

Ю.А. Блажевич

**СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ДИНАМИКА
У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в городе Киеве

blazhevych@ukr.net

Изучению различных аспектов возникновения и течения первого психотического эпизода в последнее время уделяется значительное внимание. Вполне обоснованно предполагается, что своевременное (максимально раннее) выявление и своевременная специализированная помощь способствуют не только максимально быстрому выходу пациента из приступа, но и более благоприятному течению заболевания, а также длительной социально-психологической сохранности личности. Важнейшими составляющими первого психотического эпизода являются симптомы аффективного круга. Данный фрагмент исследования посвящен изучению структуры депрессий при первом психотическом эпизоде и их динамике. Для достижения поставленной цели были выбраны 148 пациентов (70 мужчин и 78 женщин) с первым психотическим эпизодом, в клинической картине заболевания которых имели место существенные аффективные нарушения. Установлена корреляция между нозологической принадлежностью психоза и типологией аффективного расстройства. Далее из всего многообразия симптомов депрессий были выделены основные (тревога, тоска, апатия, адинамия, сенестопихондрия, анестезия) и проведена корреляция с динамикой психоза. Наиболее частым вариантом депрессии, который встречался в дебютах психозов, по нашим данным, является тревога. Тревога и ее различные подварианты установлены в 62% случаев. Причем, приблизительно одинаково тревога встречается и у мужчин, и у женщин (59,3% и 63,4%). Несколько чаще тревога отмечена у пациентов в возрасте до 30 лет (68%). Наибольшими по длительности и наиболее труднокурабельными были апатическая и анестетическая депрессия. Их длительность в 2–2,2 раза превышала среднюю длительность депрессивной симптоматики при первом психотическом эпизоде. Тоскливая и сенестопихондрическая депрессия наиболее коррелировали с собственно психотической составляющей психоза (сверхценно-бредовые, бредовые переживания, галлюцинаторная симптоматика). Видение течения аффективной составляющей психоза в динамике позволит разрабатывать адекватные комплексные терапевтические программы помощи пациентам с достижением более быстрых и качественных результатов лечения.

Ключевые слова:

первый психотический эпизод, депрессия, структура, динамика, корреляция.

Материалы публикаций психиатрических исследований последнего десятилетия свидетельствуют о значительном интересе авторов к проблеме первого психотического эпизода [2, 4, 15, 28]. Изучаются генетическая и индивидуально-психологическая предрасположенность к возникновению психоза, роль психогенных факторов, социальная составляющая, возрастные и гендерные предпочтения [4, 13, 16, 21, 29]. Внимание исследователей привлекают особенности доманифестного периода психоза, клиника манифестного этапа и этапа развернутых клинических проявлений заболевания [1, 6, 14, 20, 22]. Изучаются условия формирования ремиссий и причины рецидивов (клинико-психопатологические закономерности самого заболевания, режим соблюдения пациентами комплаенса). Особое внимание, естественно, уделяется стратегиям ранних терапевтических воздей-

ствий, а также комбинациям терапевтических программ [5, 23, 24, 29].

Отечественные авторы в изучении первого психотического эпизода уделяют внимание продромальным проявлениям психоза, комплексной терапии, а также необходимости более активного сотрудничества с врачами общей практики в вопросах раннего выявления, повышения комплаенса и ресоциализации таких больных [9, 10, 12, 27].

Авторы справедливо предполагают, что раннее выявление и ранняя терапия психотических состояний будут способствовать более благоприятному течению заболевания с максимальной личностной и социальной сохранностью пациента и минимизацией медицинских и финансовых затрат [7, 11, 19, 25].

Несмотря на значительное число публикаций, посвященных первому психотическому эпизоду, количество

данных о структурно-динамических особенностях аффективных расстройств является явно недостаточным, в то время как аффективная составляющая является важнейшим элементом приступа, определяющим все его ведущие компоненты.

Цель исследования – изучение структуры и динамики депрессивных расстройств при первом психотическом эпизоде, установление корреляции между нозологической принадлежностью психоза и типологией депрессии, изучение наиболее часто встречающихся вариантов депрессии (тревога, тоска, апатия, адинамия, сенестопохондрия, анестезия) и проведение корреляции с динамикой психоза.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве. Следует отметить, что ТМО «Психиатрия» в г. Киеве является базовым стационарным психиатрическим учреждением столичного мегаполиса (общее количество коек 1375). В этом учреждении проходят лечение более 90% пациентов с психотическими расстройствами, нуждающиеся в стационарном лечении. Среди первичных отделений учреждения Центр первого психотического эпизода является одним из ведущих и предоставляет стационарную специализированную помощь почти половине всех первичных пациентов.

Пациенты с выраженной представленностью в клинической картине заболевания органической патологии ЦНС, а также пациенты, принимающие психоактивные вещества, из исследования исключались.

Использовали следующие методы исследования: клинико-психопатологический метод с использованием шкалы самооценки (С.Д. Spilberger в адаптации Ю.Л. Ханина, 1971), патопсихологические методики: шкала Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, личностный опросник Айзенка (EPI), исследования акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека, шкала глобального функционирования (GAF), шкала медикаментозного комплаенса, шкала оценки побочных эффектов UKU; метод ретроспективного анализа, метод оценки качества жизни (Mezzch), методы математической статистики (дисперсионный и корреляционный анализы) с использованием вычислительных таблиц «Excel», методы фармакоэкономического анализа.

Результаты и их обсуждение

Общее количество обследованных составило 148 пациентов (70 мужчин и 78 женщин). Средний возраст пациентов первого психотического эпизода в исследуемой группе составил $27,8 \pm 0,4$ года: среди мужчин – $27,2 \pm 0,2$ года, среди женщин – $28,4 \pm 0,2$.

Больные параноидной шизофренией (F 20.0) составили 22 случая (10 мужчин и 12 женщин); острые психотические расстройства без симптомов шизофрении (F 23.0) – 16 (7 мужчин и 9 женщин); острые психотические расстройства с симптомами шизофрении (F 23.1) – 32 случая (16 мужчин и 16 женщин); полиморфное шизоаффективное расстройство депрессивный тип (F 25.1) – 48 случаев (23 мужчин и 25 женщин); депрессивный эпизод (F 32) – 30 случаев (14 мужчин и 16 женщин).

Наиболее ранними доманифестными проявлениями аффективных нарушений (от полугода до двух лет до начала заболевания) были симптомы астении, тревоги либо тоски. На инициальном этапе эти симптомы носили невыраженный характер, длительность «звучания» симптомов была от нескольких часов до нескольких дней. Явления беспричинной астении либо немотивированной тревоги или тоски не коррелировали с типом психоза, развивавшегося в дальнейшем, а также не были на данном этапе достаточной причиной для обращения к врачам. Со стороны самих пациентов имели место попытки объяснить природу недомогания какими либо внешними факторами – конфликты в семье или на работе, нагрузки в учебе или на производстве, финансовые трудности и т.д.

На более поздних стадиях доманифестного этапа проявления указанной симптоматики приобретали не только более выраженный и длительный характер, но и обростали различными сверхценными переживаниями. Отмечались идеи «сделанности» болезни, «порчи». Идеи отношения характеризовались отсутствием системности. Данные переживания также носили мерцающий характер. Пациенты поддавались разубеждению, демонстрировали частичную критику. В этот же период к основной симптоматике могли присоединяться неврозоподобные и сенестопихондрические переживания, мысли о наличии серьезного (неизлечимого) заболевания. Именно это являлось причиной обращения к врачам. Обращались в основном к терапевту, невропатологу, кардиологу, гастроэнтерологу. Нами установлено 27 пациентов, обращавшихся на доманифестном этапе психического заболевания к различным врачам-интернистам. Отдельные пациенты делали это достаточно настойчиво, переходя от специалиста к специалисту. Следует отметить, что только в 3 случаях из 27 пациентам рекомендовалось консультирование у врача-психиатра. Из этих трех случаев рекомендации по консультированию были выполнены лишь в одном, благодаря активности матери пациентки. Сами пациенты не допускали и мысли о наличии у себя психического заболевания. Приведенные факты являются дополнительным свидетельством трудностей диагностики психической патологии на ранних этапах заболевания, а также отсутствия психиатрической настороженности как среди врачей-интернистов, так и среди населения.

У части пациентов (36 больных) инициальный период характеризовался меньшей длительностью – от месяца до полугода. Симптоматика в этой группе пациентов носила более аутохтонный характер. На наличие психогенного фактора, как причины «дискомфортных» переживаний, указывали лишь 20% пациентов. Симптоматика характеризовалась большей клинической выраженностью. Критика к болезненным переживаниям либо отсутствовала, либо отличалась крайней формальностью.

Манифестация заболевания отличалась крайней остротой симптоматики, прежде всего аффективной. Следует отметить, что подавляющее большинство пациентов с первым психотическим эпизодом (более 80%) поступали на стационарное лечение под мощнейшим натиском микроокружения (чаще по скорой помощи, реже – доставлялись родственниками). На момент посту-

пления в отделение большинство пациентов поддавались на уговоры и аргументы медперсонала и родственников и соглашались на добровольное лечение. Однако часть из них не соглашалась на пребывание в больнице. В этих случаях при наличии оснований для принудительной госпитализации администрация больницы обращалась в суд для получения этого права. Таким образом, небольшое количество пациентов проходило лечение на основании решения суда. Другую небольшую часть пациентов мы вынуждены были выписывать из стационара в силу их отказа от принятия помощи. Эти факты, на наш взгляд, могут быть иллюстрацией преувеличенности аргументов о возможности лечения острого психотического больного (де факто – без критики к своему состоянию и не признающего себя больным) в амбулаторных условиях.

Частота встречаемости тревожной симптоматики в клинической картине рассматриваемых нами психозов была следующей: 56,5% случаев – при параноидной шизофрении, 58,2% – при острых психотических расстройствах с симптомами шизофрении, 68,2% – при депрессивных эпизодах ($P < 0,05$). Приблизительно одинаково часто тревога встречалась при острых психотических состояниях без симптомов шизофрении и полиморфных шизоаффективных расстройствах – 64,2% и 65,4% ($P < 0,05$). Следует отметить, что тревожная симптоматика (во всяком случае, ее основные проявления) купировалась в более короткие сроки, чем другие депрессивные симптомы. Наиболее быстрая редукция тревожной симптоматики наблюдалась при шизофрении и острых психотических расстройствах с симптомами шизофрении (от 3 до 5 дней). Наиболее длительной тревога была при выраженных депрессивных эпизодах (10 – 12 дней). Относительно быстрое подавление тревожной симптоматики нами объясняется двумя причинами: а) тревожная симптоматика наименее сцеплена с основными симптомами психоза и в значительном числе случаев тревога обусловлена реакцией личности на заболевание; б) исторически психофармакология всегда была направлена на подавление явлений психомоторной расторможенности, поэтому успехи в купировании психотической тревоги более значительны, чем в купировании, к примеру, апатии или анестетической депрессии.

Сенесто-ипохондрическая симптоматика наиболее часто встречалась при острых психотических расстройствах с симптомами шизофрении (52% случаев). Именно при данном расстройстве сенесто-ипохондрическая симптоматика имела наиболее выраженный характер и наибольшую длительность проявлений.

Апатическая депрессия была наиболее характерна для параноидной шизофрении и депрессивных эпизодов (соответственно, 42,4% и 39,2% случаев) ($P < 0,05$).

Анестетическая депрессия наиболее часто встречалась при параноидной шизофрении (40,2%) ($P < 0,05$), полиморфных шизоаффективных расстройствах депрессивного типа (30,8%) и депрессивных эпизодах (18,6%) ($P < 0,01$).

Динамическая депрессия более характерна для клиники депрессивного эпизода и полиморфных шизоаффективных расстройств депрессивного типа – 46,4% и 38,6% ($P < 0,05$).

Тоскливая симптоматика наиболее часто встречалась при депрессивных эпизодах и при острых психотических расстройствах без симптомов шизофрении (54,6% и 39,0%) ($P < 0,05$).

Среди всех вариантов депрессии наиболее длительными по времени были симптомы апатии, анестетической депрессии и сенесто-ипохондрические состояния. Эти виды депрессий сохранялись даже после купирования основной психотической симптоматики вплоть до выписки пациента из стационара.

Попытки установить корреляцию между ведущими симптомами психоза (бред, галлюцинации) и типом депрессии показали, что с бредовой симптоматикой наиболее коррелируют тоскливые состояния и явления сенесто-ипохондрики ($P < 0,05$), с галлюцинациями – тревожные состояния и апатия ($P < 0,05$).

На фоне проводимой терапии взаимосвязь симптомов депрессии и собственно психотической симптоматики утрачивалась. В одних случаях быстрее редуцировалась аффективная симптоматика, но сохранялась психотическая, в других – наоборот. Кроме того, следует отметить, что многократно описанные симптомы-мишени депрессии, как то: витальность, суточные колебания настроения, чувство вины, раннее пробуждение и другие симптомы на фоне собственно психотической симптоматики не выявлялись. Депрессивные симптомы в рамках психоза характеризовались течением по своим законам, как бы подчиняясь иной логике: логике психоза. Исключением являлись депрессии при депрессивных эпизодах и частично при полиморфных шизоаффективных расстройствах депрессивного типа.

Выводы

Депрессивная симптоматика является важным компонентом психотического расстройства и именно современные психозы, как показывает практика, характеризуются течением со значительно представленной в клинической картине заболевания аффективной симптоматикой. Знание особенностей депрессии продромального периода является важным для своевременности распознавания патологии и организации помощи пациенту. Полученные данные о корреляции видов депрессии с типом психоза могут быть дополнительным подспорьем в диагностике расстройств, понимании динамики патологического процесса, а также в выборе терапевтической тактики.

Список использованной литературы

1. Байрак Д. Комплаенс в медицине: знание – ключ к успеху [Электронный ресурс] / Д. Байрак // *Новости медицины и фармации*. – 2011. – № 4 (354). – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16158>.
2. Гурович И. Я. *Первый психотический эпизод* / И. Я. Гурович, Я. Б. Шмуклер. – М.: Межпрактика-М, 2010. – 544 с.
3. Денисенко М. М. Клинико-психопатологическая характеристика эндогенных и экзогенных депрессий, сопровождающихся суицидальным поведением [Текст] / М. М. Денисенко // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 38–41.
4. Етчінсон Е. Шизофренія: огляд та оновлення уявлень про механізми психопатології / Е. Етчінсон // *Вестник ассоциации психиатров Украины*. – 2013. – № 1. – С. 19–27.
5. *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.
6. *Качество жизни и депрессия* [Текст] / Н. Г. Пшук, Е. В. Мазур, Е. Я. Пшук, И. В. Коваленко // *Архів психіатрії*. – 2008. – Т. 14, № 3 (54). – С. 20–22.

7. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Украинський вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 129.
8. Лутова Н. Б. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки [Текст] / Н. Б. Лутова, Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 1. – С. 19–24.
9. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» – на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // Medix. AntiAging. – 2009. – № 5 (11). – С. 18–22.
10. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Украинський вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21–24.
11. Мішнев В. Д. Сучасні депресивні розлади : керівництво для лікарів / В. Д. Мішнев. – Львів : Вид-во Мс, 2004. – 208 с.
12. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы депрессивных расстройств [Текст] / Б. В. Михайлов, Т. Е. Яковцова // Проблемы медичної науки та освіти. – 2006. – № 2. – С. 65–69.
13. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Укр. вісник психоневрології. – 2012. – Т. 18, № 4 (65). – С. 39–47.
14. Мосолов С. Н. Шахлы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепции позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. – М., 2001. – 238 с.
15. Органов Р. Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Органов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 8 – С. 38–44.
16. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
17. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств [Текст] / под общ. ред. В. Н. Краснова // Доклад рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. – Москва, 2008. – 215 с.
18. Тихонов С. В. Предикторы низкой приверженности лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [Текст] / С. В. Тихонов // Ученые записки СПб ГМУ им. И. П. Павлова. – 2013. – Т. XX, № 3. – С. 79–81.
19. Хаустова Е. А. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств / Е. А. Хаустова, В. Г. Беззайко // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 2.
20. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади // Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2013. – Т. 8, № 4 (32). – С. 3–7.
21. Юрьева Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине [Текст] / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 32–33.
22. 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.
23. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia – 2 nd ed // Amer. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, № 2 – P. 1–14.
24. Andreasen N. C. Schizophrenia: the characteristic symptoms / N. C. Andreasen, M. Flaum // Schiz. Bull. – 1991. – № 17 – P. 27–49.
25. Baldwin D. Depression / D. Baldwin, R. Hirschfeld. – Oxford :Lund beck Institute, 2005. – 82 p.
26. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – Vol. 109, Suppl. 420. – P. 21–27.
27. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / E. J. Bromet, S. F. Gluzman, V. I. Panioitto [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2005. – Vol. 40. – P. 681–690.
28. The epidemiology of anxiety disorders / J. Comer, M. Olfson, H. Simpson [et al.] // Anxiety disorders. – Cambridge, 2010.
29. Loranger A. Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorders examination (IPDE) / A. Loranger, A. Janka, N. Sartorius. – New York : Cambridge University Press, 2007.

СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ ДИНАМІКА У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Ю. А. Блажевич

Вивченню різних аспектів виникнення та перебігу першого психотичного епізоду останнім часом приділяється значна увага. Цілком обґрунтовано припускається, що своєчасне (максимально раннє) виявлення і своєчасна спеціалізована допомога сприятимуть не тільки максимально швидкому виходу пацієнта з приступу, а й більш сприятливому перебігу захворювання, а також тривалій соціально-психологічній збереженості особистості. Найважливішими складовими першого психотичного епізоду є симптоми афективного кола. Даний фрагмент нашого дослідження присвячено вивченню структури депресій при першому психотичному епізоді та його динаміці. Для досягнення поставленої мети було вибрано 148 пацієнтів (70 чоловіків та 78 жінок) з першим психотичним епізодом, у клінічній картині захворювання яких мали місце суттєві афективні порушення. Встановлено кореляцію між нозологічною належністю психозу і типологією афективного розладу. Зі всього різноманіття симптомів депресій було виділено основні (тривога, туга, апатія, адинамія, сенесто-іпохондрія, анестезія) і проведено кореляцію з динамікою психозу. Варіантом депресії, що найчастіше зустрічається в дебютах психозів, за нашими даними, є тривога. Тривога та її різні підваріанти встановлені у 62% випадків. Причому, приблизно з однаковою частотою тривога зустрічається у чоловіків та у жінок (59,3% та 63,4%). Дещо частіше тривога відмічена у осіб віком до 30 років (68%). Найбільшими за тривалістю і найбільш складно курабельними були апатична та анестетична депресія. Їх тривалість в 2–2,2 раза перевищувала середню тривалість депресивної симптоматики при першому психотичному епізоді. Тужлива та сенесто-іпохондрична депресії найбільше корелювали з власне психотичною складовою психозу (надцінно-маячні, маячні переживання, галюцинаторна симптоматика). Знання особливостей перебігу афективної складової психозу в динаміці дозволить розробляти адекватні комплексні терапевтичні програми з досягненням більш швидких та якісних результатів лікування.

Ключові слова: перший психотичний епізод, депресія, структура, динаміка, кореляція.

THE STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR DYNAMICS IN PATIENTS WITH A FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Yu. Blazhevich

In the last time a big attention we devote to the study of the different aspects of the beginning and flowing of the first psychotic episode. It is reasonably expected that the earlier (as early as possible) identification and timely specialized help will not only maximize help patient so fast exit from the attack, but also a more favorable course of the disease, as well as the long-term social and psychological safety of the person. The most components of the first psychotic episode are symptoms of the affective level. This fragment is devoted to the study of the depression with first psychotic episode, its structure and dynamic. For receiving our goal 148 patients (70 men and 78 women) was selected with first psychotic episode, who has a significant affective components. The correlation between the nosology of psychosis and affective disorder typology typology has been established. From all the varieties of depressive symptoms were identified the basic (anxiety, sadness, apathy, weakness, senesto-hypochondria, anesthesia) and correlation has been performed with the dynamics of psychosis. The most frequent variant of depression, according to our data, is anxiety. Anxiety and its different sub-variants are set to 62% of cases. Moreover, an anxiety occurs about equally in men and women (59,3% and to 63,4%). More often – up to 30 years (68%). The largest in terms of duration and the most difficult for treatment are apathetic and anesthetic depression. Duration of these depressions is more in 2–2.2 times than the average duration of depressive symptoms during the first psychotic episode. Sadness and senesto-hypochondria depression is the most correlated with the actual psychotic component of psychotic (overvalued-delusional, delusional experiences, hallucinatory symptoms). The knowledge of progress of the affective component of psychosis in the dynamics lets to develop appropriate complex treatment programs to reach more fast and qualitative results.

Key words: first psychotic episode, depression, structure, dynamics and correlation.