

Патодинамические и клинические соотношения тимопатии, психической травмы и шизоаффективного расстройства

Н.Д. Лакосина¹, А.В. Алексеев², А.А. Шмилович³

Российский государственный медицинский университет, Москва

РЕЗЮМЕ

Обследованы 74 больных, у которых шизоаффективное расстройство развилось в условиях воздействия эмоционального стресса (основная группа), и 51 больной, у которых шизоаффективное расстройство возникло аутохтонно (группа сравнения). Определены патодинамические особенности взаимоотношения тимопатии, эмоционального стресса и шизоаффективного расстройства.

Наиболее полные и подробные исследования, посвящённые взаимодействию и взаимовлиянию расстройств шизофренического спектра и психогений, проводились, главным образом, отечественными специалистами в 50–70-е годы прошлого столетия [2, 3, 5–7, 9]. В последние годы эта проблема вновь привлекала к себе интерес исследователей [10, 11, 13–20]. Судя по всему, это связано с появлением МКБ-10, где пересмотрены диагностические критерии и классификация расстройств шизофренического спектра, а шизоаффективное расстройство по синдромальному признаку выделено в самостоятельную рубрику.

Высказывались различные точки зрения относительно возможности и условий психогенной декомпенсации расстройств эндогенного происхождения, в т. ч. и шизоаффективной структуры. Большинство авторов придавали важное значение в их возникновении наследственной предрасположенности, наличию астенических черт характера, аномальному типу воспитания, а также психотравмирующим событиям, в основном – угрожающим жизни, здоровью больных, а также касающихся их социальных и семейных связей. Большая часть исследователей указывали на хронический характер психотравмы, актуализирующейся незадолго до манифестации или рецидивирования заболевания [1, 2]. Н.В. Канторович [12] установил, что больные шизофренией более всего восприимчивы к травмирующим воздействиям в начальном (инициальном) периоде и в ремиссии. На высоте болезненного процесса, в остром состоянии больные в меньшей степени уязвимы к стрессорным факторам.

По нашему мнению, существующие наблюдения не раскрывают в полной мере особенности патодинамических и клинических взаимодействий различных по своему происхождению эндогенных и психогенных расстройств, а также необходимых условий возникновения шизоаффективного приступа при воздействии эмоционального стресса.

Общезвестно, что шизоаффективное расстройство нередко манифестирует в условиях психогенной провокации, в дальнейшем заболевание рецидивирует без связи с психической травмой. В дру-

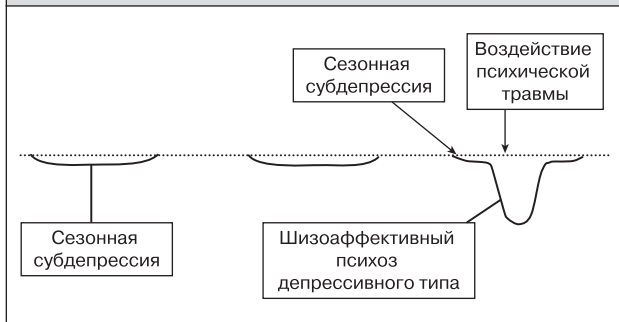
гих случаях заболевание с первых приступов протекает аутохтонно. В то же время существует категория больных, у которых каждый приступ шизоаффективной структуры возникает в условиях воздействия эмоционального стресса. Для объяснения подобных закономерностей потребовалось тщательно проанализировать период жизни больных, предшествовавший развитию психогенно-спровоцированного шизоаффективного психоза. При исследовании преморбиды особое внимание уделялось оценке эмоциональной сферы больных, их «готовности» или предрасположенности к развитию шизоаффективного расстройства в условиях психогенной провокации или развитию психогенных состояний в период ремиссии в «чистом виде» (отмечалось большее в сопоставлении с группой сравнения количество реактивных депрессий). Задолго до манифестации шизоаффективного расстройства после эмоционального стресса у больных отмечались эндогенные колебания настроения субклинического уровня (тимопатии), проявлявшиеся лёгкими гипоманиями либо субдепрессиями. Гипомании возникали в виде очерченных периодов хорошего настроения с приливом душевных и физических сил. При этом расстройства не выходили за рамки субклинического уровня, не достигали степени развёрнутого маниакального синдрома, отсутствовала идеаторная ускоренность и двигательное возбуждение. Во время субдепрессий больные становились вялыми, сонливыми и угрюмыми, с трудом справлялись с работой, быстро уставали, все делали «через силу», «превращались в пессимистов». Чаще всего колебания настроения носили сезонный характер (59,4 %), и больные умели их «прогнозировать». Пациенты не всегда обращались за медицинской помощью, так как не видели в периодическом изменении душевного и телесного самочувствия «ничего особенного», называли его своей «врождённой особенностью», «сезонным гиповитаминозом», «весенней влюбленностью» и т. д. Многие из них, зная «свою особенность», планировали жизнь, исходя из собственного, «привычного» ритма подъёма и спада настроения. Например, во время ожидаемой субдепрессии брали отпуск, чтобы «отоспаться», «отлежаться», «ничего не делать». Как правило, тимопатия впервые появлялась в периоды гормональной перестройки организма, в пубертатном возрасте, либо после беременности и родов. У 35,1 % больных отмечались маскированные депрессии (синдром раздражённой толстой кишки) и психосоматические расстройства, коморбидные классическим депрессиям (бронхиальная астма, псориаз и пр.), в динамике которых прослеживалась чёткая сезонная периодичность. В такие периоды пациенты долго и без-

¹ профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ, д. м. н.

² ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ, к. м. н.

³ доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ, к. м. н.

Схема 1. Закономерность возникновения шизоаффективного психоза



успешно лечились в клиниках соматического профиля, проходили разнообразные обследования, подвергались различным медицинским манипуляциям. Ожидаемый лечебный эффект наступал только после окончания «неблагоприятного сезона».

При сопоставлении особенностей травмирующих событий и тимопатических колебаний в период, предшествовавший возникновению исследуемого шизоаффективного расстройства, были обнаружены некоторые закономерности. Далеко не у всех обследованных больных очередной шизоаффективный приступ в анамнезе развивался при воздействии психической травмы. В прошлом такие больные реагировали периодами психогенной депрессии на воздействие эмоционального стресса. В другой жизненный период у этих же больных вслед за психическими травмами сходного содержания и интенсивности развивался психоз шизоаффективной структуры. Это объяснялось определёнными особенностями патодинамического взаимодействия *тимопатии*, *временем воздействия психической травмы* и её *содержанием*.

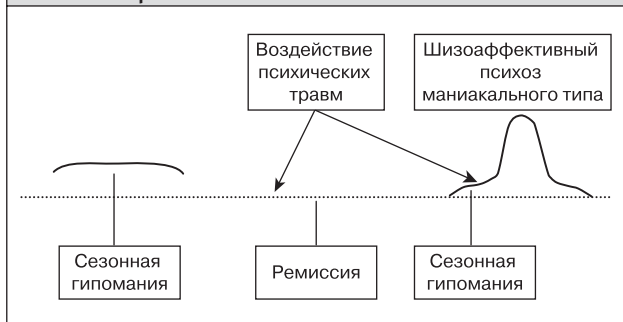
Содержание психической травмы. Простое наличие психической травмы не являлось «абсолютно патогенным» [4, 8] в отношении развития психогении или шизоаффективного психоза. Психические расстройства развивались в ответ на «ключевое переживание» [по Е. Kretschmer, 1927], то есть патогенной являлась психическая травма, являвшаяся индивидуально «уязвимой» для каждого пациента. Определённая психическая травма (например, угроза жизни и здоровью родственника) для каждого больного являлась на протяжении всей жизни патогенной, а другая (например, угроза собственной жизни и здоровью) переносилась относительно благополучно. Другие больные обнаруживали обратную закономерность. У 50,0 % пациентов обнаруживалось сочетание двух и более травмирующих воздействий различного содержания. Например, смерть мужа в автокатастрофе (эмоциональное лишение) сочеталась с финансовым крахом (угроза личностному благополучию), поскольку больная не работала, а муж при жизни был основным источником доходов. Даже при сочетании нескольких психических травм одна из них обязательно являлась личностно непереносимой.

Время воздействия психической травмы имело не меньшее значение для развития шизоаффективного психоза, чем её содержание.

У большей части пациентов (55,4 %) шизоаффективный психоз развивался после психической травмы в известный из анамнеза, «привычный» для больного период очередной сезонной субдепрессии либо гипомании. Эта закономерность отражена на схеме 1.

Как видно из данной схемы, психическая травма воздействовала в период сезонной субдепрессии и привела к возникновению шизоаффективного психоза депрессивного типа.

Схема 2. Развитие шизоаффективного расстройства после психической травмы



На схеме 2 показано развитие шизоаффективного расстройства маниакального типа после психической травмы.

Как видно на схеме 2, психические травмы воздействовали в период ремиссии и сезонной гипомании. Только в последнем случае развилось шизоаффективное расстройство маниакального типа. Столкновение со стрессовым событием в ремиссии не приводило к развитию шизоаффективного психоза. В этих случаях наблюдалась только классическая психогенная депрессия.

По данным анамнеза, у 16,2 % пациентов исследуемой группы на фоне психотравмирующей ситуации отмечались длительные (как правило, многолетние) психогенные аффективные расстройства непсихотического уровня (дистимия). У большей части этих больных (14,9 %) на фоне многолетней ситуационной депрессии непсихотического уровня возникали периодические сезонные тимопатические субдепрессии с углублением аффективных расстройств (двойные депрессии), на «высоте» которых приходилось воздействие индивидуально непереносимой психической травмы (схема 3).

Как видно на схеме 3, вслед за психической травмой, подействовавшей во время двойной депрессии, развивался шизоаффективный психоз депрессивного типа.

У части больных (18,9 %) с подросткового возраста отмечались сезонные биполярные тимопатические колебания. В течение многих лет в определённое время года появлялись сезонные гипомании – очерченные периоды приподнятого, жизнерадостного настроения, когда появлялись прилив сил и жизненной энергии (например, весной, в начале лета). При этом пациенты оставались социально компенсированными, продолжали работать, заниматься прежней деятельностью. В другие месяцы (например, в конце осени, начале зимы) развивались сезонные субдепрессии – больные в течение определённого периода были вялыми, сонливыми, становились «ленивыми» и утомляемыми. При этом периодически во время одной из тимопатических

Схема 3. Развитие шизоаффективного психоза депрессивного типа

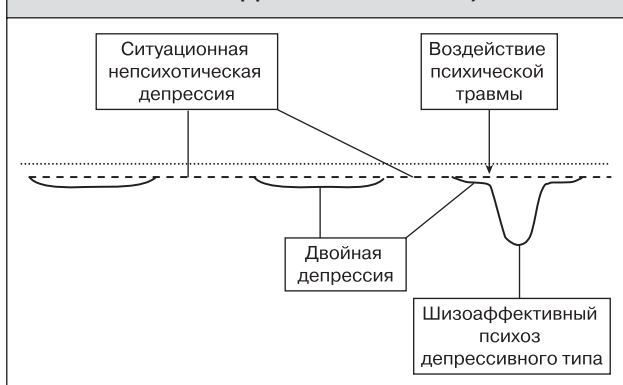
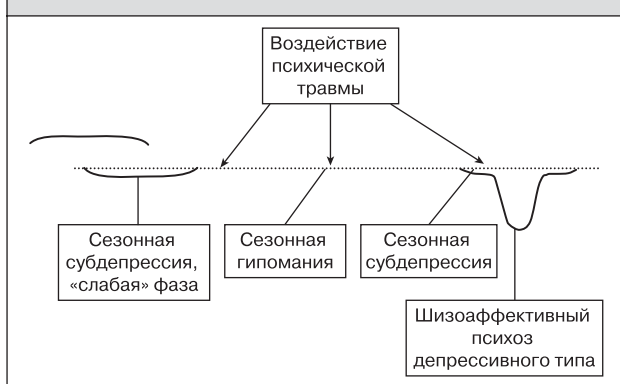


Схема 4. Закономерность развития шизоаффективного приступа



ских фаз (только гипомании или только субдепрессии) в прошлом у больных после психической травмы либо аутохтонно развивались шизоаффективные психозы, причём их аффективный характер всегда совпадал с аффективным полюсом этого тимопатического периода. Например, у больной, страдающей биполярными тимопатическими колебаниями, во время очередной осенне-зимней субдепрессии трижды в возрасте 18, 27 и 35 лет развивались шизоаффективные приступы. В течение этого времени больная перенесла несколько психических травм (тяжёлая болезнь матери, смерть матери, смерть брата, смерть отца). Первый и третий психозы были психогенно спровоцированы, второй приступ развился аутохтонно. Стоит отметить, что психогенно-спровоцированные депрессивно-параноидные психозы развивались только в привычное время сезонной субдепрессии. Психические травмы, воздействовавшие в периоды сезонной гипомании и в периоды отсутствия тимопатических колебаний, не вызывали развития шизоаффективного приступа. То есть у пациентки наиболее уязвимым периодом для развития шизоаффективного приступа являлась сезонная субдепрессия, тогда как во время гипомании и отсутствия субдепрессии подобной уязвимости не наблюдалось, по всей видимости, в силу больших компенсаторных способностей нервной системы в эти периоды. Эта закономерность отражена в схеме 4.

У других пациентов с биполярными сезонными тимопатическими колебаниями «слабой» фазой являлась гипомания, во время которой возникали шизоаффективные психозы маниакального типа, а сезонные субдепрессии никогда не приводили к развитию психотического состояния даже при психогенной или соматогенной провокации. Другими словами, необходимым условием для развития шизоаффективного расстройства при воздействии эмоционального стресса являлось воздействие актуальной психической травмы по типу «ключевого переживания» в период «слабой» тимопатической фазы (гипомании либо субдепрессии). Влияние «неактуальной» для больного психической травмы либо психогенное воздействие по типу «ключевого переживания» в период «неуязвимой» тимопатической фазы или в период отсутствия тимопатических расстройств не вызывало развития шизоаффективного приступа.

Таким образом, патодинамические соотношения психогенных, шизоаффективных расстройств и ти-

мопатии у обследованных больных были сложны и многообразны, но вместе с тем подчинялись определённым закономерностям. Для развития шизоаффективного приступа имело значение не столько наличие субъективно значимой психической травмы, сколько её совпадение со «слабой» тимопатической фазой. Исходя из полученных клинических данных, целесообразно проводить длительное профилактическое лечение таких больных в периоды ремиссий с применением стабилизаторов настроения и нейролептиков. Особое внимание следует уделять пациентам в периоды «неблагоприятных» тимопатических фаз.

Литература

1. Абаскулиев А.А. О роли психических травм в происхождении шизофрении. Сборник трудов института психиатрии им. Асатиани, Тбилиси, 1958; 5: 7–9.
2. Амбрумова А.Г. Течение шизофрении по данным отдалённого катамнеза / Под редакцией проф. В.М. Банщикова, М.: 1962.
3. Александровский А.Б. Рецидивы шизофрении и пути их профилактики. Изд. Медицина, М.: 1964.
4. Воскресенский Б.А. Клинико-статистические данные о психотравмирующих переживаниях при некоторых формах психогений // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980; 8: 51–58.
5. Герасимов С.В. Влияние психогенных факторов на клинику шизофрении. В сб.: Практика судебно-психиатрической экспертизы. М.: 1970; 1970: 3–10.
6. Дедкова С.Ф. Влияние психогенных факторов на возникновение и течение шизофрении. В сб.: Шизофрения (вопросы профилактики, патогенеза и лечения). Челябинск, 1973; 15–17.
7. Кербиков О.В. О некоторых спорных вопросах в психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1952; 5: 8.
8. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М.: 1970.
9. Ильинский Ю.А. Психогенные расстройства параноидного и депрессивного характера у больных шизофренией с ремитирующим течением. В сб.: Практика судебно-психиатрической экспертизы. М.: 1971; 18: 24–31.
10. Иконников Д.В. Реакции отказа у больных вялотекущей шизофренией (по материалам катамнестического исследования): сообщение II. Психиатрия. 2005; 1: 17–25.
11. Ильина Н.А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии). Диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук. М.: 2006.
12. Канторович Н.В. Психогении Ташкент 1967; 263.
13. Коцюбинский А.П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. Монография. М.: 2004.
14. Смулевич А.Б., Колюцкая Е.В., Алмаев Н.А., Ильина Н.А., Тухватулина Л.Ш. Постстрессовый синдром и эндогенные заболевания. В кн.: Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / Под ред. акад. РАМН В.И. Покровского. 2004; 147–159.
15. Сюняков Т.С. К проблеме двоянных психогенно спровоцированных аффективных фаз при реактивной шизофрении / Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 1: 06.
16. Corcoran C., Walker E., Huot R Mittal V., Tessner K Kestler L., Malaspina D. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset // Schizophrenia bulletin. 2003; 29: 4: 671–692.
17. Docherty N.M., St-Hilaire A., Aakre J.M. and Seghers J. P. Life Events and High-Trait Reactivity Together Predict Psychotic Symptom Increases in Schizophrenia // Schizophr Bull. 2008.
18. McGuffin P., Jim van Os // Can the social environment cause schizophrenia? // The British Journal of Psychiatry. 2003; 182: 291–292.
19. Ruud van Winkel, Nicholas C. Stefanis and Inez Myin-Germeys Psychosocial Stress and Psychosis. A Review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction // Schizophr Bull 2008.
20. Veling W., Hoek H. W. et al., Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: A case-control study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2008, Jun.