцированных двигательных расстройств (ЛИДР) констатировалось при следующих значениях показателей стандартизированных шкал: общий балл SAS > 3, общий балл AIMS > 7 и (или) глобальная оценка по BARS > 3. Экстрапирамидные расстройства зарегистрированы у 75,5% (74 чел.) обследованных больных.

Частота встречаемости лекарственно-индуцированных двигательных расстройств (ЛИДР) представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота встречаемости экстрапирамидных нарушений у больных шизофренией (N=74)

Виды экстрапирамидных нарушений	Частота встречаемости (кол-во пациентов – n)	Частота встречаемости (%)
Акатизия	28	37,8 %
Лекарственный паркинсонизм	39	52,7 %
Поздняя дискинезия	7	9,5 %

У большинства обследованных пациентов преобладали объективные признаки акатизии легкой и умеренной степени выраженности, не вызывающие у больных выраженного дистресса. У 9 пациентов (32,1%) отмечались преимущественно субъективные признаки акатизии в виде «неопределенного ощущения внутреннего беспокойства» и связанного с ним легкого дистресса, что соответствовало критериям «сомнительной» или легкой акатизии по шкале BARS.

При обследовании больных по шкале оценки неврологического статуса (SAS) были выявлены следующие особенности. Нарушения походки в виде уменьшения амплитуды движений пациента, ригидности мышц рук и ног наблюдались у 24 пациентов (32,4%). Ригидность кистей рук в виде умеренной скованности движений и сопротивления наблюдалась у 18 больных (24,3%). Тремор пальцев, явно заметный при осмотре и прикосновении был выявлен у 38 пациентов (51,4%), принимавших участие в исследовании. Повышенное слюноотделение, изредка затруднявшее речь отмечалось у 19 больных (25,7%).

Патологические произвольные движения разной степени выраженности, по шкале AIMS, были выявлены у 7 пациентов (9,4%) на фоне длительного приема нейролептиков преимущественно в виде произвольных движений лба,

бровей, периорбитальной области, мигания, гримасничания, причмокивания, вызывавших дистресс у больных.

Наиболее остро больные переживали нарушение аутентичности личности в виде изменения выражения лица и позы, поэтому можно считать, что данные симптомы имеют выраженное стигматизирующее значение. Тремор, брадикинезия в руках и ригидность затрудняли самообслуживание и трудовую деятельность, что способствовало появлению ощущения зависимости от окружающих и бессилия. Все пациенты связывали появление неврологических нарушений с побочным действием антипсихотических препаратов и проявляли, в целом, негативное отношение к медикаментозному лечению. При уменьшении выраженности побочных эффектов или их исчезновении вследствие коррекции или уменьшения дозировок нейролептиков негативное отношение к лечению сохранялось.

Таким образом, предварительное исследование клинко-психопатологических особенностей больных шизофренией позволило выявить качественные взаимосвязи изменений в психической деятельности с наличием и выраженностью двигательных расстройств, связанных с лечением нейролептиками. Полученные данные являются основанием для дальнейшего исследования стигматизирующих и аутостигматизирующих пере-

живаний больних шизофренією з різною ступенем вираженості індуцираних довготривалими

приємом нейролептиків екстрапірамідних симптомів.

М.О. Шелестова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ЛІКАРСЬКО-ІНДУКОВАНИМИ РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті представлені результати клініко-психопатологічного обстеження 98 хворих на шизофренію з різною вираженістю лікарсько-індукованих рухових розладів, представлених лікарським паркінсонізмом, акатизією та пізньої дискінезією. Встановлено «звучання» стигматизуючого впливу екстрапірамідних симптомів у психопатологічних проявах хворих на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 64-69).

M.A. Shelestova

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND DRUG-INDUCED MOVEMENT DISORDERS

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

The article presents the results of clinical and psychopathological examination of 98 schizophrenic patients with different severity of drug-induced movement disorders such as drug-induced Parkinsonism, akathisia and tardive dyskinesia. The “sound” of stigmatizing effect of extrapyramidal symptoms in psychopathological manifestations of schizophrenia was found. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 64-69).

Литература

1. Систематизація передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади : метод. рекомен. / Донец. нац. мед. ун-т ім. М. Горького ; сост. : Марута Н.О., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л. [та ін.]. — Донецьк, 2012. 32 с.

2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК)) / Дж.Э. Купер (сост.и ред.), Д. Полтавец (пер.с англ.). — К. : Сфера, 2000. — 442с.

3. Kay S. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. Kay, A. Fiszbein, L. Opler // Schizophr. Bul. — 1987. - Vol. 13, № 2. — P. 261 - 276.

4. Казанцева Н.В. Двигательные расстройства / Н.В. Казанцева, А.Н. Корнетов. — Томск : Сиб. гос. мед. ун-т, 2010. — 218 с.

5. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк : Каштан, 2009. — 584 с.

Поступила в редакцию 12.01.2014