

# ПСИХІАТРІЯ, МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.985.8-036.66-07

© Ю.А. БЛАЖЕВИЧ, 2016

*Ю.А. Блажевич*

## КАТАМНЕЗ РЕЦИДИВІВ ПСИХОЗІВ ЗА ДАНИМИ ВІДДІЛЕНЬ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ

Центр першого психотичного епізоду ТМО «Психіатрія» в місті Києві

**Вступ.** Вивчення початкових проявів, клінічних особливостей, динаміки перебігу першого психотичного епізоду є важливою медичною, соціальною та економічною складовою сучасної психіатрії.

**Мета.** Дослідження частоти рецидивів різних психотичних розладів протягом 4-5 років після першого стаціонарного випадку психозу.

**Матеріали та методи.** Вивчення динаміки психотичних випадків проводилось на базі Центру першого психотичного епізоду ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві (чоловіче та жіноче відділення на 25 та, відповідно 30 ліжок). Із всього різноманіття психотичних розладів, що спостерігаються у відділеннях першого психотичного епізоду, для аналізу було виділено наступні: параноїдна шизофренія (F 20/0), гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) та з симптомами шизофренії (F 23.1), а також маніакальний епізод (F 30) та депресивний епізод (F 32).

**Результати.** Отримані дані про тривалість ремісії при тому чи іншому типі психозу, частоті рецидивів, зв'язку з віком та статтю, а також залежності від дотримання режиму підтримуючої терапії.

**Висновки.** Отримані дані дозволяють оцінювати перебіг психозу в динаміці, передбачати приступи рецидивів, профілакувати недотримання пацієнтом комплаєнсу.

**Ключові слова:** перший психотичний епізод, клініка, катамнез, рецидиви, динаміка захворювання.

**Вступ.** Успіхи психофармакології у можливості купірувати гострі прояви психозів стають все більш суттєвими. Внаслідок цього акцент в терапії гострих психотичних станів переноситься на профілактику рецидивів, а також на підбір антипсихотичних засобів з мінімальною негативною побічною дією на пацієнта [3,5]. В клініко-діагностичному плані на перше місце виходить подальше вивчення частоти та причин рецидивування психозів в залежності від якості ремісії при виписці, а також додержання пацієнтом комплаєнсу [1, 2, 6].

**Мета.** Нами було поставлено задачу вивчити структуру нозологічних розладів при першому психотичному епізоді, її клінічну представленість, динаміку «уточнених» нозологічних кваліфікацій повторних приступів психозів, причини розходжень діагнозів при первинному епізоді і наступних приступах, а також частоту і причини рецидивів при різних типах психотичних станів.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі Центру першого психотичного епізоду ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. Слід зазначити, що

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві є базовим стаціонарним психіатричним закладом столичного мегаполісу (загальна кількість ліжок 1375). Більше 90% психотичних станів, що потребують госпіталізації, направляються саме в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. Серед первинних відділень закладу Центр першого психотичного епізоду є одним із ведучих і надає стаціонарну спеціалізовану допомогу близько 40% всіх первинних пацієнтів чоловіків і більше 60% жінок. Не дивлячись на існуючий в закладі порядок направлення пацієнтів при повторному рецидиві захворювання саме в те відділення, в якому він проходив лікування раніше, для достовірності інформації перевірялись факти можливого лікування пацієнтів в інших стаціонарних відділеннях закладу чи інших закладів міста, а також перевірялись дані амбулаторних карток диспансерів за місцем проживання пацієнтів.

Із дослідження було виключено пацієнтів, які проживають в інших містах, пацієнтів з помітною представленістю в клініці основного захворювання органічної патології, а також пацієнтів, в клінічній картині захворювання яких була наявна інформація про прийом ними психоактивних речовин.

Загальна кількість обстежених пацієнтів склала 114 осіб: 58 жінок та 96 чоловіків. Середній вік пацієнтів першого психотичного епізоду в обстежуваній групі склав  $28,2 \pm 0,2$  роки: чоловіків –  $26,6 \pm 0,4$  роки, жінок –  $29,2 \pm 0,4$  роки.

Хворі на параноїдну шизофренію (F 20.0) склали 18 випадків (10 чоловіків та 8 жінок); гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) – 10 (6 чоловіків та 4 жінки); гострі психотичні розлади з симптомами шизофренії (F 23.1) – 27 випадків (14 чоловіків та 13 жінок); поліморфні шизоафективні розлади – маніакальний тип (F 25.0) – 27 випадків (12 чоловіків та 15 жінок); поліморфні шизоафективні розлади депресивний тип (F 25.1) – 41 (23 чоловіки та 18 жінок); маніакальний епізод (F 30) – 15 випадків (5 чоловіків та 10 жінок); депресивний епізод (F 32) – 30 випадків (12 чоловіків та 18 жінок).

**Результати.** Слід відмітити декілька моментів. Перше: представлена пропорція нозологічних форм звісно не відображає їх фактичну розповсюдженість як в загальній групі психічних розладів, так і серед осіб, що захворіли вперше. Друге: дані катамнезу призводять до висновку про розширювальне встановлення діагнозів «маніакальний епізод» та «депресивний епізод» при першому психотичному прояві захворювання. При повторних госпіталізаціях дані діагнози трансформувались у шизоафективний або шизофренічний розлад. Причинами діагностичних неточностей окрім деонтологічних аспектів при роботі з вперше захворівшими було те, що пацієнти даних груп захворювань в середньому проводили в стаціонарі найменшу кількість днів. Причини були у вираженому психологічному супротиві в прийнятті картини захворювання, у відсутності критики до свого стану та, в результаті, у небажанні лікуватись. Первинний діагноз в цих випадках встановлювався по попереднім «фасадним» афективним проявам, а всі підозри щодо наявності власне психотичних розладів, не підтверджені клінічними спостереженнями або даними патопсихологічного обстеження внаслідок дефіциту часу, залишались за межею заключного діагнозу [3,7].

Найбільш високий рівень рецидивів спостерігався в групі пацієнтів з перше встановленими діагнозами «маніакальний епізод» та «поліморфний шизоафективний розлад – маніакальний тип». В цих же групах пацієнтів спостерігалась і найбільша кількість рецидивів. Зумовлено це, на наш

погляд, не тільки певними властивостями психотичних станів, поєднаних з вираженими афективними симптомами, до повторюваності приступів, але і тим, що серед пацієнтів даної групи кількість нон-комплаєнтних досягла 40%, помірно комплаєнтних – 25%. З урахуванням того, що в умовах опитування більшість пацієнтів намагалась виглядати в більш позитивному світлі і надавали явно «завищені» відповіді про дотримання рекомендацій лікаря щодо прийому підтримуючої терапії, дійсне співвідношення між пацієнтами «з відмовою від контакту з лікарем» і пацієнтами, що «шукають допомоги у лікаря», ще в більшому ступеню стає не на користь тих, що дотримуються комплаєнсу. Таким чином, висока частота рецидивів пацієнтів з маніакальною симптоматикою в значній мірі зумовлена відсутністю підтримуючої терапії [6,9].

Дані катамнезу призводять до висновку про розширювальне встановлення діагнозів «маніакальний епізод» та «депресивний епізод» при першому психотичному епізоді. При повторних госпіталізаціях дані діагнози трансформувались у шизоафективний або шизофренічний розлад. Причинами діагностичних неточностей окрім деонтологічних аспектів при роботі з вперше захворілими було те, що дані хворі в середньому проводили в стаціонарі найменшу кількість днів (в окремих випадках пацієнти «афективної» групи проводили в стаціонарі 1-3). Серед пацієнтів «афективної» групи відмова від стаціонарного обстеження і контакту з лікарем складала 74,6% (співставний показник зустрічається лише в групі хворих на параноїдну шизофренію – 3, 78,2%).

Інші причини знаходились у виражених проявах механізмів психологічного захисту, що виявлялось у супротиві в прийнятті картини хвороби, у відсутності критики до свого стану та, в результаті, у небажанні лікуватись [4,5]. У всіх випадках сумнівів у достовірності симптомів, що виходили за межі кола афективних розладів, діагноз встановлювався «на користь» пацієнта з рекомендаціями подальшого спостереження та лікування в амбулаторному режимі: первинний діагноз встановлювався по попереднім «фасадним» афективним проявам, а всі підозри щодо наявності власне психотичних розладів, не підтвержені клінічними спостереженнями або даними патопсихологічного обстеження, залишались за межею заключного діагнозу. В період повторних госпіталізацій пацієнтів даної групи діагноз кваліфікувався як більш важкий у порівнянні з його оцінкою під час першої госпіталізації приблизно у 65% випадків.

Афективні порушення встановлювались в переважній більшості випадків (більше 90%). Причому у 68% випадків вони мали ведучий або виражений характер. Окрім «чистих» маніакальних та депресивних синдромів, які спостерігались переважно при маніакальних та депресивних епізодах, при прогредієнтних станах спостерігались різноманітні атипові афективні синдромокомплекси. Так, нами умовно було виділено депресивні стани двох типів. Депресії першого типу відрізнялись короткотривалістю (до 5 – 7 днів) або характеризувались миготінням симптомів: на фоні основної симптоматики то з'являлись на декілька днів, то зникали. Психогенна обумовленість даного типу депресій мала формальний характер, але на протигагу пацієнтам з депресією другого типу пацієнти з даною депресією хоча б намагались позначити причини дискомфорту та зниженого настрою. Депресія характеризувалась апатією та

стертістю клінічних проявів. Переважали скарги на слабкість, втомлюваність та млявість. Ведучими були адинамія, анергія. Переважав тужливий або змішаний афект. Співвідношення кількості пацієнтів даної групи до пацієнтів з другим типом депресії склало 1:8 [1,6,9].

Депресивні приступи другого типу відрізнялись тривалістю. В значній кількості випадків відмічався їх початок задовго до госпіталізації. В клінічній картині переважала тривога, рухових неспокій, страх, плаксивість. Спостерігалось суттєве збільшення рефлексії з переоцінкою минулого та теперішнього, безперспективністю майбутнього. Психофізіологічна оцінка мала сенесто-іпохондричну направленість. Пацієнти заявляли про інтелектуальну неспроможність, неможливість зосередитись, запам'ятати, вірно розуміти поточні події. В окремих випадках рефлексія мала резонерський характер. Добова динаміка коливань симптомів депресії не спостерігалась. В частини хворих спостерігалась явна суїцидальна налаштованість. Психогенії в скаргах пацієнтів відображення не знаходили [3,8].

Клінічна представленість афективних розладів маніакального полюсу не була аналогічною за формою проявам депресивного кола. Так, короточасні маніакальні стани проявлялись у вигляді гіпоманій, які частіш за все ігнорувались не тільки самими пацієнтами, але і оточуючими. Їх констатація мала ретроспективний і виключно умовний характер.

Маніакальні стани тривали за часом характеризувались відносною складністю клінічної картини захворювання. Більшість із них також маніфестували задовго до госпіталізації. Жвавість, метушливість, постійна рухова активність змінювались опозиційністю до близьких, асоціальними формами поведінки з алкоголізацією і конфліктами з оточуючими (таксистами, продавцями, випадковими перехожими). Переоцінювання власних можливостей та втрата критики призводили, в кінцевому випадку, до різноманітних надцінних та надцінно-маячних утворень. В більшості випадків наповляння на реалізації цих надцінних ідей і було для мікрооточення останньою краплею для звернення до психіатра [6]. Звичайно депресивні фази зустрічались значно частіше ніж маніакальні, однак ризик рецидивування психозів у випадку наявності в структурі першого епізоду маніакальних і тим більше маніоформних симптомів зростав у 2 – 3 рази [5,6].

Відносно невеликий строк катамнезу дозволяв робити лише попередні висновки про структуру та якість ремісій. Так, нами було умовно виділено 3 типи ремісій: прогредієнтні ремісії – випадки стабільності емоційного стану з поступового і невпинного покращення соціально-психологічного статусу пацієнта по відношенню до статусу на момент виходу із психозу; стабільні ремісії – тут спостерігались випадки рецидивів, однак помітні особистісні та соціально-психологічні зміни у пацієнтів були відсутні; регредієнтні ремісії – з наростанням частоти рецидивів і загальним зниженням особистості за період хвороби. Для чистоти висновків про «прогредієнтність» ремісії нами із загальної групи умовно виключались випадки афективних приступів і аналізувались лише власне психотичні стани. Так, у пацієнтів з першим психотичним епізодом шизофренічного кола прогредієнтна ремісія спостерігалась у 18% випадків, стабільна – в 44% випадків, регредієнтна – в 38% випадків. Випадки сприятливих ремісій характеризувались наступними ознаками: низька спадкова обумовленість психозів (8% випадків), низька

представленість в клінічній картині захворювання симптомів афективного спектру; високий особистісний та соціально-освітній рівень в преморбіді; високий ступінь підтримки з боку мікрооточення та, відповідно, високий комплаєнс [3,9].

Заслугують уваги дані про взаємозв'язок наявності і ступеню вираженості ініціального періоду психозу з якістю та тривалістю ремісії. При захворюваннях з гострим початком рецидиви спостерігались в 3 рази рідше, ніж при психозах з явним ініціальним періодом. Комплаєнс в групі пацієнтів з гострим початком психозів був значно вище (2,2 рази), ніж при захворюваннях з наявністю ініціального етапу. Чи є психози з більш вираженими клінічними проявами та тривалим (від пів року та більше) ініціальними періодами більш злоякісними від самого початку або причина в більш суттєвому стресуючому факторі гострого психозу з пожиттєво зберігаючимся острахом пацієнта в повторенні приступу і, як наслідок, – більш сумлінним виконанням пацієнтами рекомендацій лікаря, однак залишається фактом менша кількість рецидивів при гострому початку захворювання. Крім того, у випадках з ініціальним періодом захворювання вірогідність того, що психоз процесуально обумовлений є вище, в той час як при гострому початку генуїнна природа психозу була неявною навіть при повторних приступах. Отримані дані слід розцінювати як вельми попередні зважаючи на короткий період та невелику вибірку спостережень [2,7].

Рецидивування психозів в залежності від статі та віку мало наступну представленість. Пацієнти віком до 25 років надходили на лікування в 2,5 – 2,7 рази частіше у порівнянні з групою пацієнтів 25 – 30 років та в 3,2 рази – в порівнянні з віковою групою 30 – 40 років. Жінки надходили на лікування в 1,5 – 1,7 рази частіше ніж чоловіки.

Високий рівень рецидивів серед жінок та пацієнтів молодого віку в цілому пояснюється більшою представленістю в клінічній структурі захворювань пацієнтів вказаних груп афективної симптоматики. Депресивна і маніакальна симптоматика з одного боку пом'якшувала клінічні прояви приступу і наближало перебіг захворювання до більш м'якого його полюсу, а з іншого боку сприяло почастішанню рецидивів, як найменш стійка патологічна структура. Іншою причиною, з нашої точки зору, могло бути високе соціальне фокусування на а) особах молодого віку, б) особах жіночої статі, що не дозволяло мікрооточенню ігнорувати у пацієнтів даних груп факти загострення захворювання (неадекватної поведінки, клінічного та соціального неблагополуччя) [1,3,8,9].

**Висновки.** Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок щодо прогностично несприятливих випадків перебігу психозу після перенесеного першого психотичного приступу: при наявності в клінічній картині захворювання поряд з власне психотичною симптоматикою (розлади мислення, маячна симптоматика, галюцинації) вираженої афективної симптоматики; у випадках наявності факторів молодого віку та жіночої статі (рецидиви психозу у 2 – 2,5 рази вище); відсутності контролю з боку мікрооточення та факторах нон-комплаєнтності (частота рецидивів перевищує середньостатистичні показники у 2,5 – 3 рази).

Отримані дані дозволяють уявляти клінічну картину психозу в динаміці, а також попереджувати прояв факторів, що сприяють несприятливому перебігу психозу.

**Література**

1. Джонс П.Б. Шизофрения: Клиническое руководство / П.Б. Джонс, П.Ф. Бакли: Пер. с англ.: Под общ. Ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 192с.
2. Діагностичні критерії з DSM – III – R. – Переклад з англ. – К.: Абрис, 1994. – 272с.
3. Епізоди ендогенно-процесуальних психозів (синдромологічна діагностика, лікування сучасними антипсихотиками): Методичний посібник ДЗ "Луганський державний медичний університет" / [Казакова С.Є., Ліньов О.М., Ромашова Т.І. та ін.]. – Луганськ, 2013. – 29 бс.
4. Кронфельд А.С., Становление синдромологии и концепции шизофрении / А.С. Кронфельд. – М.: Независимая фирма «Класс», 2006. – 768с.
5. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н.А.Марута // Укр.вісник психоневрол.-2007.-Т.15, вип. 1 (50). - С 21-24.
6. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В.Д.Мішев. – Львів: Вид-во Мс, 2004. – 208с.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia^ 2-nd ed. // Am. J.Psychiat.-2014.-Vol. 161. - P. 1-114.
8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision. DSM-IV-TR. American psychiatric association. – Washington: Published by the American Psychiatry Assotiation D.C., 2000 – 943 p.
9. Littrell K. Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией / Littrell K, Jones–Vaughn J. E, MacFarlane J. // Психиатр. и психофармакотер. – 2005. –№ 7 (4). – С. 23–27.

**Ю.А. Блажевич**

**Катамнез рецидивов психозов по данным отделений  
первого психотического эпизода**

**Центр первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве**

**Вступление.** Изучение начальных проявлений, клинических особенностей, динамики течения первого психотического эпизода является важной медицинской, социальной и экономической составляющей современной психиатрии.

**Цель.** Исследование частоты рецидивов различных психотических расстройств на протяжении 4-5 лет после первого стационарного случая психоза.

**Материалы и методы.** Изучение динамики психотических случаев проводилось на базе Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве (мужское и женское отделения на 25 и, соответственно, 30 коек). Из всего многообразия психотических расстройств, наблюдаемых в отделениях первого психотического эпизода, для анализа были выделены следующие: параноидная шизофрения (F-20.0); острые психотические расстройства без симптомов шизофрении (F-23.0) и с симптомами шизофрении (F-23,1); полиморфные шизоаффективные расстройства (F-25) – маниакальный тип (F-25.0) и депрессивный тип (F-25.1); а также маниакальный эпизод (F-30) и депрессивный эпизод (F-32).

**Результаты.** Получены данные о длительности ремиссии при том или ином типе психоза, частоте рецидивов, связи с возрастом и полом, а также зависимости от соблюдения режима поддерживающей терапии.

**Выводы.** Полученные данные позволят оценивать течение психоза в динамике, предусматривать приступы рецидивов, профилактировать несоблюдение пациентом комплаенса.

**Ключевые слова:** первый психотический эпизод, клиника, катамнез, рецидивы, динамика заболевания.

*Yu. A. Blazhevych*

## **Catamnesis of Psychosis Recurrence according to the Data of the Departments of First Psychotic Episode**

**Center of Novel Treatment and Rehabilitation of Psychotic Disorders of Kyiv Regional Medical Incorporation "Psychiatry"**

**Introduction.** The study of the initial manifestations, clinical features, dynamics of the course of the first psychotic episode is an important medical, social and economic component of modern psychiatry.

**Aim.** Research of the frequency of recurrence of different psychotic disorders within 4-5 years after the first hospital case of psychosis.

**Materials and methods.** The study of the dynamic of psychotic cases was conducted based on the Kyiv Regional Medical Incorporation "Psychiatry", Center of Novel Treatment and Rehabilitation of Psychotic Disorders (male and female departments, 25 and 30 beds, accordingly). From all the variety of psychotic disorders which were observed in the Departments of the First Psychotic Episode, the following disorders were identified for the analysis: paranoid schizophrenia (F-20.0); acute psychotic disorders without symptoms of schizophrenia (F-23.0) and with the symptoms of schizophrenia (F-23.1); polymorphic schizoaffective disorders (F-25) - manic type (F-25.0) and depressive type (F-25.1); manic episode (F-30) and depressive episode (F-32).

**Results.** There were obtained data on the duration of remission for each type of psychosis, frequency of the recurrence depending on the age and gender, as well as depending on the compliance with maintenance therapy.

**Conclusion.** The obtained data will allow us to evaluate the course of psychosis in dynamics, envisage periods of recurrence and prevent patient's non-compliance.

**Key words:** first psychotic episode, clinic, catamnesis, recurrences, dynamics of disease.

*Відомості про автора:*

**Блажевич Юлія Анатоліївна** – директор центру першого психотичного епізоду ТМО «Психіатрія» в місті Києві.

УДК 616.89;615.832.9;615.851

© Ю.А.КРАМАР, І.А.МАРЦЕНКОВСЬКИЙ, 2016

*Ю.А.Крамар<sup>1,2</sup>, І.А.Марценковський<sup>1</sup>*

## **РОЗВИТОК ДЕФЕКТНИХ СТАНІВ ТА РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ЗІ ВЖИВАННЯМ КАНАБІНОЇДІВ**

<sup>1</sup>Український науково-дослідних інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ,

<sup>2</sup>Територіальне медичне об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві

**Вступ.** Протягом останніх років проводилися дослідження, в яких були отримані протирічливі результати щодо впливу вживання канабіноїдів на клініку, перебіг та прогноз при шизофренії.