

В.С. Підкоритов, О.І. Серікова, О.В. Скринник, О.С. Серікова

КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО ТИПУ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: шизоафективний розлад, клініка, діагностика

Термін «шизоафективний психоз» вперше був запропонований J.Kasanin ще в 1933 році, але тільки наприкінці XX сторіччя він здобув самостійну діагностичну рубрику у класифікаціях психічних розладів – МКХ-10 та DSM-IV. Пошук місця шизоафективних психозів в систематичі ендогенних психічних захворювань неминуче пов'язан з визначенням провідних клінічних параметрів, що відображають їхню своєрідність і нозологічну приналежність [1, 2].

Загальний принцип відокремлення шизоафективного розладу (ШАР), який ґрунтується на обов'язковому поєднанні у клінічній картині (поєдновано чи одночасно) афективних порушень з ознаками шизофренії, визначає всю складність синдромальної та нозологічної оцінки цього захворювання. Досьогодні обговорюється питання про те, які саме розлади – афективні чи маячні є провідними у визначенні клінічної суті шизоафективного психозу [3].

Метою нашої науково-дослідної роботи було: визначити сучасну клініко-типологічну структуру депресивного типу шизоафективного розладу.

Завдання: описати клініко-психопатологічні особливості депресивного типу шизоафективного розладу.

Для розв'язання завдання проекту був використаний клініко-психопатологічний метод дослідження з аналітичним вивченням доступної медичної документації.

Нами було проаналізовано 28 історій хвороб пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН АМН України» з 2000 по 2011 роки, з діагнозом «Шизоафективний розлад, депресивний тип» за МКХ-10 (F25.1) [4]. Серед них було 18 жінок та 10 чоловіків (співвідношення 1,8:1). Середній вік хворих був (34,54 ± 8,43) років, загальна тривалість шизоафективного розладу на момент початку загострення (7,93 ± 3,36) років. Тривалість депресивної симптоматики (6,71 ±

3,82) місяців, після чого наступала ремісія протягом (5,58 ± 3,81) місяців. Клінічна картина відрізнялася атипівістю проявів, глибиною та значною синдромальною складністю. На відміну від депресивних епізодів при біполярному афективному розладі майже всі депресії у обстежених нами хворих мали значно більшу тривалість. Незалежно від особливостей клінічної картини вони в більшості випадків досягали рівня розвитку депресивного марення, до якого приєднувалося неафективне маячення. Розвиток психотичних порушень практично у всіх хворих був зв'язаний з появою психомоторної загальмованості.

У хворих на ШАР було відокремлено три основних типи депресивного синдрому – тужливо-депресивний, тривожно-депресивний та тужливо-адинамічний (див. табл. 1).

Тривожно-депресивна симптоматика була найчастішою і спостерігалася в 42,86 % випадків (12 пацієнтів). Розвитку загострень у таких хворих, в більшості випадків передували соматогенії або психогенії, які, проте, не відбивалися в змісті переживань. Як правило, тривожно-депресивний синдром формувалася у осіб віком - (39,51 ± 6,28) років, з анамнезом захворювання (9,32 ± 1,53) роки. Становлення клінічної картини депресії було достатньо швидким, протягом 7 - 10 днів. Тривожний афект із самого початку носив гетерогенний характер, супроводжувався короткочасними епізодами відчуття страху і наближався до тривожно-боязливого. До нього незабаром приєднувалися тривожні побуювання надцінного характеру та окремі ідеї відношення. Нерідко мали місце короткочасні і фрагментарні синдроми дереалізації та деперсоналізації. Тривога наростала до ступеня вираженого відчаю, відчуття загального краху, що насувається, але не супроводжувалася ажитацією. Навпаки, нерідко пацієнти скаржилися на прояви ідеомоторної загальмованості. Тривожний афект також носив пароксизмальноподібний ха-

ракти, але не досягав ступеня паніки і міг проявлятися нав'язливими побоюваннями. Тривожні переживання лише іноді супроводжувалися моторним неспокоєм, що перемежався з різкою фізичною слабкістю. В інших випадках тривожний афект в структурі загострення шизоафективного психозу носив характер безпричинного страху («ніби постійно чогось чекаю») або очікування чогось неприємного, з раптовими пробудженнями серед ночі. В проміжках між епізодами тривоги мали місце прояви непосидючості, постійного прагнення до руху («якесь нетерпіння», «кудись поспішаю», не можу залишатися на одному місці») з відчуттям внутрішньої напруги («весь організм стислий як пружина») і нав'язливими побоюваннями, що доходили до ступеня уявлень про можливий рецидив раніше перенесеного нападу, іноді - вербально-галюцинозу. За 3 - 6 тижнів з'являлися депресивні ідеї винності і гріховності. Становлення неафективного марення було аутохтоним. Депресивний афект в цей час витіснявся відчуттям страху. В цей період до нього також приєднувалися прості і буденні за змістом переживання на тему про чаклунство і телепатію. Вони могли

супроводжуватися окремими зоровими обманми, окликами, рідше — функціональними галюцинаціями. Надалі можна було відзначити ускладнення маревних розладів з тенденцією до їхньої видозміни у бік більш фантастичного змісту. Починала виявлятися персекуторна тематика марення, з окремими виявами синдрому Кандинського - Клерамбо. Розвивалися нерозгорнене марення інсценування і поодинокі помилкові впізнавання (останні носили характер вигадки). Подібні маревні розлади відповідали наочно-образному маренню уяви. Вони зустрічалися в 75,00 % випадків (9 хворих) цього типу; тривалість їх не перевищувала 4 – 6 тижнів. Лише у 5 пацієнтів неголотимні маревні розлади визначалися маренням сприйняття (марення інсценування). Вихід був ближче до критичного, протягом 1 - 2 тижнів. В подальшому на перший план виступали ідеї власної нікчемності і неспроможності, які зберігалися іноді протягом декількох місяців. Розгорнений депресивний стан в подальшому тривав протягом $(6,21 \pm 2,79)$ місяців. Критика до переживань була неповною. Ремісії в більшості випадків були короткими - $(4,56 \pm 1,09)$ місяці.

Таблиця 1

Основні клінічні характеристики клінічних синдромів у хворих на депресивний тип шизоафективного розладу ($p < 0,05$)

Клінічний варіант	Основні характеристики за групами				
	кількість хворих (осіб)	середній вік (в роках)	тривалість розладу (в роках)	тривалість загострення (в місяцях)	тривалість ремісії, що йде за загостренням (в місяцях)
Тривожно-депресивний	12	$39,51 \pm 6,28$	$9,32 \pm 1,53$	$6,21 \pm 2,79$	$4,56 \pm 1,09$
Депресивно-тужливий	9	$29,25 \pm 3,25$	$3,23 \pm 1,13$	$4,24 \pm 1,62$	$9,54 \pm 1,46$
Тужливо-динамічний	7	$34,87 \pm 3,76$	$8,24 \pm 0,97$	$9,67 \pm 2,66$	$2,64 \pm 1,08$
Загалом депресивний тип	28	$34,54 \pm 8,43$	$7,93 \pm 3,36$	$6,71 \pm 3,82$	$5,58 \pm 3,81$

Тужливо-депресивна симптоматика спостерігалися у 32,14 % хворих (9 випадків). Як правило даний варіант мав місце у осіб відносно молодого віку - $(29,25 \pm 3,25)$ років. Середня тривалість розладу була $(3,23 \pm 1,13)$ років. Афективні симптоми формувалися швидко, протягом 1 - 2 тижнів, і характеризувалися наявністю вітального афекту туги, значними добовими коливаннями настрою, виразними соматовегетативними проявами – погіршення сну з раннім пробудженням, зниження апетиту, загальна

слабкість, розширення зіниць, сухість шкіри, зниження апетиту, втрата ваги, запори. Ці ознаки поєднувалися з песимістичним баченням майбутнього, зниженням творчої активності зі збереженням здатності до виконання звичайних дій на початкових етапах загострення. Дані симптоми мали характерне добове коливання – максимальна їх вираженість була вранці. В цей час у хворих поступово знижувався настрій, вони відчували свою провину зі стертими суїцидальними думками, переживали втрату сенсу життя.

Якщо їхньому розвитку передували психогенії, то вони на початкових етапах відображалися у змісті депресивних переживань. Це дозволяло припустити участь ендореактивних механізмів в їхньому розвитку. На відміну від класичних депресій при біполярному афективному розладі ідеї самозвинувачення спочатку були спрямовані всередину і відчуття вітальної туги сприймалося хворими як «обтяжливі та неприємні думки». Через 1 - 2 місяці зазвичай з'являлося виразне депресивне марення у вигляді стійких ідей винності і гріховності. На висоті депресивного стану воно досягало ступеню депресивного світогляду. З розвитком депресивного марення почала наростати ідеаторна і, у меншій мірі, моторна загальмованість. Період «ізолюваного» депресивного марення тривав 2 - 4 тижні. Потім поступово розвивалося неафективне марення. Якщо напередодні загострення мала місце психогенна ситуація, то її зміст відображався у психотичних переживаннях лише в перші дні. Потім на тлі безсоння з'являлися внутрішня напруженість, настороженість, афект страху. Навколишнє оточення здавалося «по-особливому зміненим», мало «зловісний сенс», жести та міміка оточуючих сприймалися хворими як «незрозумілі натяки». На висоті такого стану виникали рудиментарні ознаки персекуторного марення у вигляді швидкоплинних поодиноких ідей переслідування, помилкових впізнавань, які могли змінюватися ідеями винності і гріховності. Такого роду маревні розлади не мали певної фабули, більше відповідали маренню сприйняття, а саме — «маревному настрою». Такого роду переживання були відносно нетривалими – біля 2 – 4 тижнів. У деяких хворих марення сприйняття носило більш розгорнений характер та відповідало маренню інсценування, яке виводилося з афективних маячних переживань та було тісно з ними спаяне. Вихід з етапу маревних розладів був зазвичай критичним. Більш повільною була зворотна динаміка афективного марення (протягом 2 - 3 тижнів). Депресія тієї ж структури зберігалася в подальшому протягом 1,5 - 2 місяців. Тривалість цих станів в середньому складала $(4,24 \pm 1,62)$ місяців. Потім стан хворих починав нормалізуватися, з'являлася критика до хвороби. За нею йшла ремісія протягом $(9,54 \pm 1,46)$ місяці.

Тужливо-динамічна симптоматика мала місце у 25,00 % проаналізованих випадків (7 хворих). Як правило, даний варіант мав місце у пацієнтів $(34,87 \pm 3,76)$ років з загальною тривалістю захворювання $(8,24 \pm 0,97)$ років. Якщо

загострення виникали під впливом незначних психогеній, то їх зміст «звучав» в клінічній картині лише на самих початкових етапах психозу. Становлення депресивного синдрому в цих випадках було поступовим, протягом 2 - 3 тижнів. Він супроводжувався відчуттям вітальної туги з типовим болем у загрудинній області, ідеями самозвинувачення. Настрій визначався хворими як «пригнічений», «похмурий» та відображав безперспективність їх існування. В той же час хворі переживали байдужість, «відсутність розумової енергії» та внутрішнього спонування до дій. Це все оцінювалося як дуже тяжкий та найбільш болісний прояв хвороби. Туга в цих випадках паралельно співіснувала з адинамією, але виразність останньої в періоди підсилення тужливого компоненту не змінювалася. Відсутність активності пацієнти поясняли тугою, вони говорили, що остання є основною причиною неможливості будь-що робити. По мірі наростання адинамії виразність туги зменшувалася. Це було особливо помітно при максимальному ступені виразності адинамічних проявів, коли відчуття туги у пацієнтів було практично відсутнім або мало помітним. В протилежність тужливій симптоматиці, яка значно підсилювалася рано вранці, адинамічні прояви «не підкорювалися» добовим коливанням. Вони залишалися незмінними протягом дня, хоча у деяких хворих спостерігалася більша їх інтенсивність вранці. Моторна загальмованість проявлялася недостатньою рухливістю пацієнтів. Хворі значну частину часу проводили у ліжку, деякі з них побоювалися, що фізичні навантаження викликають погіршення стану. Ідеаторна загальмованість проявлялася зниженням темпу мислення, труднощами зосередження. Хворі відмічали, що їм дуже важко почати що-небудь робити, важко зосередити увагу. Апатичні прояви відображалися у фабулі ідей самозвинувачення. Пацієнти звинувачували себе в тому, що через свою пасивність та інертність вони не допомагають родині, що вони є тягарем для суспільства, що вони негідні виховувати дітей, не можуть виконувати звичайну роботу, утримувати сім'ю. На початку розвитку неафектного марення іноді відбувалася різка видозміна афекту у бік тривоги. Навколишнє оточення ставало «неприродним» і сприймалося як розиграш. Маревні розлади характеризувалися калейдоскопічністю, нестійкою, чуттєвою конкретністю. Афект подиву то переважав в картині психозу, то замінювався депресивними ідеями гріховності і засудження. Маревні розлади, як правило, відповіда-

ли маренню інсценування. Рідше виявлялися вияви маренового настрою, марення символічного значення і наочно-образного марення уяви. Вихід з психозу частіше був протягом 2 - 3 тижнів, тривалість неафективного марення не перевищувала 4 - 7 тижнів. Загальна тривалість станів цього типу в середньому складала $(9,67 \pm 2,66)$ місяців. Надалі критика до перенесеного стану у більшості хворих була достатньо повної. Середня тривалість ремісії $(2,64 \pm 1,08)$ місяці.

Таким чином, серед вивчених історій хвороб пацієнтів з депресивним типом шизоафективного розладу було виділено декілька типів депресивного синдрому - тривожно-депресивний (42,86 % випадків), тужливо-депресивний (32,14 % випадків), тужливо-динамічний (25,00 % випадків). На початку розвитку загострення на перший план виступали афективні симптоми, в тому числі і афективне марення, що могло супроводжуватися суїцидальними думками. В подальшому, можна було спостерігати аутохтонне становлення неафективного марення, також не-

рідко були присутні окремі зорові галюцинації, оклики, рідше - функціональні галюцинації або псевдогалюцинації. В процесі розвитку хвороби можна було відзначити ускладнення марєвних розладів з тенденцією до формування наочно-образного марєвня уяви або марєвня інсценування. Редукція симптомів мала зворотній характер – першою зникала неафективна симптоматика, а потім – депресивна. Тобто, діагностику шизоафективного розладу не можна зводити до простого формального поєднання одночасно і рівномірно представлених ознак афективного психозу і шизофренії через тісну взаємодію афективної та неафективної симптоматиці в процесі синдромокінезу.

Виявлені нами варіанти депресивного типу ШАР скоріше за все мають деякі відмінності в патогенетичних механізмах захворювання, що відбивається на особливостях їх клінічних проявів. Відповідно, фармакотерапія має бути більш індивідуалізована і орієнтована на домінуючий синдромокінез.

V.S. Podkorytov, O.I. Serikova, O.V. Skrynyk, O.S. Serikova

КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО ТИПА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»

На основе анализа 28 историй болезней рассмотрены особенности клинической картины депрессивного типа шизоаффективного расстройства. Выделены три основных клинических синдрома: тревожно-депрессивный – 42,86 % случаев, тоскливо-депрессивный – 32,14 %, тоскливо-динамический – 25,00 %. Во всех рассмотренных нами случаях в начале развития обострения на первый план выступали аффективные симптомы, в дальнейшем к ним присоединялась неаффективная симптоматика в виде наглядно-образного бреда воображения или бреда инсценировки, иногда это были неразвернутые перцептивные нарушения. Редукция симптомов имела обратный характер – первой исчезала неаффективная симптоматика, а затем – депрессивная. Это указывает на то, что при шизоаффективном расстройстве аффективная и шизофреническая симптоматика находятся в процессе сложного взаимодействия. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 1 (28). — С. 23-26).

V.S. Pidkorytov, O.I. Syerikova, O.V. Skrynyk, O.S. Serikova

CLINIC-TYOPOLOGICAL FEATURES OF THE DEPRESSED TYPE OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

SI «Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine»

On the basis of analysis 28 clinical cases are considered the clinical features of the depressed type of schizoaffective disorder. Three basic clinical syndromes were found: anxious-depressed – 42.86 % cases, melancholic-depressed – 32.14 %, melancholic-adyamic – 25.00 %. In all of the cases considered by us at the beginning of exacerbation affective symptoms came forward on the first plan, and then they were joined by non-affective symptoms - perceptible delusion, delusion of feint, sometimes – non-detailed perceptive disorders. Symptoms reduction had return way – non-affective symptoms disappeared first, and then – depressive one. It was shown that at schizoaffective disorder affective and schizophrenic symptoms are in the process of complex co-operation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 23-26).

Література

1. Leonhard K. Cycloid psychoses - endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive / K. Leonhard // Journal of Mental Science. – 1961. – Vol. 107. - P. 632-648.
2. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. - Berlin: Acad Verlag. – 1980. – 342s.
3. Дикая В.И. О клинической дифференциации

- шизоаффективного психоза (современное состояние проблемы) / В.И. Дикая, А.Н. Корнев, П.В. Бологов // Материалы научно-практической конференции 7-8 апреля 1998 г. - 1998. – С. 23-27.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.

Поступила в редакцию 12.03.2012