

К ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Строганов А.Е., Кулешова Е.О.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, e-mail: jazz200261@mail.ru

В статье содержатся обзор литературы и некоторые исторические аспекты острых психотических расстройств. В данном обзоре внимание сфокусировано на положении острых преходящих расстройств в диагностических системах последних десятилетий. Были исследованы особенности клиники и динамики острых психотических расстройств у 110 психических больных в стационарах алтайского края в 2006–2011 гг. Использовались клиничко-катамнестический и статистический методы. В статье рассмотрены этиопатогенетические аспекты острых преходящих психотических расстройств. Была отмечена клиническая неоднородность больных с диагнозом «острое психотическое расстройство». Были выявлены факты регоспитализации, ошибочной диагностики (диагноз был изменен на шизофрению 63% случаев, на шизоаффективные расстройства - 4,11%, вялотекущую шизофрению - 2,74% и на другие), низких показателей успешности лечения. Утверждается важность дальнейших исследований данной патологии для теории и практики психиатрии.

Ключевые слова: психиатрия, острые психотические расстройства, клиничко-динамические исследования

ON THE ISSUE OF STUDY OF ACUTE PSYCHOTIC DISORDERS

Stroganov A.E., Kuleshova E.O.

Altai State Medical University (ASMU), e-mail: jazz200261@mail.ru

The article deals with some historical aspects of acute psychotic disorders and contains the literature review. The attention is focused on the position of acute transient disorders in the diagnostic systems of last decades. The characteristics of the clinical picture and dynamics of acute psychotic disorders in 110 patients with mental diseases were being studied from 2006 to 2011 in the in-patient departments of altai region. Clinicocatamnestic and statistical methods were applied. The etiopathogenetic aspects of acute transient psychotic disorders were considered in the article. The clinical heterogeneity of patients diagnosed with “acute psychotic disorder” was observed. The facts of rehospitization, error diagnosis (when the diagnosis was changed into schizophrenia in 63% of cases, schizo-affective disorders – 4,11%, continuous sluggish schizophrenia - 2,74% and others), low cure rates were revealed. The importance of further studies of this pathology for the theoretical and practical aspects in psychiatry is stated.

Keywords: psychiatry, acute psychotic disorders, dynamic clinical research.

История изучения острых психотических расстройств (ОПР), их теоретического осмысления достаточно длительна. На протяжении двух столетий возникают вопросы и споры в отношении их нозологии, классификации и клинической типологии [18]. Уже во второй половине XIX в. как у иностранных авторов [15, 17, 20], так и в отечественной литературе [1, 8] появляются работы, где описываются психотические состояния с характерным острым началом и благоприятным исходом. В это время исследователи преимущественно рассматривали острые психозы либо как новые формы психических заболеваний, либо в качестве реакции на различные экзогенные воздействия. В дальнейшем острые психозы были признаны. При этом немецкая школа описывала их как циклоидальные нарушения, французская - bouffe'e de'lirante (острый бред), скандинавская – психогенные и реактивные психозы, швейцарская – эмоциональные психозы. Несмотря на это, данные, полученные по результатам изучения данной патологии, по мнению М.Э. Симпсона, лишь иллюстрируют результаты статических исследований [9]. Он подчеркивал

отсутствие психологических моделей и методологий, а также отмечал, что концентрация внимания исследователей острых психозов на событиях обедняет картину собственно патогенетического процесса.

Разнообразие взглядов современных авторов на данную проблему отражает положение ОНР в последних классификациях психических заболеваний. В DSM-III острые психозы находились в рубриках «Психотические расстройства, ранее неуточненные» и «Другие неорганические психозы». В Международной классификации болезней 9-го пересмотра выделялись органические, интоксикационные, шизофренические и реактивные психозы. В DSM-IV острые психозы выделены в группу «Кратковременные психотические расстройства» и рассматриваются уже как кратковременные реактивные психозы.

Только в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) острые психозы были размещены в отдельной рубрике «Острые и преходящие психотические расстройства», где представлены лишь гетерогенными группами: «Транзиторные психозы» и «Состояния шизофренического спектра». В настоящее время в связи с разработкой новой МКБ 11, ставится вопрос о реорганизации данной рубрики.

Течение эндогенных заболеваний находится под влиянием как внутренних факторов, так и внешних, которые приносят своеобразие в адаптиогенез [7]. Роль экзогенных факторов в этиологии, патогенезе и течении эндогенных заболеваний, в том числе острых психотических расстройств, весьма значительна, однако недооценивается в ходе диагностики. Всеми признано весьма частое начало приступообразных форм эндогенных психозов в условиях внешнего воздействия [12]. Связь экзогенных факторов с клинической картиной эндогенного психотического приступа подчеркивают Назимова С.В. и Баранов П.А. [5]. Многие авторы обращают внимание на сходную с эндогенными психозами симптоматику при органических поражениях головного мозга [6].

Многие исследования сообщают о высокой частоте рецидивов ОНР [13, 14, 19] и низкой табульности диагностики с более чем 50% случаях изменение диагноза на другой [10, 16]. Это может свидетельствовать о клинической неоднородности больных с диагнозом «острое психотическое расстройство». В одних случаях речь шла о манифестации психоза, который в последующем правомерно квалифицировался как шизофренический [4]. По мнению некоторых авторов, в момент острого психоза адекватная оценка выявленной симптоматики невозможна, а диагностика шизофрении происходит при дальнейшем наблюдении развития заболевания, при подтверждении прогрессирующего характера нарушений [3]. Другие же авторы пишут о часто практикуемом «косметическом» вставлении диагноза из диагностической рубрики F23 вместо шизофрении в социальных целях [2].

Диагностическая и классификационная неопределенность острых психозов отражается на лечении и реабилитации больных данной психической патологией. В настоящее время помощь пациентам с ОПР нередко оказывается так же, как пациентам с дебютом шизофрении, равно как и больным с расстройствами шизофренического спектра с продолжительностью болезни 1-5 лет. При этом алгоритмы психофармакотерапии не сформированы, продолжительность лечения и реабилитации не определена [11].

Клиническая сущность ОПР до настоящего времени не имеет однозначной трактовки, что требует подробного изучения синдромальной структуры данной психической патологии. Привлекательность изучения острых психозов состоит в возможности описания прогрессивности течения и вариантов исхода, отсутствие данных о которых затрудняет прогнозирование течения заболевания.

Конечной целью исследования является изучение клинико-динамических особенностей острых психозов, призванное способствовать формированию индивидуально-дифференцированных практик, включающих алгоритм прогнозирования и новые превентивные стратегии терапии ОПР, а также комплекса реабилитационных мероприятий для пациентов, страдающих шизофренией, манифестацией которой явилось острое психотическое расстройство.

Первый этап исследования представляет собой клинический анализ и изучение динамических аспектов у больных, впервые перенесших ОПР.

Объект исследования. В выборку вошли больные в соответствии с МКБ-10, входящим в диагностическую рубрику F23 «Острые и преходящие психотические расстройства». Все пациенты находились на лечении в круглосуточном стационаре, некоторые продолжили лечение в режиме дневного стационара, а в дальнейшем – под диспансерным наблюдением в Алтайской краевой клинической психиатрической больнице им. Ю. К. Эрмана (АККПБ). За период с 2006 по 2011 гг. нами было обследовано 146 пациентов. Количество мужчин и женщин в нашем исследовании составило 86 (58,9%) и 60 (41,1%) соответственно. Период катамнестического обследования больных составил от 2 до 5 лет.

Результаты и их обсуждение

При сборе анамнеза у 45 (30,8%) больных данной диагностической группы была выявлена наследственная отягощенность.

Нами была проанализирована семейная ситуация пациентов. На момент манифестации психоза 46 (31,5 %) состояли в браке. 79 (54,1 %) человек из 1-й группы никогда не состояли в браке, проживали либо в нуклеарной семье, отношения в которой

отличались формальностью, либо одни. 20 (13,7 %) человек были официально разведены. Также 1 пациентка являлась вдовой.

На момент начала заболевания пациенты имели следующее образование: высшее 36 (24,66%) пациентов, неоконченное высшее 24 (16,44%), среднее профессиональное 13 (8,9%), начальное профессиональное 33 (22,6%), среднее 34 (23,29%), неполное среднее 6 (4,1%). При манифестации психоза 59 (40,41%) нигде не работали, из них 2 (1,37%) состояли на бирже труда, 1 пациентка была на пенсии по возрасту, также 26 (17,8%) являлись учащимися колледжа, училища либо вуза. 61 (41,78%) пациентов были трудоустроены.

Нами изучалась статистика употребления психоактивных веществ (ПАВ) данной категорией больных: в 18 (12,33%) случаях исследованных нами историй болезни имеется указание на эпизоды употребления ПАВ, 2 случая употребления ПАВ непосредственно предшествовали возникновению заболевания. При этом большинство таких больных – лица мужского пола (12 мужчин и 2 женщины). 8 (5,48%) сообщили, что употребляли каннабиноиды, остальные 10 (6,85%) употребляли другие ПАВ, либо отказались сообщать подробности. Исследование злоупотребления пациентами алкоголем показало, что данное пристрастие (20 (13,7%) пациентов) свойственно также чаще мужчинам: 19 мужчин и 1 женщина. Также мы выявили 1 случай, когда алкогольный эксцесс предшествовал развитию психоза, и 1 случай, когда пациент начал алкоголизироваться непосредственно в психозе.

В сфере выявления анамнестических данных, касающихся возможных органических причин как провоцирующего фактора возникновения острых психозов, обнаружено, что у 50 (34,25 %) имеются органические знаки. Стоит отметить отсутствие целенаправленного выявления органической патологии у данных пациентов. 18 (12,33%) пациентов имели сопутствующую хроническую или рецидивирующую соматическую патологию в одной или двух системах органов.

Средняя длительность госпитализации составила 44,9 дней.

В ходе лечения в круглосуточном стационаре 93 (63,7%) пациентам сразу удалось назначить наиболее подходящий для них нейролептик: 46 (31,5%) препарат из группы атипичных антипсихотиков, 47 (32,19%) типичных нейролептиков.

53 (36,3%) пациентам не удалось сразу подобрать препарат, происходила смена ведущего нейролептика:

- 1) типичный нейролептик на другой типичный у 15 (10,27%) пациентов;
- 2) атипичный на типичный – 14 (9,59%);
- 3) типичный на атипичный – 12 (8,22%);
- 4) атипичный на другой атипичный – 3 (2,05%);
- 5) ведущий нейролептик менялся неоднократно у 9 (6,16%) пациентов.

Один нейролептик получали 95 (65,07%) испытуемых, а 51 (34,93%) сразу два.

Также в ходе лечения, помимо антипсихотиков, были назначены следующие препараты:

- 1) антидепрессанты в 34 (23,29%) случаях;
- 2) противосудорожные препараты в 13 (8,9%) случаях;
- 3) препараты лития в 3 (2,05%) случаях.

После лечения в круглосуточном стационаре лишь 24 (16,44%) пациента продолжили реабилитацию в клинике первого психотического эпизода, при этом 17 (70,83% из них) окончили полный курс, а 7 (29,17%) по ряду причин были выписаны, окончив неполный курс.

В ходе дальнейшего катамнестического наблюдения за этими пациентами мы выяснили, что у 36 (24,66%) пациентов диагноз остался прежним, рецидива психотической симптоматики не наблюдалось. У 110 (75,34%) диагноз был изменен:

- 1) 92 (63,01%) случая, когда окончательный диагноз звучал как параноидная шизофрения;
- 2) 6 (4,11%) – шизоаффективное расстройство;
- 3) 4 (2,74%) – малопрогрессирующая шизофрения;
- 4) 1 случай – маниакально-депрессивный психоз;
- 5) 1 случай – органическое шизофреноподобное расстройство;
- 6) 1 случай – хроническое бредовое расстройство в инволюционном периоде;
- 7) а также 3 случая, когда диагноз неоднократно был изменен, однако заключительный диагноз – параноидная шизофрения.

Заключение

Проведенный нами клинико-эпидемиологический анализ острых психозов в 68 % случаев показал молодой возраст манифестации заболевания (15–30 лет). Нами было выявлено, что преобладающее число ОПР (62 %) возникают на фоне внешних причин. Обнаруженные факты регоспитализаций, ошибочной диагностики, низких показателей успешности лечения препятствуют эффективному оказанию психиатрической помощи и реабилитации. По нашему мнению, в известной степени это связано с разницей во взглядах на проблему острых психозов в теории, а также с отсутствием единой трактовки их психопатологической структуры, классификации, рекомендаций по терапии и реабилитации таких пациентов. Это указывает на необходимость дальнейшего изучения острых психотических расстройств с целью решения вышеперечисленных проблем.

Список литературы

1. Корсаков С. С. Общая психопатология. — М.: БИНОМ, 2003.

2. Косенко В.Г., Солоненко А.В., Косенко Н.А., Грудиной Ю. В. Динамика нозологического состава контингента больных с первым психотическим эпизодом // Психическое здоровье. – 2010. — № 9. — С. 33–36.
3. Мельникова Е. А., Агарков А. П., Рожков С. А. Острые психозы: границы диагностики и патогенетических моделей // Журн. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2005. – № 4. – С. 16–19.
4. Мельникова Е.А., Агарков А.П. Клинико-динамические и адаптационные аспекты острых психозов // Журн. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2008. – № 4. – С. 20–23.
5. Назимова С.В., Барнанов П.А. Психопатологическая структура приступов шизофрении, формирующихся в условиях экзогенного воздействия // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. — № 2. — С. 5–9.
6. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства. – Барнаул: Издательство АГМУ, 2013.
7. Семке А.В., Мальцева Ю.Л. Шизофрения, сочетанная с соматической патологией: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты // Журн. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2009. – № 3. – С. 42–44.
8. Сербский В. П. Руководство к изучению душевных болезней. - М.: Медицина, 1906.
9. Симпсон М. Э. Стресс и психоз // Шизофрения. Изучение спектра психозов. – М.: Медицина, 2001.
10. Castagnini A., Bertelsen A., Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. // Compr. Psychiatry. – 2008. – Vol. 49, –P. 255–261.
11. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. Acute and transient psychotic disorders (ATPD) // Psychiatria Danubina. – 2012. - Vol. 24, Suppl. 3, –P. 311–315.
12. Huber G., Gross G., Schuttler R. Schizophrenic. Eine verlaufsund sozialpsychiatrische Langzeitstudie. — Berlin — Heidelberg — New York, 1979.
13. Jager M, Riedel M, Moller HJ. Acute and transient psychotic disorders (ICD-10: F23). Empirical data and implications for therapy // Nervenarzt. –2007. – Vol. 78, — P. 745–752.
14. Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study // Act. Psychiatr. Scand. – 1997, Vol. 96, P. 150-154.
15. Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mental faites a l'Asile Clinique. -Paris, 1893.
16. Marneros A, Pillmann F: Acute and Transient Psychoses. — Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
17. Meynert T. Klinische Vorlesung über Psychiatrie. -Wein, 1890.

18. Pichot P. The concept of «Bouffee delirante» with special reference to the Scandinavian concept of reactive psychosis // Psychopathology. –1986. – Vol. 19. – P. 35–43.
19. Singh S.P., Burns T., Amin S., Jones P.B., Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors ,epidemiology, course and outcome // Br J Psychiatry. – 2004. –Vol.185, -P. 452-459.
20. Westphal K.//Allg. Zschr. Psychiatr. -1878. –Bd. 34.

Рецензенты:

Рыбалко М.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психологии, психотерапии и педагогики ГБОУ ВПО Алтайский Государственный Медицинский Университет Министерства здравоохранения России, г. Барнаул;

Семке А.В., д.м.н., профессор, заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУ «НИИ ПЗ СО РАМН»,г. Томск.