

УДК 616.895.8:616.89-008.441.13]+616.89-008.45

*В.В. Дворніков, С.О. Лобанов, Є.В. Харчук, Т.В. Синицька, Ю.Ю. Мартинова***ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ МИСЛЕННЯ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, КОМОРБІДНОЮ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: коморбідність, мислення, шизофренія, залежність від алкоголю

Актуальність виявлення хворих із поєднаною патологією обумовлюється їх високою розповсюдженістю серед загальної популяції користувачів психіатричної допомоги [1]. В останній період часу спостерігається збільшення частоти випадків зловживання психоактивними речовинами (ПАР) серед населення, що призводить до зростання числа осіб, які зловживають ПАР, серед хворих на шизофренію [2]. За деякими даними коморбідність виявляється протягом усього життя у 47% пацієнтів, у тому числі алкогольна залежність - у

36,7% хворих на шизофренію [3,4]. Відомо, що при шизофренії, поєднаній з алкогольною залежністю, спостерігаються короткі загострення, часті повторні госпіталізації до стаціонару, неповні ремісії; продуктивна симптоматика є більш вираженою, а негативна – може бути порівняна з пацієнтами без залежності [5,6].

Метою дослідження є вдосконалення діагностики процесів мислення у пацієнтів з коморбідною патологією - поєднанням параноїдної шизофренії та алкогольної залежності .

Матеріали та методи дослідження

На базі стаціонарних відділень КМКПНЛ №1 обстежені 3 групи хворих. Першу групу склали хворі з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та параноїдна шизофренія) – 19 осіб, другу групу – хворі з залежністю від алкоголю – 7 осіб, третю групу склали хворі на параноїдну шизофренію – 11 осіб.

Процеси мислення ми досліджували ме-

тодиною виключення у малюночному варіанті. Критичність мислення та динаміку розумової діяльності - методикою «прості та складні аналогії». Структура саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованість вивчали за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій.

Результати дослідження

Досліджуючи особливості процесів мислення, що спостерігаються у коморбідних хворих із сполученням шизофренії параноїдної та алкогольної залежності у порівнянні з хворими мононозологічних груп відповідного напрямку, ми отримали наступні результати.

При проведенні дослідження домінуючого рівня узагальнення ми отримали наступні дані. Так відсутнє узагальнення у хворих першої групи, та хворих третьої групи не спостерігалось, на відміну від хворих другої групи – у 2 осіб (28,6%). Конкретно-ситуаційний рівень узагальнення у хворих першої групи спостерігався у 5 осіб (26,3%), на відміну від хворих другої групи – у 3 осіб (42,9%), та від хворих третьої групи – 1 особа (9,1%). Функціональний рівень узагальнення у хворих першої групи спостерігався у 8 осіб (42,1%), на відміну від хворих другої групи

– у 2 осіб (28,6%), та від хворих третьої групи – 1 особа (9,1%). Вивчаючи категоріальний рівень узагальнення ми встановили, що, як домінуючий рівень узагальнення, він спостерігався лише у хворих третьої групи – 2 осіб (18,2%). Викривлення рівня узагальнення у хворих першої групи спостерігалось у 6 осіб (31,6%), у хворих другої групи не спостерігалось, а у хворих третьої групи - у 7 осіб (63,6%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися у переважанні конкретно-ситуаційного рівня узагальнення у хворих другої групи над хворими першої групи, та у хворих першої групи над хворими третьої групи. При цьому функціональний рівень узагальнення у хворих першої групи зустрічався достовірно частіше (Раш,ш <0,05), ніж у хворих третьої групи, а викривлення узагальнення зустрі-

чалосся достовірно рідше (Раш,ш <0,05).

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме домінуючого рівня узагальнення, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) показало, що у коморбідних хворих частіше домінують слабке та помірно зниження процесу узагальнення, але менш виражене, ніж при залежності від алкоголю, поряд з викривленням, яке зустрічається рідше, ніж при шизофренії.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме середнього показника питомої ваги рівнів узагальнення, у хворих коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) нами були отримані наступні дані. Так, відсутнє узагальнення у хворих першої групи спостерігалось у середньому у 3,4% випадків, на відміну від хворих третьої групи – 23,4% тестових ситуацій. Конкретно-ситуаційний рівень у хворих першої групи спостерігався у 25,5% тестових ситуацій, на відміну від хворих з другої групи – 53,2%, та від хворих на третьої групи – 12,4% всіх рішень. Функціональний рівень у коморбідних хворих досліджуваної групи спостерігався у 31,1% рішень, на відміну від хворих з залежністю від алкоголю – у 15,9%, та від хворих на шизофренію – 14,5%. Вивчаючи категоріальний рівень ми встановили, що у першої групи хворих він спостерігався у 5,3% рішень в середньому, схожими були дані, отримані у хворих другої групи – у 4,9%, у хворих третьої групи – 12,4% всіх ситуацій. Останній показник викривлення рівня узагальнення у коморбідних хворих з залежністю від алкоголю та шизофренію спостерігався у 35,3%, на відміну від хворих з ознаками залежності від алкоголю – у 2,6% тестових реакцій, та з ознаками шизофренії – у 60,7% реакцій.

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися за параметрами середньогрупового показника питомої ваги конкретно-ситуаційного рівня узагальнення та викривлення узагальнення. Так, перший показник достовірно частіше зустрічався при залежності від алкоголю, ніж при коморбідних станах, а при коморбідних станах частіше, ніж при шизофренії. Другий показник навпаки – зустрічався достовірно частіше при шизофренії, ніж при коморбідних станах та при коморбідних станах частіше, ніж при шизофренії.

У загальному підсумку виходить, що середньогруповий показник питомої ваги рівнів узагальнення у хворих з коморбідною патологією

характеризує проміжні позиції між середніми показниками відповідних мононозологічних груп, що характеризує тенденцію до змін окремих показників при даному коморбідному поєднанні.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме критичності мислення, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою методики «Прості та складні аналогії», ми отримали наступні дані. Так порушена виражено критичність мислення у хворих першої групи спостерігалась у 5 осіб (26,3%), на відміну від хворих другої групи – у 4 осіб (57,1%), та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%). Порушена слабо критичність мислення у хворих першої групи спостерігалась у 8 осіб (42,1%), на відміну від хворих з другої групи – у 2 осіб (28,6%), та від хворих третьої групи – 4 особи (36,4%). Збережена критичність мислення у хворих першої групи спостерігалась у 6 осіб (31,6%), на відміну від хворих другої групи – у 1 особи (14,3%), та від хворих третьої групи – 4 особи (36,4%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися у кількості осіб, що мали виражено порушену критичність мислення серед першої групи та другої групи хворих (Раш,а <0,05). А от збережена критичність частіше спостерігалась в першій групі хворих, ніж в другій групі (Раш,а <0,05).

У загальному підсумку виходить, що за показником критичності мислення у хворих з залежністю від алкоголю більш виражені порушення означеного параметру мислення, ніж в групі коморбідних хворих.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме динаміки розумової діяльності, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій, ми отримали наступні дані. Так виражена нестійкість способу виконання завдань хворих першої групи спостерігалась у 4 осіб (21,1%), на відміну від хворих другої групи – у 1 осіб (14,3%), та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%). Помірна нестійкість способу виконання завдань у хворих першої групи спостерігалась у 4 осіб (21,1%), на відміну від хворих другої групи – у 3 осіб (42,9%), та від хворих третьої групи – 4 осіб (36,4%). Динамічне мислення у коморбідних хворих досліджуваної групи спостерігалось у 4 осіб (21,1%), на відміну від хворих з залежністю від алкоголю – у 1 особи

(14,3%), та від хворих на шизофренію – 2 осіб (18,2%). Спостерігаючи помірне застрягання на способі ми встановили, що у коморбідних хворих з залежністю від алкоголю та шизофренію воно спостерігалось у 6 осіб (31,6%), на відміну від хворих з залежністю від алкоголю – у 2 осіб (28,6%), та від хворих на шизофренію – 1 особа (9,1%). Виражене застрягання на способі виконання завдань у коморбідних хворих з залежністю від алкоголю та шизофренію спостерігалось у 1 особи (5,3%), в інших групах воно не спостерігалось.

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися за параметром помірної нестійкості у виконанні завдання. Так, коморбідні хворі мали цей показник меншим, ніж у обох групах порівняння.

У загальному підсумку виходить, що дослідження динаміки розумової діяльності за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих і складних аналогій, ми отримали наступні дані. Показано, що коморбідні хворі мають певне застрягання на способі виконання завдання, тобто мають ознаки, що схожі на риси ендогенно-органічного реагування. При цьому спроби виконання завдань такими хворими були більш енергійними та застрягання на способі носило компенсаторний характер, внаслідок орієнтації досліджуваного на мотив досягнення виконання завдання та намагання отримати позитивну оцінку від екзаменатора.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованості, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій, ми отримали наступні дані. Так, переважання контрольної функції (спрямованості на перевірку) у хворих першої групи спостерігався у 12 осіб (63,2%), на відміну від хворих другої групи – у 3 осіб (42,9%), та від хворих на третьої групи – 8 осіб (72,7%). Конструктивна функція (спрямованість на створення) у хворих першої групи спостерігався у 7 осіб (36,8%), на відміну від хворих з другої групи – у 4 осіб (57,1%), та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися у хворих першої групи у порівнянні з хворими з другої групи: так, більшість хворих першої групи мали переважання контрольної функції (Раш,а <0,05), а більшість хворих другої групи – конструктив-

ної функції (Раш,а <0,05).

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованості, у хворих з коморбідною патологією показало, що за структурою саморегуляції коморбідні хворі більше подібні до хворих на шизофренію, тобто ми спостерігаємо наявність специфічного шизофренічного (дисоціативного) дефекту.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності з точки зору переважаючої її функції, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій, ми отримали наступні дані.

Так, захисна функція (спрямованість на утримання від діяльності, непродуктивна) у хворих першої групи спостерігався у 10 осіб (52,6%), на відміну від хворих з другої групи – у 5 осіб (71,4%) та від хворих на третьої групи – 8 осіб (72,7%). Вираження мобілізуючої функції (продуктивна, спрямованість на створення) у хворих першої групи спостерігалось у 9 осіб (47,4%), на відміну від хворих другої групи – у 2 осіб (28,6%) та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності не спостерігалися, проте спостерігалася тенденція до симетрії кількісних показників обох функцій, що відрізнялося від показників обох груп порівняння.

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її функцій, у хворих з коморбідною патологією (залежністю від алкоголю та шизофренія параноїдна) показало, що за даними параметрами достовірних відмінностей не спостерігається.

Таким чином, підводячи загальні підсумки дослідження особливостей процесів мислення, що спостерігаються у коморбідних хворих із сполученням шизофренії параноїдної та залежності від алкоголю у порівнянні з хворими мононозологічних груп відповідного напрямку, можна дійти наступних висновків.

Дослідження особливостей мислення, а саме домінуючого рівня узагальнення, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) показало, що у коморбідних хворих частіше домінують слабке та помірне зниження процесу узагальнення, але

менш виражене, ніж при залежності від алкоголю, поряд з викривленням, яке зустрічається рідше, ніж при шизофренії.

Середньогруповий показник питомої ваги рівнів узагальнення у хворих з коморбідною патологією характеризує проміжні позиції між середніми показниками відповідних мононозологічних груп, що характеризує тенденцію до змін окремих показників при даному коморбідному поєднанні.

Коморбідні хворі даної групи мають більш збережену критичність мислення, ніж хворі з залежністю від алкоголю, що може свідчити про більше збереження критичності при поєднанні прогресивного процесу та наростаючого враження головного мозку.

Дослідження динаміки розумової діяльності показало, що коморбідні хворі мають певне зас-

тряння на способі виконання завдання, тобто мають ознаки, що схожі на риси ендогенно-органічного реагування. При цьому спроби виконання завдань такими хворими були більш енергійними та застрягання на способі носило компенсаторний характер внаслідок орієнтації досліджуваного на мотив досягнення, виконання завдання та намагання отримати позитивну оцінку від екзаменатора.

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованості, у хворих з коморбідною патологією показало, що за структурою саморегуляції коморбідні хворі більше подібні до хворих на шизофренію, тобто ми спостерігаємо наявність специфічного шизофренічного (дисоціативного) дефекту.

В.В. Дворников, С.О. Лобанов, Е.В. Харчук, Т.В. Сеницкая, Ю.Ю. Мартынова

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, КОМОРБИДНОЙ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии, Киев

В статье представлены результаты исследования процессов мышления, структуры саморегуляции и направленности познавательной деятельности у больных с алкогольной зависимостью, коморбидной с параноидной шизофренией в сравнении с больными с алкогольной зависимостью и больными параноидной шизофренией. Авторы делают вывод о наличии специфического шизофренического (диссоциативного) дефекта у больных с коморбидной патологией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 124-127).

V.V. Dvornikov, S.O. Lobanov, V.V. Harchuk, T.V. Sinitskaya, Y.Y. Martinova

PECULIARITIES OF THINKING PROCESSES IN THE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE COMORBIDIED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Ukrainian SRJ of social and forensic psychiatry, Kyev

The results of investigation of the thinking processes, the structure of selfregulation and direction of cognitive activity in the patients with alcohol dependence comorbidied with paranoid schizophrenia compared with the patients with alcohol dependence and the patients with paranoid schizophrenia are presented in the article. Authors put a conclusion about presence of specific schizophrenic (dissociative) defect in the patients with comorbidied pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 124-127).

Література

1. Т.Ю.Тулская. Диагностика коморбидных состояний у больных малопрогредиентной шизофренией, сочетающейся с зависимостью от алкоголя // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - Т. 1 - N 2 – 2004. - <http://www.consilium-medicum.com/magazines/>

2. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии. – Новосибирск: Наука, 1998. – 80 с. 3.Kessler R.C. et al, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results of National Comorbidity Survey// Arch. Gen. Psy.- 1994.

Vol. 51, p.8-19.

4. Regier D.A., et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study// JAMA. –1990. Vol. 264, p.2511-2518.

5. Drake R.E., Mueser K.T., Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Schizophrenia// Am. J. Psychiatry.- 2002. Vol.2, p.208-211.

6. А. А. Александров. Типы коморбидности у пациентов с шизофренией и алкогольной зависимостью. - http://www.belmapo.by/downloads/psihiatry/tipi_komorbidnosti.doc

Поступила в редакцию 12.04.2009