

К ВОПРОСУ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Елена Олеговна Кулешова

*Алтайский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС, 656038, г. Барнаул, пр. Ленина, д.40,
e-mail: emoryll@rambler.ru*

Реферат. С целью изучения вариантов течения и прогноза острых полиморфных расстройств были проанализированы особенности постпсихотического периода у 146 больных с данной психической патологией. Использовались клинико-динамический, клинико-катамнестический методы и психометрические методики. Были выявлены статистически значимые различия клинической и социальной структуры в постпсихотическом периоде у лиц с исследованной нозологией. Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют неоднородность исходов заболевания: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими вариантами, у части больных прогноз болезни после ее дебюта оказывается достаточно благоприятным без видимых социальных последствий, при хорошем функционировании в сообществе.

Ключевые слова: острые полиморфные расстройства, дебют шизофрении, выздоровление.

TO THE QUESTION OF RECOVERY AT ACUTE
POLYMORPHIC DISORDER

Elena O. Kuleshova

Altai State Medical University, postgraduate student of the
Department of psychiatry, medical psychology and narcology
with the course of ATF and PRS, 656038, Barnaul,
Lenin's Avenue, 40, e-mail: emoryll@rambler.ru

In order to study the course and prognosis for acute polymorphic disorder, the author has analyzed the features of post-psychoic period in 146 patients with these mental disorders. The clinical-dynamic, clinical and follow-up methods and psychometric methods were applied. Statistically significant differences in clinical and social structures of post-psychoic period in individuals with the investigated diseases have been identified. The results of this investigation point to a variety of possible outcomes: along with severe and disabling variants, a part of patients show a rather positive prognosis after the manifestation of disease, i.e. it could be a single episode without noticeable social consequences and with good functioning in the community.

Key words: acute polymorphic disorder, debut of schizophrenia, recovery.

При всех очевидных достижениях современная клиническая психиатрия содержит разделы, по-прежнему являющиеся предметом разночтений. Одним из таких разделов являются острые полиморфные расстройства (ОПР). Наряду с вопросами классификации, дискуссионной оста-

ется проблема выздоровления при данной патологии.

Еще в 1876 г. на гамбургском съезде естествоиспытателей К. Вестфаль указал на существование особых форм психотических расстройств, имеющих острое течение и заканчивающихся полным выздоровлением. Э. Крепелин допускал, что в 8–13% случаев раннего слабоумия выздоровление возможно. Э. Мейер (1908) констатировал выздоровление четверти пациентов с подобным диагнозом [цит. по 4].

Исследования адаптационных возможностей больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра тесно связаны с изучением ремиссии и проявлениями дефекта в их структуре [7].

На наш взгляд наиболее четкие критерии выздоровления при ОПР содержатся в работах Г.В. Зеневича [2]. Они включают отсутствие каких-либо, в том числе и остаточных, симптомов болезни, при наличии критики и полном социально-трудовом восстановлении.

Безусловно, первым признаком улучшения состояния, а в последствие и возможного выздоровления, является купирование психотической симптоматики. В дальнейшем доминирующим показателем, характеризующим сохранность личностно-мотивационной сферы [1], а также одним из важных критериев ремиссии [6] выступает динамика критичности. Немаловажным показателем, определяющим стойкость ремиссии или полного выздоровления, является социально-адаптационный показатель.

Целью настоящего исследования являлся дифференциальный анализ постпсихотического периода ОПР для структурирования и возможного прогнозирования исхода различных клинических вариантов данной группы заболеваний.

Материалы и методы. Нами были обследованы 146 больных мужского и женского пола в

возрасте от 18 до 58 лет, перенесших ОПР. Пациенты находились в остром психотическом состоянии, которое развивалось впервые на протяжении 2 или менее недель. Во внимание принималось наличие следующих критериев: утрата больным критического отношения к болезни; бредовые, галлюцинаторные, выраженные аффективные и другие, определяющие поведение, нарушения; отсутствие органических причин, явной интоксикации алкоголем или лекарственными препаратами. В ходе катamnестического наблюдения обнаружилось, что первую группу больных, где рецидива психотической симптоматики не наблюдалось, а диагноз не претерпел изменений, составили 36 (24,66%) пациентов; вторую группу, где диагноз был изменен составили 110 (75,34%) человек. При этом в 92 (63,01%) случаях окончательный диагноз звучал как параноидная шизофрения, а 18 (12,33%) пациентам были диагностированы иные патологии (биполярное аффективное, шизоаффективное расстройство и др.). Период катamnестического исследования составил от 3 до 10 лет.

Выраженность негативных расстройств оценивалась при выписке больных из стационара по субшкале негативной симптоматики Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [9]. Для комплексной оценки осознания некоторых общих для всех пациентов аспектов психической болезни использовалась методика «Шкала нарушения осознания психического расстройства» (ШНОПР) [3] – перевод англоязычной шкалы «The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder» (SUMD). Использовались клинико-динамический, клинико-катamnестический и статистический (с применением коэффициента корреляции Спирмена) методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. К первому из выбранных нами критериев выздоровления относится отсутствие каких-либо, в том числе и остаточных, симптомов болезни. К таким симптомам мы не относили проявления продромального периода (нарушения сна, тревога, подавленное настроение и сниженная активность). В целом картина заболевания на данном этапе у первой и второй группы существенно не различалась.

Психотический период у пациентов первой группы длился в среднем $8,28 \pm 3,04$ дня в интервале от 3 до 15 дней, а во второй – $11,18 \pm 5,51$ дня в интервале от 3 до 27 дней.

Средняя продолжительность синдромальных вариантов, расположенных по мере утяжеления симптоматики, представлена в табл. 1.

Таблица 1
Средняя продолжительность синдромальных вариантов ОПР у пациентов обеих групп

Вариант ОПР	Кол-во дней	
	Первая группа	Вторая группа
Паранойяльный	8,04	9,57
Параноидный	8,12	11,04
Кататоно-параноидный	–	13,62
Парафренный	–	14,6
Полиморфный	–	27

Согласно данным табл. 1, купирование психотического периода как одного из этапов на пути к выздоровлению (ремиссии) у пациентов первой группы происходило быстрее, чем у пациентов второй, вне зависимости от синдромального варианта. Однако статистически установить взаимосвязь длительности психоза и последующего обострения психотической симптоматики (коэффициент корреляции Спирмена $< 0,3$) не удалось.

После выхода из психоза у 45 (30,82%) пациентов наблюдались остаточные явления в виде астено-депрессивного синдрома, выявленного и купированного в течение месяца. Подобная симптоматика, вызванная у пациентов анализом болезненных переживаний, их критической оценкой, не могла быть отнесена к острому периоду.

Перед выпиской больного из стационара проводилась оценка негативной симптоматики. В первой группе данный показатель по субшкале негативной симптоматики PANSS составил $7,53 \pm 0,91$ балла, во второй – $10,79 \pm 2,24$.

Результаты статистической обработки материала позволяют констатировать: чем выше данный показатель (коэффициент корреляции Спирмена $0,657$; $p < 0,001$), тем вероятнее рецидив психотической симптоматики, следовательно, ниже вероятность выздоровления. Исходя из этого, негативные симптомы у пациентов первой группы следует рассматривать как вторичные, обусловленные перенесенным психотическим расстройством [8]. Негативная симптоматика во второй группе, характеризующаяся определенной

Таблица 2

**Результаты корреляционного анализа связи инсайта и возможности дальнейшей хронизации
ОПР у пациентов обеих групп**

Аспекты инсайта	Первая группа			Вторая группа			Корреляционный анализ		
	О	ПП	ВО	О	ПП	ВО	О	ПП	ВО
Общее представление о ПЗ	1,58±0,65	1,64±0,72	1,52±0,77	2,21±1,00	2,36±1,10	2,4±1,21	0,32**	0,32**	0,37**
Необходимость лечения	1,47±0,65	1,55±0,94	1,61±1,00	2,13±1,2	2,11±1,00	2,3±1,10	0,28	0,295	0,35**
Эффект медикаментов	1,64±1,20	1,69±0,95	1,75±0,91	2,26±1,24	2,19±1,26	2,35±1,14	0,29	0,2	0,265
Социальные последствия	1,75±0,84	1,69±1,00	1,67±1,07	2,85±1,37	2,76±1,40	2,79±1,46	0,38**	0,38**	0,41**

Примечание. ПЗ – психическое заболевание, О – осознание, ПП – понимание причин, ВО – восприятие окружающих, ** корреляция значима при $p < 0,01$.

клинической очерченностью, позволяют предполагать формирование личностного дефекта, что исключает возможность выздоровления.

На следующем этапе исследования мы оценивали критичность пациентов. Результаты корреляционного анализа связи инсайта (критики) и возможности дальнейшей хронизации заболевания представлены в табл. 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов первой группы наблюдается повышенная склонность к анализу болезненных переживаний, а также критическая их оценка, притом у большинства из них отмечается отсутствие нарушений инсайта. У представителей второй группы, в свою очередь, отмечается неполная, фрагментарная и несколько формальная критика. Оценка и анализ переживаний психического периода в данной группе значительно ниже. Особенно это касается осознания социальных последствий перенесенного заболевания. Можно говорить о том, что «дефицит» критики, неполное осознание психического заболевания и его последствий прямо связаны с последующим возможным обострением психотической симптоматики.

Завершающий этап исследования, заключающийся в оценке социально-адаптационного аспекта, в контексте источников существования и трудоустройства показал, что статус 29 (80,55%) человек из первой группы не претерпел заметных изменений: 6 (16,17%) пациентов окончили высшие и средние учебные заведения с последующим трудоустройством, и только один пациент потерял работу. Иная ситуация наблюдалась в динамике социального статуса пациентов второй

группы. В связи с частыми обострениями около половины пациентов спустя 3–5 лет с момента первого психотического эпизода стали инвалидами по психическому заболеванию, из них 44 (47,83 %) – II или III группы, 15 (16,3 %) – столкнулись с понижением на службе, потерей квалификации. 4 (4,35%) пациентам удалось получить образование, и лишь статус 29 (31,52%) – не претерпел заметных изменений, связанных с трудоустройством.

У 9 (9,78%) пациентов из 2-й группы ремиссия длилась более 3 лет, а у 4 – от 6 до 8 лет, что доказывает возможность изменений в психопатологическом статусе пациентов [10]. Следует заметить, что очевидные позитивные показатели у пациентов первой группы не исключают возможность обострения психотической симптоматики в дальнейшем. На наш взгляд более корректно говорить не о выздоровлении, а о полном восстановлении или возвращении к преморбидному уровню. А в связи с тем, что ОПР рассматриваются как самостоятельная нозология, полную ремиссию не следует идентифицировать с восстановлением.

ВЫВОДЫ

Результаты исследования подтверждают факт клинической неоднородности когорты пациентов с диагнозом «острое полиморфное расстройство». Выявлены некоторые клинические и социально-адаптационные особенности постпсихотического периода, характерные для ОПР с полярными вариантами исхода. Решение задач прогнозирования при острых полиморфных расстройствах на разных этапах течения данной патологии в

дальнейшем, по нашему убеждению, внесет свой вклад в решение проблемы ранней дифференциации дебюта шизофрении и транзиторного психоза, с последующим формированием более точной тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962. 380 с.
2. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л., 1964. 216 с.
3. Иржевская В.П. Методика исследования осознания психической болезни у пациентов с психической патологией различной степени тяжести / Культура и патология: (материалы рабочей группы «Влияние современных технологий на динамику границ нормы и патологии»): сб. науч. ст. вып. 4. М., 2007. С. 9–13.
4. Каннабих Ю. История психиатрии. М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.
5. Класс V (F). Психические расстройства и расстройства поведения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 1, Ч. 1. Женева: ВОЗ, 1995. С. 313–392.
6. Кожуховская И.И. О необходимости дифференцировать понятие «критичность» // Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1972. № 11. С. 1666–1669.
7. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1995. С.3–9.
8. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н. Методологические подходы к оценке негативной симптоматики при шизофрении в процессе психофармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 11. С. 101–106.
9. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. №13. P. 261–276.
10. Marneros A., Pillmann F. Acute and Transient Psychoses. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

REFERENCES

1. Zeigarnik B. V. *Patologiya myshleniya*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta, 1962. 380 p. (in Russian)
2. Zenevich G.V. *Remissii pri shizofrenii*. Leningrad, 1964. 216 p. (in Russian)
3. Irzhevskaya V.P. In: *Kul'tura i patologiya: (materialy rabochei gruppy «Vliyanie sovremennykh tekhnologii na dinamiku granits normy i patologii»): sb. nauch. st. № 4*. Moscow, 2007. pp. 9–13. (in Russian)
4. Kannabikh Yu. *Istoriya psikhiiatrii*. Moscow: TsTR MGP VOS, 1994. (in Russian)
5. *Klass V (F). Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em. Desyatyi peresmotr*. Vol. 1, Pt. 1. Zheneva: VOZ, 1995. pp. 313–392. (in Russian)
6. Kozhukhovskaya I. I. *Zhurnal nevropatol. i psikiatr. im. S.S. Korsakova*. 1972. № 11. pp. 1666–1669. (in Russian)
7. Logvinovich G.V., Semke A.V. *Pervichnye i vtorichnye narusheniya adaptatsii pri shizofrenii*. Tomsk: Izd-vo Tom. Un-ta, 1995. pp.3–9. (in Russian)
8. Tsygankov B.D., Ovsyannikov S.A., Khannanova A.N. *Zhurnal neurologii i psikhitarii im. S.S. Korsakova*. 2009. № 11. pp. 101–106. (in Russian)

Поступила 28.03.16.