

ПСИХІАТРІЯ, МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.885.8-036.1-055.5

© Ю.А. БЛАЖЕВИЧ, 2016

Ю.А. Блажевич

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРШИХ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ НА ДОМАНІФЕСТНОМУ, МАНІФЕСТНОМУ ЕТАПАХ ТА ЕТАПІ РОЗГОРНУТИХ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ

Центр першого психотичного епізоду ТМО «Психіатрія» в місті Києві

Вступ. Своєчасне виявлення психозу і організація адекватної медико-соціальної допомоги особам з першим психотичним епізодом є найактуальнішою проблемою сучасної психіатрії.

Мета. Вивчити клініко-патопсихологічні особливості доманіфестного і маніфестного етапів, а також етапу розгорнутих клінічних проявів перших епізодів психозів різного типу. Проаналізувати взаємозв'язок зі спадковою обтяженістю, соціальними, індивідуально-психологічними передумовами, віком початку захворювання, гендерним.

Матеріали та методи. Досліджувались пацієнти Центру першого психотичного епізоду ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. Для досягнення поставленої нами мети було відібрано 130 пацієнтів: 68 чоловіків та 62 жінки. Середній вік пацієнтів першого психотичного епізоду в обстежуваній групі склав $27,4 \pm 0,2$ роки: серед чоловіків – $26,2 \pm 0,4$ роки, серед жінок – $28,1 \pm 0,4$ роки.

Результати. Отримано дані про клінічні особливості доманіфестних і маніфестних етапів психозів, а також етапу розгорнутих клінічних проявів.

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

Ключові слова: перший психотичний епізод, клініка, доманіфестний етап, маніфестний, розгорнуті клінічні прояви.

Вступ. Першому психотичному епізоду останнім часом, досить справедливо, приділяється достатньо велика увага [1, 7, 10]. Зумовлено це уявленнями, що своєчасне виявлення і комплексна ефективна терапія на максимально ранніх етапах захворювання дозволять перевести перебіг захворювання на більш м'який реєстр з мінімалізацією рецидивів та особистісних змін. Досягнення успіхів саме на етапі першого психотичного епізоду, на думку авторів, має велике не тільки медичне, але й морально-етичне, економічне значення як для пацієнта, так і для його мікрооточення та суспільства в цілому. Вивчаються генетичні, соціальні, індивідуально-психологічні передумови психозів, вік початку захворювання і ставеве переважання, синдромологічні особливості на момент маніфестації та їх

динаміка при наступних приступах, частота і причини рецидивів, а також їх взаємозв'язок з типом психічного розладу, а також із дотриманням пацієнтами комплаєнсу [2,8,9,14].

Мета. Вивчення клінічних і патопсихологічних особливостей першого психотичного епізоду на доманіфестному, маніфестному етапі, а також на етапі розгорнутих клінічних проявів.

Матеріали та методи. Досліджувались пацієнти 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. Для досягнення поставленої нами мети було відібрано 130 пацієнтів: 68 чоловіків та 62 жінки. Середній вік пацієнтів першого психотичного епізоду в обстежуваній групі склав $27,4 \pm 0,2$ роки: чоловіків – $26,2 \pm 0,4$ роки, жінок – $28,1 \pm 0,4$ роки.

Хворі на параноїдну шизофренію (F 20.0) склали 20 випадків (12 чоловіків та 8 жінок); гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) – 12 (6 чоловіків та 6 жінки); гострі психотичні розлади з симптомами шизофренії (F 23.1) – 30 випадків (16 чоловіків та 14 жінок); поліморфні шизоафективні розлади – маніакальний тип (F 25.0) – 30 випадків (14 чоловіків та 16 жінок); поліморфні шизоафективні розлади депресивний тип (F 25.1) – 38 (20 чоловіки та 18 жінок).

Результати. Спадкову обтяженість шизофренією встановлено у 18 випадках. Найбільш високу обтяженість відмічена в групі пацієнтів з шизофренією та гострими психотичними розладами (відповідно, 5 та 8 випадків). Обтяженість афективними і емоційно-вольовими розладами встановлена в 6 випадках (по 2 випадки на гострий психотичний розлад без симптомів шизофренії, шизоафективний розлад маніакальний тип та шизоафективний розлад депресивний тип) [3,4,12].

Занаявністю та характером ініціального етапу психозу всіх досліджуваних пацієнтів умовно можна поділити на 3 групи. У пацієнтів першої групи (72 особи) ініціальний етап характеризувався тривалістю від півроку до двох років. В цей період у пацієнтів відмічались явища немотивованої астенії, реактивної лабільності, втомленості, небажання будь що робити, намагання усамітнитись, «щоб залишили в спокої», відмічались порушення сну. Періоди гіпоманії аутохтонні, короткочасні, проявлялись в епізодах збудораженості, непродуктивної активності, конфліктності, поведінковими порушеннями і порушеннями потягів [5].

На пізніх етапах доманіфестного періоду в частини пацієнтів могли мати місце (від декількох днів до декількох тижнів) неврозоподібні і сенестоіпохондричні переживання, а також короткочасні (від поодиноких висловлювань до 1 – 2 денних по тривалості) елементи іпохондричного та паранояльного маячення, короткочасні періоди психомоторної та інстинктивної розгалюваності. Взаємозв'язок між симптоматикою ініціального етапу та наступним типом приступу у пацієнтів даної групи не простежувався або носив

умовний характер. На наявність психогенних факторів, як причин зміненого самопочуття, вказувало близько третини пацієнтів. Прояви латентного в даній групі носили переважно стертий або в'ялий характер [5].

Другу групу склали 28 пацієнтів. Ініціальний етап тут характеризувався меншою у порівнянні з першою групою тривалістю (від одного місяця до півроку), а симптоми - більшою аутохтонністю. Окрім симптомів астенічного кола відмічались коливання афекта, більш стійкі і часті висловлювання ідей особливо-го відношення, надцінні іпохондричні та дисморфобічні ідеї. Ретроспективно і за даними мікрооточення було встановлено, що пацієнти саме даної групи відрізнялись відсутністю критики до хворобливих переживань. На відміну від пацієнтів першої групи з даними хворими був відсутнім конструктивний діалог оточуючими і хоча б намагання пошуку допомоги у близьких і медперсоналу. На наявність психогенного фактору, як причини «дискомфортних» переживань, вказувало лише 22% пацієнтів даної групи [8, 11].

Третя група пацієнтів характеризувалась фактичною відсутністю ініціального періоду психозу. Захворювання виникало несподівано, на фоні повного здоров'я. Психогенні фактори не вказувались навіть як припустимі причини появи захворювання. В окремих випадках госпіталізація могла відбуватись після появи симптоматики протягом від кількох годин до 2 – 3 діб. Однак дані клінічні прояви розцінювались нами вже не як явища доманіфестного періоду, а як власне маніфестація психозу [5,6].

Окремо можна виділити групу з 4 пацієнтів, в яких стерті латентні прояви відносились до підліткового або юнацького віку. Латентна симптоматика проявлялась фобічними розладами, проблемами з пам'яттю і здібністю до загального засвоєння інформації, періодами аутизації. Невиразні за силою, але тривалі за часом – дані порушення призводили до формування особистості консервативної, монотонної, яка живе за власними «пристосувальними» правилами і законами. У всіх випадках відмічалась відсутність будь-яких ознак вікової динаміки, втрата тонких чуттєвих переживань, нівелювання особистісних властивостей, стереотипізація життєвого устрою, обмеженість соціальної перспективи. Пацієнти даної групи нагадували емоційно збіднелих процесуальних особистостей [1,7].

Маніфестний період у всіх випадках характеризувався гостротою станів, поліморфністю симптоматики, наявністю виражених афективних розладів, розладами мислення та, на висоті приступів, – розладами свідомості. Афект в переважній більшості випадків (близько 82% випадків) за структурою був тривожним (або змішаним з переважанням тривожного компоненту). Симптоматика гострих чуттєвих переживань з афектом тривоги та розгубленості протягом 1 – 3 днів в одних випадках змінювалась завершеною внутрішньою картиною захворювання з «прозрінням», послабленням внутрішньої напруженості та нестерпних пошуків недоброзичливців. В інших випадках явища гострого чуттєвого маячення змінювались явищами психічного впливу, галюцинаціями та маяченням. Перехід захворювання на етап виражених клінічних проявів в переважній більшості випадків був критичним, протягом декількох днів. Літичні варіанти переходу, що описані авторами кінця минулого сторіччя – початку нинішнього як переважні, нами спостерігались менш ніж у 25-30% випадків. Пояснення цьому може бути в своєчасності початку антипсихотечної терапії і, більш важливе, в більшій

ефективності препаратів останнього періоду у порівнянні з психотропними засобами 20-30 річної давнини [1,8,14].

На етапі розгорнутих клінічних проявів симптомів захворювання, не дивлячись на вираженість що зберігалась, набули певну закінченість та стабільність. По клінічній структурі переважали гострі маячні, галюцинаторно-маячні і афективно-маячні приступи. Слід зазначити відносну частоту кататонічних включень. Кататонія не досягала класичного рівня, однак «завмирання», «зависання», «втрата пластичності» спостерігались досить часто (12 пацієнтів). Ще частіше зустрічались розгубленість, недоосмислювання, елементи змінності свідомості (28 пацієнтів). Найменш часто в цьому ряду зустрічались онейроїдоподібні стани (6 випадків). Слід відмітити значне зменшення у порівнянні з картиною психозу минулих років зустрічаємості синдрому Кандинського-Клерамбо. Так, завершений синдром Кандинського-Клерамбо відмічено лише в 4 випадках, його елементи ще в 9 випадках.

В міру перебігу захворювання афективна складова зменшувалась, набувала монотонний характер. В 15-20% випадків мала місце короткочасна інверсія афективної фази з плаксивістю, ідеями самозвинувачень, песимістичною оцінкою здоров'я і перспективи майбутнього в цілому. В декількох випадках мала місце зміна афекту на маніакальний. Пацієнти в цих випадках ставали поступливими, визнавали наявність захворювання, жалкували про невірну поведінку і конфлікти на попередніх етапах захворювання. Відмічали гарне самопочуття, заявляли про готовність виконувати рекомендації лікарів. Якщо не додивлялась зміна афективного полюсу, то загальний стан пацієнта міг бути розцінений як завершення приступу і досягнення етапу формування медикаментозної ремісії. Це призводило до помилкової зміни терапії, виписці пацієнта з відділення з наступним швидким загостренням захворювання [8,12].

Поступово психотична симптоматика втрачала свою актуальність, поведінка пацієнта переставала визначатись афективними чи маячними симптомами захворювання. На фоні лікування, а також у зв'язку із загальною динамікою захворювання у пацієнтів починала формуватись критика. В початковий період етапу розгорнутих клінічних проявів вона мала нестійкий, «миготливий» характер. В подальшому у більшості пацієнтів з'являлась формальна критика, що зберігалась аж до періоду медикаментозної ремісії. У 5 – 7% пацієнтів критика мала нестійкий характер аж до виписки з відділення.

Висновки. Отримані дані про особливості клінічних проявів захворювання на його доманіфестному, маніфестному етапі та етапі розгорнутих клінічних проявів дозволить своєчасно і точно кваліфікувати ознаки психозу. Це, в свою чергу, буде сприяти максимально раннім медико-реабілітаційним заходам, що призведе до зменшення розмаху та частоти приступів і максимальної соціальної та індивідуально-психологічної збереженості особистості [7,8,13].

Література

1. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С. Данилов, Ю.Г. Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агенство, 2010 – 273 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер Я.Б. Первый психотический эпизод. - Москва, 2010 «Межпрактика-М». - 544 с.

ПСИХІАТРІЯ, МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

3. Етчїс Е. Шизофренія: огляд та оновлення уявлень про механізми психопатології / Е. Етчїнсон. // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2013. - №1. – С.19-27.
4. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих / [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін.]: під ред. П.В. Волошина. – Х.: Арсіс, 2001. – 303 с.
5. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клінічний посібник / Підкоритов В.С., Букреев В.І., Кузьмінов В.Н., [та ін.]: під ред. П.В. Волошина. – Х.: Фоліо. – С. 201—271.
6. Маркова М.В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» - на арену общепсихиатрической практики / М.В.Маркова // Medix. AntiAging. – 2009. - №5 (11). – С.18-22.
7. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н.А.Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1 (50). С 21-24
8. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В.Д.Мішев. – Львів: Вид-во Мс, 2004. – 208с.
9. Михайлов Б.В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б.В. Михайлов// Укр. вісник психоневрології. – 2012 – Т.18, №4 (65). – С. 39-47.
10. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепции позитивных и негативных расстройств / С.Н.Мосолов. – М., 2001. – 238 с.
11. Abdolmaleky H. Hypomethylation of MB-COMT promoter is a major risk factor for schizophrenia and bipolar disorders / H. Abdolmaleky [et al.] // Hum. Mol. Genet. - 2006. - Vol. 101. – P. 348-353.
12. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia – 2 nd ed. // Amer. d. psychiatry – 2004. – Vol. 161, №2 – p. 1-14.
13. Andreasen N. C. Schizophrenia: the characteristic symptoms / Andreasen N. C., M. Flaum // Schiz. Bull. – 1991. – №17 – P. 27-49.
14. Loranger A., Janka A., Sartorius N. Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorders examination (IPDE). - New York: Cambridge University Press, 2007.

Ю.А. Блажевич

Клинико-психопатологические особенности первых психотических расстройств на доманифестном, манифестном этапах и этапе развернутых клинических проявлений

**Центр первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия»
в городе Киеве**

Вступление. Своевременное выявление психоза и организация адекватной медико-социальной помощи лицам с первым психотическим эпизодом является наиболее актуальной проблемой современной психиатрии.

Цель. Изучить клинко-психопатологические особенности доманифестного и манифестного этапов, а также этапа развернутых клинических проявлений первых эпизодов психозов разного типа. Проанализировать взаимосвязь с наследственной отягощенностью, социальными, индивидуально-психологическими предпосылками, возрастом начала заболевания, гендерными признаками.

Материалы и методы. Исследовались пациенты Центра первого психотического эпизода ТМО «ПСИХІАТРІЯ» в городе Киеве. Для достижения поставленной нами цели были отобраны 130 пациентов: 68 мужчин и 62 женщины. Средний возраст пациентов первого психотического эпизода составлял $27,4 \pm 0,2$ года: среди мужчин – $26,2 \pm 0,4$ года, среди женщин – $28,1 \pm 0,4$ года.

Результаты. Получены данные о клинических особенностях доманифестных и манифестных этапов психозов, а также этапа развернутых клинических проявлений.

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

Ключевые слова: первый психотический эпизод, клиника, доманифестный этап, манифестный, развернутые клинические проявления.

Yu. A. Blazhevych

Clinical and Psychopathological Features of the First Psychotic Disorders in Pre-manifest, Manifest Period and Period of the Detailed Phase of Clinical Manifestations

Center of Novel Treatment and Rehabilitation of Psychotic Disorders of Kyiv Regional Medical Incorporation “Psychiatry”

Introduction. Timely detection of psychosis and organization of adequate medical and social care for people with a first psychotic episode is the most actual problem of the modern psychiatry.

Aim. To investigate the clinical and psychopathological features of pre-manifest, manifest period and period of the detailed phase of clinical manifestations of the first episodes of different types of psychosis. To analyze the relationship with family history, social and individual psychological conditions, age of onset, sexual preference.

Materials and methods. The patients from the Center of Novel Treatment and Rehabilitation of Psychotic Disorders of Kyiv Regional Medical Incorporation “Psychiatry” took part in this study. To achieve the aim we have selected 130 patients: 68 men and 62 women. The average age of the patients with the first psychotic episode was 27.4 ± 0.2 years: for men – 26.2 ± 0.4 years, for women – 28.1 ± 0.4 years.

Results. There were obtained data on clinical features of the pre-manifest period, manifest period and period of the detailed phase of clinical manifestations of the first episodes of different types of psychosis.

Conclusions. 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, pre-manifest period, manifest period, detailed clinical manifestations.

Відомості про автора:

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