

Динамика расстройств аффективного круга, предшествующих первым приступам шизофрении

Н.Е. Кравченко

НЦПЗ РАМН, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье анализируются клинические особенности и динамика аффективных расстройств, предшествующих первым психотическим приступам. Выделены 4 типа различающихся по потокинезу аффективных проявлений. Первые два из них отображают особенности онтогенеза и предрасположенность к манифестации эндогенного процесса, вторые два – служат выражением активной поступательной динамики заболевания, что необходимо учитывать при назначении терапии.

Согласно эпидемиологическим данным, приступообразная шизофрения, будучи наиболее распространенным вариантом течения, составляет от 42,9 до 51,8 % этого заболевания [5, 10]. До первого манифестного эпизода у части больных отмечается продолжающийся в среднем 5,5 лет период инициальных расстройств различной степени выраженности, от своевременной диагностики и лечения которых зависит прогноз болезни в целом [2, 11]. По-прежнему внимание исследователей привлекает изучение клинических закономерностей начальных этапов приступообразной шизофрении. В значительной степени это связано со сложностью выявления и диагностической квалификации психопатологических феноменов, предшествующих за более или менее длительный срок очевидному началу заболевания [3, 6]. Целый ряд психопатологических явлений доманифестного периода может отражать не только признаки развивающегося эндогенного процесса, а указывать на особую «почву» или служить выражением конституции, на фоне которых манифестирует (или может манифестировать) заболевание. Кроме того, на предвещающей психотический дебют стадии продромальные симптомы протекают на субклиническом уровне, что затрудняет не только нозологическую, но и клиническую их оценку. Согласно воззрениям отечественной психиатрической школы, для шизофрении характерны не только специфические расстройства (снижение психической активности, нарушения мышления и эмоций, аутизация и т. п.), но и обширный круг неспецифических симптомов [7–9]. Наряду с неразвёрнутыми стёртыми субклиническими, но типичными для шизофрении проявлениями, в инициальном периоде болезни могут обнаруживаться синдромы, не причисляемые в начале к эндогенно-процессуальным, однако претерпевающие в дальнейшем трансформацию, характерную для шизофренического процесса. На это указывал А.В. Снежневский, утверждая, что «нозологическая самостоятельность болезни выявляется в совокупности всех особенностей её развития от начала и до конца, т. е. в своем собственном патокинезе». Значительное место в клинической картине приступообразной шизофрении принадлежит нарушениям аффективного спектра. Оценка прогностической значимости и патогенетической сущности наблюдающейся при шизофрении аффективной патологии весьма за-

труднительна, особенно на ранних доманифестных стадиях её развития, когда стёртые аффективные расстройства выявляются задолго до развития первого психотического эпизода. Немаловажной, в частности, представляется возможность разграничения провоцированных аффективных состояний эндогенной природы и психогенных депрессивных реакций, допустимых и у здоровых или развивающихся в рамках ресурсов личности, так как первые будут указывать на «запуск эндогенного механизма», а вторые – на особенности конституционального склада. В связи с этим большое значение для установления эндогенно-процессуального генезиса заболевания приобретают особенности динамики встречающихся на доманифестном этапе психопатологических нарушений.

Целью исследования являлось определение клинических особенностей и типологии психических нарушений аффективного круга, наблюдавшихся в доманифестном периоде приступообразной шизофрении, и их места в последующей динамике эндогенного процесса.

Изученную группу составили 56 пациентов, в доприступном (от 1 до 29 лет) периоде у которых имели место нарушения аффективного круга. Из них у 29 (10 юношей и 19 девушек) первый психотический эпизод развернулся в подростковом возрасте – от 13 до 18 лет. Психотическая манифестация болезни у 27 пациентов (11 мужчин и 16 женщин) отмечалась в возрастном интервале 19–38 лет (у 16 – в 19–26 лет, а у 11 – в 27–38 лет).

Преморбидный склад у большинства (46 – 82,1 %) больных определялся превалированием шизоидных черт, наряду с которыми выявлялись возбудимость, тревожность, истерические проявления. Ведущие характерологические радикалы остальных пациентов определялись гипертимностью (3), возбудимостью (2), стеничностью (2), истерическими (2) и астеническими (1) чертами. Шизоидные особенности проявлялись не столько в фиксированности на мире внутренних переживаний, сколько в замкнутости, скрытности, неумении формировать близкие межличностные отношения и эмоциональной отстраненности.

Наряду с аффективными нарушениями на доманифестном этапе у 24 (42,9 %) пациентов имели место и симптомы другого круга. В дошкольном, раннем школьном возрасте отмечались разнообразными фобическими, ипохондрическими симптомокомплексами, логоневроз, энурез, ситуационно обусловленные повторяющиеся астенические реакции, метаморфопсии, экзогенно спровоцированные кратковременные субпсихотические эпизоды (бред на высоте температуры, ментизм, акоазмы, зрительные иллюзии), чаще возникающие в ответ на психогению, реже – аутохтонно и, как правило (у 22 – 39,3 %), обходившиеся к пубертату. В некоторых случаях (5) обращало на себя внимание отсутствие реакции на серьёзную психогенную ситуацию (развод или смерть родителей, появление отчима, разлука с матерью), что, по-видимому, об-

условливалось присущей этим больным эмоциональной индифферентностью.

Начальные доманифестные аффективные расстройства могли обнаруживаться в разных возрастных интервалах. Однако, при отсутствии отчётливой возрастной предпочтительности в целом, их удельный вес заметно возрастал в подростковом возрасте. Только у 6 (10,7 %) больных появление предвещающих приступ аффективных расстройств пришлось на юношеский возраст. В большей части случаев они впервые возникали в интервале 12–15 лет, т. е. в раннем пубертатном возрасте (22 больных – 39,3 %). Почти в два раза реже их начало было приурочено к позднему пубертатному или детскому возрасту (по 14 больных соответственно – по 25 %). Обращало на себя внимание своеобразие гендерного распределения. Если в позднем пубертатном и детском возрасте соотношение лиц мужского и женского пола было примерно одинаковым с некоторым преобладанием мальчиков в младшей возрастной группе (1 : 1 и 1,3 : 1 соответственно), то среди подростков 12–15 лет девушки заметно доминировали (1 : 10). По-видимому, происходящая в этом возрастном интервале интенсивная гормональная перестройка, особенно активно протекающая у девушек, облегчает реализацию аффективной патологии у предрасположенных к ней лиц.

Были сопоставлены возрастные интервалы, в которых появлялись доманифестные аффективные расстройства (детский, пубертатный, юношеский) и возраст к началу психотической манифестации заболевания (подростковый или взрослый, в т. ч. юношеский). Оказалось, что в 3 раза чаще психотическому дебюту в подростковом возрасте предшествовали аффективные нарушения, возникавшие в пубертате, по сравнению с начавшимися в детском возрасте. В тех случаях, когда первый психотический приступ развивался во взрослом возрасте (юношеском или зрелом) предвещающая психотическую манифестацию аффективная симптоматика также чаще (в 2 раза) выявлялась в подростковом возрасте, нежели в детском и юношеском. Эти данные подтверждают мнение [3], что именно на подростковый возраст приходится субклинические стадии эндогенного процесса, проявляющиеся неспецифической психопатологической симптоматикой.

Продолжительность интервала от начала развития аффективной симптоматики до психотической манифестации составляла от 1 года до 29 лет, в среднем – 10,1 лет. Наиболее короткий этот промежуток был у больных с возникновением манифестного приступа в подростковом возрасте, варьируя от 1 года до 12 лет, в среднем он длился 4,1 года. Средняя продолжительность этого этапа у больных с развитием приступов в юношеском и зрелом возрасте равнялась 13,5 годам, т. е. была в 3 раза больше и варьировала в пределах от 3 до 29 лет. Доля больных с продолжительностью периода стёртых аффективных нарушений 10 лет и более составляла 74,1 % (у 20 из 27) у больных, психотические приступы у которых возникли в юношеском или зрелом возрасте, и всего 13,8 % (4 из 29) – среди пациентов, у которых острые психотические состояния развернулись в подростковом возрасте. Хотя степень прогрессивности не зависит от возраста больного, а является самостоятельным признаком эндогенного процесса [1], более высокий темп развития болезни, отмечается при её начале в более молодом возрасте, когда прогрессивный потенциал заболевания реализуется за менее продолжительный промежуток времени, на что в свое время указывалось в работе [5].

Аффективные расстройства чаще (в 2 раза) выступали в виде монополярных состояний. Однако

можно отметить, что биполярный тип расстройств в 1,5 раза чаще встречался среди лиц, психотический дебют у которых пришелся на взрослый (юношеский или зрелый) возраст.

Спектр расстройств настроения, выявлявшихся на предвещающем психотическую манифестацию этапе, был представлен широким кругом нарушений – от реакций сниженного настроения и психогенных депрессивных состояний до очерченных аффективных фаз сложной структуры с включением коморбидной симптоматики других регистров. Характерными особенностями этих инициальных психопатологических расстройств, зачастую сочетавшихся у одного и того же больного, в преобладающем числе случаев были их субклинический уровень, обратимость, склонность к повторному возникновению. Аффективные проявления чаще выступали изолированно (44 – 78,6 %), реже – в сочетании с симптоматикой других регистров. В большей части случаев (37 человек – 66,1 %) выявлялись монополярные расстройства настроения. Преобладали (32 человек – 57,1 %) обходившиеся бесследно депрессивные состояния: аутохтонные, реактивные, эндокринно провоцируемые, сезонно обусловленные, (в виде повторных сезонно-зависимых депрессивных фаз, стёртых затяжных психогенно спровоцированных депрессий, эпизодов «предменструальной хандры»). Депрессивные проявления зачастую характеризовались невыразительностью клинической картины, рудиментарностью тимического компонента, преобладанием вялости, апатии, астении, а так же нередко – наличием в их структуре когнитивных нарушений в виде трудностей сосредоточения, снижения мнестических способностей, затруднениями в усвоении новых знаний. Как было отмечено выше, аффективные нарушения возникали вне зависимости от возраста и могли обнаруживаться как в раннем детском, так и в подростково-юношеском возрасте, однако после 13–14 лет удельный вес аффективной патологии заметно возрастал. Выявлялся возрастной патоморфоз клинических проявлений аффективных синдромов. В детском возрасте аффективные расстройства могли быть соматизированы, сопровождалась алгиями, клиническая картина стёртых депрессивных состояний пубертатного периода включала в себя коморбидную симптоматику невротического регистра (дисморфобии, стёртые панические атаки, социофобии, ипохондрические расстройства), разнообразные сверхценные образования, характерные для подростково-юношеского возраста. Приблизительно в одной третьей части случаев (18 человек – 32,1 %), наряду с аффективными проявлениями, обнаруживалась неразвёрнутая редуцированная симптоматика более глубоких регистров (отдельные идеи отношения, аказматические и галлюцинаторные феномены). Неглубокие гипоманиакальные расстройства (5 человек – 8,9 %) развивались исподволь, протекая в виде стёртых сезонных фаз, либо приобретали тип хронической гипертимии, трудноотличимой от особенностей характера (3 человек – 5,3 % и 2 – 3,6 % соответственно). У трети пациентов (19 человек – 33,9 %) выявлялись биполярные аффективные нарушения, начинаясь в детском и раннем подростковом возрасте (7–14 лет), аутохтонные депрессивные (15 человек) или маниакальные (4 человека) состояния в дальнейшем становились биполярными, а в некоторых случаях (3 человека) – континуальными.

Примерно у трети больных (18 человек – 32,1 %) в доманифестном периоде имели место психогенные расстройства настроения, в т. ч. повторные

(5 человек – 8,9 %). Спектр клинических проявлений психогенно обусловленных образований включал в себя, наряду с психологически понятными депрессивными реакциями и расстройствами адаптации, сопровождающимися сниженным настроением (7 человек – 12,5 %), затяжные эндогенно окрашенные депрессивные состояния. В 14,3 % (8 человек) случаев эти психогенные депрессивные состояния были эндоформными по особенностям клинических проявлений (с ангедонией и витальным компонентом). В небольшом числе наблюдений (3 человека – 5,4 %), выступавшие в виде ситуационно провоцированных депрессивных реакций, они приводили к изменению психического склада и появлению ранее не отмечавшихся характерологических черт – недоверчивости, подозрительности. У 4 (7,2 %) пациентов психогенные расстройства настроения были затяжными – от 6 месяцев до года.

Ретроспективный анализ динамики психопатологических проявлений доманифестного этапа заболевания показал, что в большей части случаев (36 человек – 64,3 %) расстройства аффективного круга либо не претерпевали существенных изменений (11 человек – 19,6 %), оставаясь однотипными, либо наблюдавшаяся модификация ограничивалась рамками того же аффективного регистра (25 человек – 44,6 %). Аутохтонные субдепрессивные или гипоманиакальные состояния становились сдвоенными, биполярными, в единичных случаях – континуальными. Нарастала глубина и продолжительность депрессивных проявлений, но, как правило, подобное утяжеление аффективной симптоматики без изменения регистра расстройств наблюдалось незадолго до психотического дебюта. В 1/3 части случаев (20 человек – 35,7 %) перед развитием психотического состояния происходило усложнение клинической картины аффективных расстройств за счёт присоединения симптоматики, выступающей вне рамок аффективного синдрома, когда в клиническую структуру предвещающих психотический приступ аффективных расстройств включались нарушения тяжёлых регистров (галлюцинаторного, бредового).

При оценке степени прогрессивности заболевания нередко возникали трудности, т. к. темп нарастания негативных проявлений был незначительный, кроме того, имеющие место в некоторых случаях затяжные аффективные состояния затрудняли оценку выраженности негативных расстройств, утрируя или, наоборот, маскируя личностные изменения. Лишь у одной трети больных (32,1 %) особенности динамики аффективных расстройств на доманифестном этапе заставляли предполагать стёртое (ближе к вялому) поступательное движение эндогенного процесса. На эндогенно процессуальную природу подобных аффективных состояний указывало не только видоизменение позитивных расстройств, но и постепенно усугубляющиеся стёртые негативные изменения (углубление шизоидности, субклинические признаки дефицита эмоций, влечений, когнитивные нарушения – резонерство, соскальзывания, аморфность). В 39,3 % случаев можно было думать о латентном течении, подспудная эндогенная динамика болезни обнаруживалась в виде акцентуации шизоидных черт, появлении признаков реактивной лабильности, возникновении «форпост-синдромов». В 17,9 % – отчётливых признаков процессуальной динамики не наблюдалось вплоть до развития острого психотического эпизода или непродолжительного – несколько недель или дней – периода инициальных расстройств накануне острого приступа.

Согласно учению А.В. Снежневского, нозологическая принадлежность синдрома отражается в

определённом стереотипе его развития – модификации в процессе динамики заболевания. В зависимости от особенностей патокинеза аффективных симптомокомплексов можно было (в некоторой степени условно) выделить четыре основных типа зачатую сочетавшихся у одного и того же больного доманифестных аффективных расстройств. Первый тип ограничивался нехарактерными для шизофрении признаками, которые в дальнейшем претерпевали редукцию, не участвуя в образовании специфических для шизофрении психопатологических синдромов. К ним были отнесены психогенно спровоцированные состояния, возникающие в рамках расстройств адаптации (бесследно обходящиеся депрессивные реакции). Под вторым типом подразумевались также нозологически малоспецифичные аффективные симптомокомплексы (реакции, фазы), которые, уже включаясь в динамику процесса и, взаимодействуя с ним, видоизменялись, отражая, по сути, когнитивные, эмоциональные и характерологические особенности формирующейся личности, в том числе искаженной эндогенным заболеванием. Уже имеющиеся, но ещё недостаточно отчётливые изменения психологической структуры личности либо обуславливали появление стёртых аффективных фаз, либо приводили к эндоформной трансформации клинической картины возникающих на этом этапе заболевания аффективных психогенных образований. Депрессивные реакции, развивавшиеся в ответ на реальную психическую травму (потеря близкого человека, разрыв любовных отношений), становились затяжными, возникали ранее не наблюдавшиеся психогенно, сезонно или эндокринно обусловленные аффективные фазы, импонирующие как фазы в рамках формирующегося расстройства личности. В некоторых случаях наблюдавшаяся у больных акцентуация шизоидных черт, присущих им и ранее, могла свидетельствовать в пользу скрытого, но ещё недостаточно очевидного движения процесса. Третий тип объединял субсиндромальные нозологически относительно нейтральные по клинической картине, но специфические для шизофрении по характеру модификации в процессе динамики болезни аффективные состояния, которые указывали на «включение эндогенного механизма» или начавшуюся подспудную поступательную динамику эндогенного процесса. Наблюдалась трансформация аффективных состояний – фазы постепенно углублялись, приобретали затяжной характер, в некоторых случаях включали в себя рудиментарные расстройства тяжёлых регистров (неразвёрнутые бредовые идеи, галлюцинаторные включения, нарушения мышления). Наряду с аффективными нарушениями в этих случаях более отчётливо вырисовывались негативные симптомы, о чем свидетельствовали, всё более рельефно проступавшие с возрастом после перенесённых аффективных состояний, чужаковатость и интровертированность, появление признаков эмоциональной нивелированности, обеднение или видоизменение влечений. Четвёртый тип расстройств характеризовался появлением в клинической картине аффективных состояний психопатологических симптомокомплексов, свойственных манифестной шизофрении, феноменологические особенности которых в некоторых случаях могли отображать содержание разворачивающегося психотического эпизода и представляли собой собственно инициальные проявления развивающегося психотического приступа.

В заключение следует отметить, что все отмечавшиеся психопатологические проявления доприступного этапа болезни диагностировались ретроспективно, т. к. были неразвёрнутыми, стёртыми, субклиническими и, как правило, не при-

водили к обращению к психиатрам. Трудности адекватной психопатологической квалификации этих состояний во многом определяются тем, что одинаковые психопатологические синдромы могут наблюдаться при разных психических заболеваниях. Однако согласно концепции А.В. Снежневского, каждый этап проявления болезни – «это продукт предшествующего её развития», а в самом синдроме «потенциально содержатся возможные особенности дальнейшего течения» [7, с. 1344]. Особенности доманифестных расстройств – их субклинический уровень, преходящий и эпизодический характер, склонность к повторению заставляют думать об изначально определённых тенденциях эндогенного процесса (к частому рецидивированию), которым предстояло реализоваться в будущем, и предполагать особую «почву», в какой-то степени предопределившую динамику развившейся в дальнейшем болезни. Представляющие сложность в плане идентификации их патогенетической сущности в одной части случаев, они, несомненно, принадлежат к эндогенному спектру и отражают подспудные сдвиги, предшествующие острому манифестному состоянию, в другой – по-видимому, свидетельствуют о некоей врождённой конституциональной лабильности, аффективной нестабильности, наличие которой обуславливает возможность осуществления генетически детерминированной наклонности к приступообразному течению заболевания и степень выраженности тенденции к рецидивированию. На стадии предвещающей манифестацию болезни, когда аутохтонные механизмы приступообразования выражены ещё не в полной мере, возрастные изменения эндокринного фона, психогенные и экзогенные факторы проявляют скрытые тенденции предстоящей будущей динамики болезни. По мере возрастания активности процесса происходит «включение» аутохтонных механизмов приступообразования, что приводит к развитию психотического дебюта эндогенного процесса.

Если первые два типа доприступных аффективных расстройств указывают на особенности онтогенеза и predisposition к возможной манифестации процесса, то вторые два – на уже отчётливую начавшуюся поступательную динамику болезни и служат клиническим выражением активности те-

кущего процесса. По-видимому, особенности и тип динамики аффективных состояний на этапе, предвещающем острый дебют психоза, необходимо учитывать при выборе терапевтической тактики. Первый тип расстройств (если больные попадают в поле зрения психиатра) может купироваться нелекарственными (психотерапия) методами. При распознавании расстройств второго типа целесообразным будет назначение мягких тимолептиков, средств профилактического действия (при повторяющихся фазах), сочетаемых с нейропротекторами и ноотропами. Второй и третий типы расстройств диктуют необходимость обязательного назначения в комплексе с тимолептическими препаратами и нейролептическими средствами – для сдерживания темпов прогрессивности развивающегося заболевания.

Литература

1. Вроно М.Ш. Сравнительно-возрастной аспект изучения шизофрении у детей и подростков // Ж. невропат. и психиатрии. 1980; 10: 1510–1514.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первые психотические приступы у больных шизофренией // Русский медицинский журнал. 2004; 24: 1272.
3. Мазаева Н.А. Подростковый возраст и шизофрения // Психиатрия. 2008; 2: 16–27.
4. Наджаров Р.А., Цуцукловская М.Я., Концевой В.А., Шахматова-Павлова И.В., Шмаонова Л.М. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985; 1: 66–79.
5. Наджаров Р.А., Штернберг Э.Я. Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975; 9: 1374–1379.
6. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Ж. психиатрия и психофармакотерапия. 2005; 7: 4.
7. Снежневский А.В. Место клиники в исследовании природы шизофрении. Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975; 9: 1340–1345.
8. Тиганов А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Ж. неврол. и психиатр. 1999; 1: 8–10.
9. Тиганов А.С. Современные проблемы патогенеза и клиники шизофрении. В сб. «Современные проблемы психического здоровья» / Под общ. ред. А.В. Картелишва, Г.П. Колупаева. М.: 2005; 86–92.
10. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Ж. невропатол. и психиатрии. 1983; 5: 707–716.
11. Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M.J., Mayerhoff D.I., Geisler S.H., Szymanski S.R. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1992; 149: 9: 1183–1188.