

Проблемы коморбидности аддиктивного поведения при подростковой шизофрении

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Проведён поиск факторов коморбидности у подростков с параноидной шизофренией, злоупотребляющих токсическими веществами. Рассмотрена клиническая и прогностическая ценность аффективно-личностных нарушений у данного контингента больных. Выполнен сравнительный анализ аффективно-личностной сферы у подростков с установленным диагнозом параноидной шизофрении и здоровых подростков, сопоставимых по полу и возрасту. По результатам проведённого исследования, выявленные нарушения расценены как маркеры развития аддиктивного поведения при подростковой шизофрении.

Ключевые слова: подростковая шизофрения, аддиктивное поведение, аффективно-личностные нарушения

Abstract

The search of comorbidity factors in adolescents with paranoid schizophrenia, abusing toxic substances was conducted. The clinical and prognostic value of affective-personal disorders in this contingent of patients was examined. A comparative analysis of the affective-personal sphere in adolescents with the diagnosis of paranoid schizophrenia and healthy adolescents, comparable in sex and age, was performed. Based on the results of the conducted study, the revealed violations were regarded as the markers of the addictive behavior development in adolescent schizophrenia.

Key words: adolescent schizophrenia, addictive behavior, affective-personal disorders

Введение

В современной литературе «коморбидность» определяется как «наличие двух или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного больного, патогенетически взаимосвязанных между собой (патогенетическая коморбидность) или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность)», «сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни одно из которых не является осложнением другого» [1].

В настоящее время в клинической психиатрической и наркологической практике значительное место занимают пациенты с патологической зависимостью от психоактивных веществ, осложненной психической патологией, а также эндогенными процессуальными заболеваниями. Доля пациентов с патологической зависимостью от психоактивных веществ составляет, по различным оценкам, от 10 до 25 % [2]. Также можно отметить, что сохраняется устойчивая тенденция к их росту в последние десятилетия. Если в работах 1950—1960-х годов говорилось о 2÷4 % больных шизофренией, имеющих наркотическую зависимость, то в последние годы эти показатели выросли до 20÷25 % соответственно [3-5].

Проблеме коморбидности шизофрении и злоупотребления психоактивных веществ в последнее время уделяется повышенное внимание на страницах различных психиатрических публикаций, что отражает, не только дань научной моде, но и актуальность проблемы [6].

Отклоняющееся поведение больных подростковой шизофренией является результатом синергического взаимодействия различных факторов – онтогенетических, психопатологических, психологических, биологических и социальных, создающих предпосылки для формирования социальной дезадаптации [7].

Тема аддиктивных расстройств интенсивно разрабатывается, дискутируется и развивается в основном в рамках биомедицинской парадигмы. Предполагается, что в основе аддиктивных расстройств «лежат» общие механизмы, важным следствием наличия которых является возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой, причем нередко этот переход может восприниматься как «выздоровление» [8].

Общей чертой аддиктивного поведения является стремление уйти от реальности, искусственно изменяя свое психическое состояние, ограничивая его каким-то одним видом деятельности. В соответствии с тем, какой будет эта деятельность, выделяют зависимость от наркотиков, курения, алкоголя и др. Аддиктивное поведение, по мнению ряда авторов, характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния. Аддиктивные расстройства рассматриваются в качестве одной из форм отклоняющегося поведения, которое выражается в изменении своего психического состояния с помощью или фармакологических средств, воздействующих на психику, или постоянной сосредоточенностью на предметах и различных видах деятельности, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний [9].

Цель: анализ аспектов коморбидности аффективно-личностных нарушений у подростков с параноидной шизофренией, злоупотребляющих токсическими веществами.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе детского отделения Областной клинической психиатрической больницы им. Святой Софии. Основными методами являлись авторский опросник для исследования склонности к зависимому поведению от ПАВ, шкала диагностики враждебности Кука–Медлей, опросник одиночества С.Г. Корчагиной, шкала депрессии Т.И. Балашовой, методика для оценки суицидального риска Т.Н. Разуваевой. Выборку составили 40 человек в возрасте 14-17 лет: из них 20 подростков, с установленным диагнозом шизофрения, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Группой сравнения явились 20 здоровых подростков, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты

Рассматривая социально-демографические показатели, можно проследить, что большая часть является учениками школы, а количество их здоровой группе на 40% выше, чем у больных шизофренией. Также можно отметить, что среди категории больных наблюдались подростки, окончившие 9 классов и 6 классов школы (15 % и 5 % соответственно), которые не стали продолжать учёбу ни в старших классах, ни в средне-специальных заведениях (табл. 1).

При проведении анализа обеих групп подростков на предмет выявления злоупотребления наркотическими веществами (курение табака, употребление спиртных напитков и психоактивных веществ), следует отметить, что при рассмотрении блока о злоупотреблении ПАВ (клей, «спайсы», курение анаши), участвовала только группа подростков, больных шизофренией, так как у представителей здоровой группы выявление данного факта не было обнаружено (таб. 2).

Анализируя полученные данные, можно увидеть, что курение табака в здоровой группе на 25% ниже, чем в группе подростков с шизофренией (общая сумма курящих составила 35%).

Злоупотребление алкоголем в здоровой группе наблюдается лишь в 10% случаев, в группе больных шизофренией – в 70%. Не употребляют алкогольные одинаковое количество исследуемых – по 25 % в каждой группе.

Также, касаясь вопроса о регулярном злоупотреблении ПАВ, можно проследить, что в группе больных подростков данный факт присутствует у 20 %. В целом анализируя коморбидность между заболеванием шизофрения и злоупотреблением различными наркотическими веществами, можно выделить шизофрению, как первичный компонент звена в склонности к злоупотреблению ПАВ.

Изучая уровень тревожности у обеих групп исследуемых подростков, можно отметить, что показатель ниже среднего на 40 % превалирует в здоровой группе, в то время как у больных шизофренией незначительная выраженность тревожности выше на 25 %, а также показатель тревожности выше среднего уровня встречается на 20 % чаще по сравнению со здоровой группой (рис. 1).

При изучении уровня лабильности эмоциональной сферы, можно увидеть, что незначительная шаткость эмоционального фона наблюдается чаще у подростков с шизофренией (на 10 % больше), однако данные ниже среднего уровня отмечаются на 15 % больше у здоровой группы подростков. Нестабильность эмоционального аспекта выше среднего показателя можно проследить у больных шизофренией (рис. 2).

Также необходимо отметить, что в обеих группах было зафиксировано одинаковое количество подростков (по 20 %), предпринимавших в своей жизни минимум одну неудачную попытку суицида.

Анализируя умственную работоспособность исследуемых подростков, выявлено, что наибольшая выносливость приходится на здоровую группу (таб. 3).

Рассматривая шкалу субъективного восприятия отношения родных и близких среди исследуемых подростков, можно выявить, что у здоровой группы отсутствует показатель «ниже среднего». Наибольший процент в обеих группах приходится на максимально положительное значение, однако у подростков, больных шизофренией данный показатель выше на 25%. В то время как критерий «выше среднего» на 40% доминирует у здоровой группы (таб. 4).

Таблица 1. Распределение подростков, включённых в исследование, по полу, возрасту и уровню образования

Показатель	Критерии показателя	Подростки с шизофренией	Здоровая группа
		N=20	N=20
Пол	Мальчики	60 %	55 %
	Девочки	40 %	45 %
Возраст	14 лет	30 %	30 %
	15 лет	20 %	10 %
	16 лет	25 %	20 %
	17 лет	25 %	40 %
Образование	Ученик школы	60 %	90 %
	Студент колледжа	15 %	–
	Студент университета	5 %	10 %
	Законченный 9-й класс школы	15 %	–
	Законченный 6-й класс школы	5 %	–

Таблица 2. Статистика выявленного злоупотребления наркотическими веществами среди 2-х исследуемых групп подростков

Показатель	Критерии показателя	Подростки с шизофренией	Здоровая группа
		N=20	N=20
Курение табака	Курят	35 %	10 %
	Курят редко в компаниях	–	5 %
	Не курят	65 %	85 %
Употребление спиртных напитков	Употребляют регулярно от некрепких до крепких алкогольных напитков	70 %	10 %
	Употребляют редко по праздникам некрепкие напитки	5 %	65 %
Употребление ПАВ	Не употребляют	25 %	25 %
	Употребляют	20 %	–
	Не употребляют	80 %	100 %

Таблица 3. Уровень умственной работоспособности подростков

Критерии показателя работоспособности	Подростки с шизофренией N=20	Здоровая группа N=20
Незначительно	5 %	–
Ниже среднего	35 %	–
Средний показатель	50 %	45 %
Выше среднего	–	45 %
Максимально выражен	10 %	10 %



Рисунок 1. Выявление уровня тревожности у подростков



Рисунок 2. Лабильность эмоционального фона

Оценивая степень возможного переживаемого одиночества по методу С. Г. Корчагиной, можно увидеть, что глубокое переживание сути исследуемого вопроса на 25 % доминирует у здоровой группы, в то время как очень глубокое переживание одиночества было выявлено в большей степени у больных шизофренией – на 25 % (в 6 раз) выше по сравнению с группой здоровых подростков (таб. 5).

Рассматривая показатели обеих когорт подростков по шкале депрессии Т. И. Балашовой, у 90 % всех исследуемых было зафиксировано отсутствие депрессивного состояния. Но вместе с тем отмечается наличие легкой депрессии у 10 % здоровой группы, и субдепрессивное состояние у больных шизофренией также в 10 % случаев (таб. 6).

Таблица 4. Субъективное восприятие отношения родных и близких к исследуемой когорте подростков

Критерии показателя восприятия отношения родных	Подростки с шизофренией N=20	Здоровая группа N=20
Ниже среднего	15 %	-
Средний показатель	5 %	5 %
Выше среднего	5 %	45 %
Максимально выражен	75 %	50 %

Таблица 5. Оценка одиночества по методике С.Г.Корчагиной

Критерии показателя	Подростки с шизофренией N=20	Здоровая группа N=20
Человек не переживает сейчас одиночество	5 %	-
Неглубокое переживание возможного одиночества	35 %	40 %
Глубокое переживание актуального одиночества	30 %	55 %
Очень глубокое переживание одиночества	30 %	5 %

Таблица 6. Шкала депрессии, адаптированная Т. И. Балашовой

Критерии показателя	Подростки с шизофренией N=20	Здоровая группа N=20
Отсутствие депрессии	90 %	90 %
Лёгкая депрессия ситуационного или невротического генеза	-	10 %
Субдепрессивное состояние, или маскированная депрессия	10 %	-



Рисунок 3. Диагностика суицидального риска Т.Н. Разуваевой

Изучая психологические аспекты по шкале враждебности Кука-Медлей, было выявлено, что в целом наиболее высокие показатели приходятся на критерий выше среднего. Следует отметить, что признак агрессивности ниже среднего уровня в здоровой группе наблюдается на 25 % (в 2 раза) больше, однако показатель выше среднего того же признака встречается на 20 % чаще у больных шизофренией по сравнению со здоровой группой исследуемых (таб. 7).

По содержанию данных субшкальных диагностических концептов на предмет исследования суицидального риска по методике Т. Н. Разуваевой, отмечено, самый часто встречающийся показатель у 2-х когорт подростков – антисуицидальный фактор. Однако у здоровой группы данный аспект составляет 55% – на 25% чаще, чем у больных шизофренией. Только у подростков, больных шизофренией наблюдаются показатели демонстративность и временная перспектива. Также можно выделить, что сочетанность максимализма и антисуицидального фактора в равной максимальной выраженности присутствует у больных шизофренией у 10%, а в здоровой группе – у 5% исследуемых (рис. 3).

Анализируя склонность к зависимому поведению от ПАВ, можно проследить, что у большинства исследуемых подростков тенденции к тяготению не выявлено. Однако, у больных шизофренией умеренно выраженный риск и выраженные признаки склонности к зависимому поведению от ПАВ встречаются чаще в сравнении со здоровой группой подростков (таб. 8).

Таблица 7. Шкала враждебности Кука-Медлей

Показатели	Подростки	Критерии показателей			
		Низкий N=20	Ниже среднего N=20	Выше среднего N=20	Высокий N=20
Цинизм	Больные шизофренией	5 %	20 %	60 %	15 %
	Здоровая группа	—	20 %	70 %	10 %
Агрессивность	Больные шизофренией	5 %	25 %	65 %	5 %
	Здоровая группа	—	50 %	45 %	5 %
Враждебность	Больные шизофренией	—	50 %	30 %	10 %
	Здоровая группа	—	50 %	45 %	5 %

Таблица 8. Склонность к зависимости от употребления ПАВ

Критерии показателя	Подростки с шизофренией N=20	Здоровая группа N=20
Склонность не наблюдается	55 %	75 %
Риск зависимого поведения не ярко выражен	15 %	15 %
Умеренно выраженный риск зависимого поведения	20 %	5 %
Выраженные признаки склонности к зависимому поведению	10 %	5 %

Обсуждение

Подводя итог полученных результатов анализа обеих когорт подростков, можно сделать заключение о более выраженных нарушениях исследуемых сфер у пациентов с шизофренией. Так в результате проведенного исследования у пациентов с шизофренией отмечены более выраженные признаки склонности к зависимому поведению от ПАВ (количество курящих на 25 % выше; выраженность систематического злоупотребления спиртными напитками до 70%; регулярное злоупотребление ПАВ в 20% случаев) по сравнению со здоровой группой подростков. Помимо этого, отмечаются и более выраженные нарушения аффективно-личностной сферы в виде повышенного уровня тревожности (на 20% выше), эмоциональной лабильности (в 15% случаев), переживания одиночества (очень глубокое переживание одиночества в 6 раз выше у больных шизофренией), враждебности (превалирует на 20%), а также склонность к суицидальному риску (антисуицидальный фактор на 25% ниже здоровых подростков).

Заключение

Таким образом, риск зависимости от ПАВ оказался выше у подростков с шизофренией. Имеющиеся тенденции подкреплялись выявленными у данной группы нарушениями аффективно-личностной сферы, что свидетельствует о необходимости своевременной диагностики описанных расстройств, а также обязательного включения в терапию данной категории больных метода психотерапевтического вмешательства для их коррекции.

Литература

1. Крылов В. И. Методологические и клинические аспекты диагностики коморбидных расстройств при шизофрении. Проблемы коморбидности у больных шизофренией: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием (Новосибирск, 20—21 мая 2014 г.) / под научной редакцией члена-корреспондента РАМН Н. А. Бохана. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2014. – С.70-72.
2. Liberman J.A., Bowers M.B. Substance abuse in schizophrenia. // Schizophrenia. Bull. Nat. Inst. Mental. Health. 1990, V.16, №.1, pp.29-30.
3. Чирко В.В. Общие подходы к лечению больных с "двойным диагнозом". //Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Матер. Рос. Конф. М. 2004. — С. 318-319.
4. Винникова М.А., Гуревич Г.Н., Агибалова Т.В., Бойко Е.О. Особенности клиники, диагностики и терапии алкогольной зависимости, протекающих на фоне эндогенных аффективных расстройств. М. — 2006, 26 с.
5. Овсянников, М. В. Аддитивные расстройства у больных шизофренией :клинико биохимическое исследование : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.45, 14.00.18 / Овсянников Марк Вадимович; [Место защиты: Нац. науч. центр наркологии Росздрава]. - Москва, 2008. - 42 с.
6. Шитов Е. А., Киселев Д. Н., Шустов Д. И. Краткий обзор проблемы «Двойного диагноза» (сочетание психических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2009. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kratkiy-obzor-problemy-dvoynogo-diagnoz...> (дата обращения: 31.03.2017).
7. Симашкова Н. В., Макушкин Е. В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение: клинические рекомендации (протокол лечения). 2015. URL: <http://psychiatr.ru> (дата обращения: 28.03.2016).
8. Бородина Н. А. Психологическая причинность аддитивного поведения личности : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 Новосибирск, 2006 165 с. РГБ ОД, 61:06-19/281.
9. Галютдинова С. И., Ахмадеева Е. В. К проблеме понимания аддикции и зависимости отечественными и зарубежными исследователями // Вестник Башкирск. ун-та. 2013. №1. URL:<http://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-ponimaniya-addiktii-i-zavisimosti-otечestvennyimi-i-zarubezhnyimi-issledovatelyami> (дата обращения: 31.03.2017).