

## СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

С.М. ДОЛУДА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Приведены данные об аффективных расстройствах в психопатологической структуре приступов при шубообразном течении шизофрении у подростков и взрослых больных. Показано значение возрастного фактора в формировании клинических проявлений шизофрении и необходимость их учета при диагностике аффективных состояний, с которых начинаются приступы прогрессивных форм шизофрении.**

В последние десятилетия значительно возрос интерес к изучению аффективных расстройств при различных формах психической патологии. Это связано, прежде всего, с учащением данного спектра нарушений в структуре многих заболеваний, динамическим патоморфозом проявлений с течением времени, существенной изменчивостью и разнообразием клинической картины указанных расстройств.

Проблеме аффективной патологии посвящено большое число работ. Ранее изучались различные аспекты этиологии, патогенеза, клиники расстройств настроения, в том числе их генетическая обусловленность, особенности нейромедиаторного обмена, нейрофизиологические, клиничко-психопатологические характеристики [1 – 3]. Большинство современных авторов указывают на значительный рост числа больных с депрессивными нарушениями в психопатологической структуре психозов, на преимущественно затяжной характер течения данных расстройств, наличие стертых их форм [4 – 6].

Вместе с тем изучению маниакальных состояний уделяется меньше внимания, у больных они встречаются значительно реже депрессивных расстройств, отличаются клиническим своеобразием в современных формах психозов [1, 5]. Что касается возрастных аспектов изучения этих нарушений, то многие авторы подчеркивают атипичность симптоматики в подростковом возрасте, полиморфизм психопатологической структуры, рудиментарность собственно аффективных компонентов синдромов [7 – 10].

Как известно, депрессивные и маниакальные состояния занимают определенное место в психопатологической структуре приступов при шубообразном течении шизофрении. Особенности их проявлений у взрослых больных описаны достаточно полно, тогда как у подростков такие состояния изучены недостаточно, особенно в контексте происходящего динамического патоморфоза клинических проявлений данного психоза [6, 7, 10].

Следует отметить, что при шизофрении, особенно в случаях прогрессивного течения процесса, аффективные расстройства отдельно практически не изучались в сравнительно-возрастном аспекте. Выявление особенностей психоза, связанных с возрастным фактором, наиболее целесообразно при сопоставлении данных, полученных у подростков и у взрослых, так

как в пубертатном возрасте имеют место значительные симптоматические отличия по сравнению с нарушениями у взрослых [1, 7].

Отмеченные предпосылки продиктовали необходимость проведения исследования, целью которого было изучение аффективных расстройств в структуре приступов шубообразной шизофрении в сравнительно-возрастном аспекте.

Обследованы 43 подростка 12–18 лет и 102 взрослых больных молодого возраста — 19–35 лет, у которых диагностировалась параноидная шизофрения с приступообразно-прогрессивным или эпизодическим течением с нарастающим дефектом по МКБ-10. В исследовании использовались анамнестический, клиничко-психопатологический и динамический методы. Полученные результаты обработаны методами параметрической и непараметрической статистики (Стьюдента, критерий  $\chi^2$ , Фишера).

При изучении возрастных особенностей аффективных нарушений выделяли состояния, в структуре которых доминировали маниакальные или депрессивные нарушения.

Следует отметить, что в группе подростков маниакальные и гипоманиакальные состояния имели место у 25,6% обследованных, тогда как в группе взрослых больных — у 32,4% ( $p < 0,05$ ).

Анализ полученных данных показал, что с наибольшей частотой у больных подростков встречались гипоманиакальные состояния с психопатоподобными нарушениями (45,4%), которые представляли собой так называемые делинквентные эквиваленты по А.Е. Личко [7]. Проявлялись эти расстройства в том, что в таком состоянии больные начинали искать новые впечатления, увлечения, дела; становились чрезмерно общительными, легко знакомились с асоциальными сверстниками, приобщались к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ, совершали кражи, бродяжничали, вступали в случайные половые связи. Отношение к родным и близким становилось оппозиционным. Подростки не испытывали потребности в отдыхе и сне. По выходу из такого состояния они затруднялись в объяснении своего поведения в период обострения болезни.

На втором месте по частоте был вариант гневливой мании (27,3%). У подростков данной группы отмечались симптомы возбуждения с налетом гебоид-

ности, раздражения, гневливости. В таком состоянии они высказывали идеи собственного превосходства, считали себя великими, непревзойденными. Кроме того, отмечались симптомы речевого возбуждения, больные мужского пола выкрикивали ругательства, цинично бранились, проявляли агрессию, в том числе сексуальную. Кроме того, у подростков нарушался сон, аппетит был повышен.

Еще реже (18,2%) у больных подростков наблюдался вариант параноидной мании. Состояние их характеризовалось повышенным настроением, стремлением к активной деятельности, бредовыми высказываниями, отдельными галлюцинаторными переживаниями. Наряду с этим определялись идеи величия и превосходства над окружающими, которые отличались нелепостью, оторванностью от реальности. Подростки считали себя необычайно одаренными, «всемогущими», «генераторами идей»; утверждали, что ими восхищаются окружающие, считают их талантливыми. Кроме того, отмечались отдельные дереализационные нарушения. В состоянии маниакального возбуждения больные становились взбудораженными и назойливыми.

Такой вариант аффективных нарушений, как спутанная мания, имел место у обследованных подростков в редких случаях (9,1%). При этом отмечались симптомы растерянности и спутанности на фоне повышенного настроения. Подростки временами не узнавали окружающих, не запоминали имен персонала, с трудом понимали элементарные инструкции, не могли правильно оценивать ситуации, воспринимая мир изменившимся. Анализ результатов обследования показал, что типичные маниакальные состояния в виде «веселой» мании у обследованных подростков не встречались.

В отличие от подростков у взрослых больных наиболее часто (60,6%,  $p < 0,05$ ) наблюдался параноидный вариант маниакального состояния, при котором наряду с симптомами экзальтации, возбудимости и гиперактивности отмечались значительное повышение самооценки, назойливость. Кроме того, имели место необдуманные поступки, сексуальная неразборчивость, идеи величия эротического содержания. Наряду с этим отмечались идеи изобретательства, реформаторства, иного происхождения.

Реже параноидной мании в данной группе больных диагностировалась гневливая мания (24,2%,  $p < 0,05$ ), которая протекала со вспышками раздражительности, расторможенностью, грубостью, экспансивностью, физическим беспокойством, речевым натиском, агрессивностью, сексуальной расторможенностью и неразборчивостью в связях, склонностью к садистическим актам.

У взрослых больных «веселая» мания как типичное аффективное расстройство, протекавшее с усилением положительных эмоций, имела место в 9,1% случаев. Такое состояние сопровождалось экзатичностью, повышенной активностью, многоречивостью, ненасытной потребностью в общении, повышенной самооценкой, отвлекаемостью, снижением потребности в отдыхе, повышенной сексуальностью.

Реже всего у больных описываемой группы отмечалась спутанная мания (6,1%). Она характеризова-

лась неустойчивостью аффекта с эпизодами дереализации, физическим беспокойством, экспансивностью, ускорением течения мыслей, дурашливостью, утратой целенаправленности, постоянными изменениями и незавершенностью действий, невозможностью сосредоточения внимания, апродуктивностью. Следует отметить, что у взрослых больных данной группы в отличие от подростков делинквентный вариант маниакальных состояний не выявлялся.

Как было отмечено выше, у обследованных больных обеих возрастных групп чаще, чем маниакальные расстройства, диагностировался другой тип аффективных нарушений — депрессивные состояния. Они были отмечены у 74,4% больных подростков и у 67,6% взрослых пациентов ( $p < 0,05$ ).

У подростков наиболее частым был делинквентный вариант депрессий (42,8%). В таком состоянии у больных понижалось настроение, внешне они выглядели мрачными, недовольными. У пациентов резко менялся и характер поведения, они становились грубыми, обозленными, конфликтными, агрессивными, уходили из дому, знакомились с асоциальными лицами, проявляли интерес к различным психоактивным веществам, участвовали в правонарушениях. В отношениях с родными, близкими, а также при общении с врачом больные проявляли настороженность, недоверчивость, упрямство. Понимание болезни отсутствовало, доминировало пессимистическое отношение ко всему, отчаяние.

Реже встречался у подростков тревожно-депрессивный синдром (23,8%). Такая депрессия протекала с тревогой и страхом. Больные были настороженными, боялись, что им что-то грозит, может случиться несчастье, беда, катастрофа. Подростки металась, не находили себе места, кричали, зывали о помощи, не реагировали на успокоительные объяснения, считали, что окружающие их осуждают, высказывали идеи самоуничижения, самообвинения. Такие состояния нередко предвещали развитие параноидной симптоматики.

Параноидный вариант депрессивного синдрома отмечался у 19,1% подростков. В отличие от предыдущего типа у больных с данным вариантом депрессии галлюцинаторно-бредовые расстройства возникали практически одновременно с тревожной депрессией и носили по содержанию отвлеченный от аффективных переживаний характер. Чаще это были идеи отношения и преследования, нередко развивались психические автоматизмы. Тревога и угнетенность были постоянными и отмечались на всем протяжении приступа, в отдельных случаях у больных в таком состоянии обнаруживались суицидные переживания и попытки.

В редких случаях (9,6%) у обследованных подростков диагностировался депрессивно-ипохондрический синдром. Состояние этих больных характеризовалось развитием тоскливо-тревожного аффекта с симптомами ипохондрического бреда. Пациенты утверждали, что больны серьезным, неизлечимым заболеванием, находили «доказательства» той или иной болезни, причем активность бредовых переживаний зависела от степени выраженности депрессивной симптоматики.

Астенопатический вариант депрессивного синдрома встречался среди подростков в единичных случаях (4,7%). При развитии приступа болезни у этих больных появлялись вялость, безразличие, пассивность, угнетенное настроение, которому сопутствовала бездеятельность. Подавленность обнаруживалась в мимике, жестах, голосе. На попытки привлечь их к выполнению какой-либо работы пациенты реагировали злобой и раздражением. В таком состоянии у них появлялись суицидальные мысли, намерения и даже попытки.

В отличие от подростков у взрослых больных наиболее частым был параноидный тип депрессивного синдрома (46,3%). Этот синдром характеризовался у них развитием более стойких и систематизированных бредовых идей виновности, преследования, воздействия, религиозного содержания, отношения и ревности, сутяжности, ущерба с недоверчивостью, угрюмостью, высказываниями о своих подозрениях с последующим формированием отчетливой бредовой или галлюциаторной симптоматики.

Депрессия со страхом и тревогой занимала среди взрослых больных второе место по частоте (21,7%). Этот вариант депрессии начинался с выраженных колебаний аффективного тонуса; по мере развития состояния появлялись настороженность, тревога, беспокойство, взбудораженность, симптомы огрубения эмотивной сферы, что проявлялось в отношениях с родными и близкими. Кроме того, имели место выраженные нарушения сна.

Ипохондрический вариант депрессивного синдрома наблюдался в 17,5% случаев. У взрослых в отличие от подростков ипохондрические расстройства выступали в сочетании с боязливостью, стойкой психической астенией, а также сенестопатическими компонентами. Особенностью астении у больных данной группы было отсутствие физической истощаемости.

Наряду с этим пациентов характеризовали безрадостность, дисфорический оттенок настроения без напряженности аффекта.

Реже у взрослых больных диагностировался астенопатический синдром (13,1%). Он проявлялся в заметных симптомах снижения активности, рассеянности, бессилии, снижении эмоциональных реакций с их обеднением, утратой прежней живости; больные в таком состоянии относились ко всему с пассивным безразличием. В единичных случаях у пациентов данной возрастной группы отмечался делинквентный вариант депрессии (1,4%), поэтому установить отличия в проявлениях этого состояния у взрослых и у подростков не представлялось возможным.

Таким образом, сравнительно-возрастное изучение как маниакальных, так и депрессивных аффективных нарушений дало возможность выявить клинико-психопатологические особенности, связанные с влиянием возрастного фактора. Анализ полученных данных позволил установить и другие особенности указанных состояний. Общими особенностями изучаемых нарушений у подростков в отличие от взрослых была нестойкость аффективных компонентов болезненных состояний, некоторая их стертость и преимущественное отражение расстройств в поведении больных. Следует отметить, что наличие указанных возрастных влияний существенно затрудняет своевременную диагностику аффективных состояний при прогрессивной приступообразно протекающей шизофрении.

Установленные в процессе сравнительно-возрастного исследования особенности аффективных нарушений у подростков позволяют улучшить диагностику начальных проявлений приступов шизофрении и дифференциальную диагностику со сходными состояниями другой нозологической принадлежности.

#### Литература

1. *Тиганов А.С.* Руководство по психиатрии — М.: Медицина, 1999.— Т.1.— 712 с.
2. *Энсилла Р., Хиллидея С., Хиггенботтэм Дж.* Шизофрения: Пер. с англ.— М.: Медицина, 2001.— 392 с.
3. *Александровский Ю.А.* Энциклопедия психиатрии.— М.: РЛС-2004, 2003.— 544 с.
4. Шизофрения / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др.— С.Пб.: Гиппократ+, 2004.— 336 с.
5. *Марилов В.В.* Частная психопатология.— М.: Академия, 2004.— 400 с.
6. *Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю.* Депрессии.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
7. *Личко А.Е.* Шизофрения у подростков.— Л.: Медицина, 1989.— 216 с.
8. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.— 560 с.
9. *Ремшмидт Х.* Детская и подростковая психиатрия: Пер. с нем.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.— 624 с.
10. *Макаров И.В.* Психозы у детей.— С.Пб.: ЭЛБИ-С.Пб., 2004.— 152 с.

Поступила 25.02.2005

#### CONTEMPORARY FEATURES OF AFFECTIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA IN COMPARATIVE AGE ASPECT

S.M. Doluda

S u m m a r y

The data about affective disorders in the mental structure of attacks in shift-like schizophrenia in teen-agers and adults are presented. Significance of age factor in forming the clinical manifestations of schizophrenia and the necessity to consider them in diagnosis of affective states, with which the attacks of prodromal forms of schizophrenia begin, are shown.