УДК 616.89-008.1

**Голубев С.А.**

# НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЁННОГО КАТАМНЕЗА

***ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», г. Москва***

***Резюме.*** *В работе проведён предварительный анализ результатов отдалённого катамнеза (20-25 лет) у больных шизофренией, манифестирующей в юношеском возрасте, на момент обследования находящихся под наблюдением ПНД. Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический и статистический методы, а также психометрический метод (шкалы PANSS, SANS). Результаты исследования показали, что характер течения заболевания, уровень его альтернирующего влияния на личность пациентов, а также параметры социального функционирования данной когорты больных отличаются в худшую сторону в сравнении с результатами проводившихся отечественных и зарубежных исследований. Данная ситуация объясняется специфичностью изученной выборки с накоплением в ней прогностически наименее благоприятных случаев развития болезни.*

***Ключевые слова:*** *шизофрения, юношеский возраст, отдалённый прогноз, исход.*

***Golubev S.A.***

***SOME CLINICAL AND SOCIAL FEATURES OF YOUTH SCHIZOPHRENIA IN THE LONG-TERM FOLLOW-UP STUDY***

***Summary.*** *In research the preliminary analysis of results of the long-term follow-up study (20-25 years) of the patients with schizophrenia of youthful age, at the time of inspection who were under supervision of PND was carried out. Clinicopsychopathological, clinical follow-up, clinicoepidemiological and statistical methods, and also a psychometric method (PANSS, SANS) were applied. Results of research showed that character of a course of a disease, level of its damaging influence on the identity of patients, and also parameters of social functioning of this cohort of patients differ for the worse in comparison with results of the conducted domestic and foreign researches. Specificity of the studied cohort with accumulation in it predictively least of opportunities of a course of disease is the reason of this situation.*

***Keywords:*** *schizophrenia, youthful age, long-term follow-up, outcome.*

**Введение.** Проблема индивидуального прогноза течения и исхода шизофрении является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии. Несмотря на выявленную чёткую взаимосвязь между особенностями манифестных проявлений заболевания и различными клинико-эпидемиологическими характеристиками, свойственными для него на этапе отдалённого катамнеза [1, 4], остаётся неясным, почему при сходных продуктивных психопатологических проявлениях в острой фазе, степень прогредиентности шизофренического процесса сильно варьирует у различных пациентов. Большая часть катамнестических исследований проводились на пациентах смешанных возрастных групп, в то время как установлено, что возраст манифестации заболевания является одним из важнейших факторов, определяющих течение и исход болезненного процесса [8, 9, 15].

Высокая частота манифестации шизофрении в юношеском возрасте [6, 12], а также максимальная значимость решения вопросов индивидуального прогноза, выработки персонифицированной терапевтической тактики и реабилитационных подходов для молодых пациентов, обусловливает необходимость проведения катамнестического исследования с выявлением возможностей их клинической и социальной адаптации на отдалённых этапах развития заболевания.

**Цель исследования:** анализ ряда клинико-социальных параметров шизофрении, манифестирующей в юношеском возрасте, их корреляций с течением и исходами заболевания по результатам изучения отдалённого катамнеза (20-25 лет).

**Материалы и методы:** данная работа является частью исследования, имеющего целью изучение отдалённого катамнеза больных шизофренией посредством анализа сплошной

выборки пациентов, перенёсших первый приступ в юношеском возрасте (16-25 лет) с длительностью последующего катамнеза 20-25 лет, впервые обратившихся по поводу данного заболевания в ПНД №1 г. Москвы в период с 1990 по 1994 год.

Всего запланировано обследование 212 пациентов, которые условно разделены на 2 группы – больные, до настоящего времени находящиеся под наблюдением ПНД (с относительно менее благоприятным течением заболевания), и пациенты, в настоящее время не наблюдающиеся в ПНД (с накоплением более благоприятных случаев течения заболевания).

В данной работе представлены некоторые результаты изучения первой группы больных – 60 пациентов, из них мужчины – 34 человека (56,6%), женщины – 26 человек (43,4%).

Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический и статистический методы.

Помимо клинических методов также использовался ряд формализованных оценочных шкал для объективизированной оценки степени выраженности психопатологической симптоматики различных регистров в динамике и структуре изученных состояний - PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale for schizophrenia), SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).

**Результаты и обсуждение.** В процессе проведённого исследования были выявлены условия манифестации заболевания. Так, у 8 больных (13,3%) психоз манифестировал без предшествующего инициального этапа. В остальных наблюдениях продолжительность инициального этапа составляла от 1 года до 10 лет, причём у 41 пациента (68,3%) не превышала 4 лет. Наиболее часто (16 случаев – 26,6%) здесь имели место психопатоподобный и неврозоподобный (14 случаев – 23,3%) типы инициального этапа. С одинаковой частотой (по 8 пациентов – 13,3%) можно было говорить о существовании инициального этапа с преобладанием негативных расстройств и паранойяльного типа инициального этапа. Аффективный тип инициального этапа, характеризовавшийся преобладанием развития субдепрессий с дисфорией и слабой выраженностью тимического компонента, отмечался у 6 больных (10,0%).

Манифестное психотическое состояние у больных в 32 случаях (53,3%) определялось галлюцинаторно-бредовой и параноидной симптоматикой, в 12 случаях (20,0%) – аффективно-бредовыми расстройствами, у 16 пациентов (26,7%) – кататоно-бредовыми проявлениями, что отличается от данных современных исследований [4] и отражает накопление в изученной когорте признаков неблагоприятного течения шизофрении.

На основании изучения характера течения заболевания за катамнестический период было установлено, что в 3 случаях (5% больных) первый приступ был единственным, то есть имел место однoприступный тип течения. В большинстве же случаев (28 пациентов – 46,6%) отмечалось прогредиентное течение заболевания, характеризовавшееся постепенным утяжелением и усложнением психопатологической картины повторных приступов. При течении заболевания по типу «клише» (17 пациентов - 28,3%) у больных не отмечалось существенного видоизменения клинической картины последующих приступов. У 12 больных (20%) отмечался переход заболевания к хроническому течению.

После первого перенесённого психотического эпизода всем пациентам был рекомендован приём поддерживающей терапии и регулярное посещение ПНД; при этом, лишь 18 пациентов (30%) оказались комплаентыми, остальная часть больных прекратила приём поддерживающей терапии в течение 12 месяцев после первой выписки из психиатрического стационара. Столь низкие показатели связаны, по всей видимости, со свойственным юношескому возрасту негативизмом и отрицательными установками в отношении любых врачебных вмешательств.

Сходные закономерности были обнаружены и при анализе длительности первой ремиссии – её продолжительность была менее года в 28,3% случаев (17 пациентов), от 1 года до 3-х лет в 31,6% (19 пациентов), от 3-х до 5-ти лет в 15% случаев (9 человек), от 5-ти до 8-ми лет в 10% случаев (6 человек). Кроме того, в 10% случаев (6 человек) отмечался переход к непрерывному течению непосредственно после первого приступа без формирования ремиссии, и лишь в 5% случаев (3 пациента), как было сказано выше, психотический приступ

был единственным с последующим становлением интермиссии. Данные показатели отличаются в худшую сторону в сравнении с большинством данных, приводимых в современных отечественных и зарубежных источниках [2, 3, 4, 14], что связано с накоплением в изученной группе пациентов с наименее благоприятными сценариями развития заболевания.

В целом, можно говорить о том, что пик интенсивности приступообразования в изученной когорте пациентов приходился на 3-й – 5-й год катамнестического наблюдения, после чего происходило постепенное снижение частоты развития повторных психотических состояний.

В процессе оценки количества повторных приступов в изученной когорте было выявлено, что в 41,6% случаев (25 больных) число повторных приступов составляло от 1 до 5-ти, в 28,3% случаев (17 больных) отмечалось 6-10 приступов и 30% больных (18 человек) имели свыше 11 приступов, в эту группу были отнесены как больные, ремиссии у которых были нестойкими и характеризовались наличием резидуальной психотической симптоматики, так и пациенты, течение заболевания у которых приобрело непрерывный характер. Необходимо отметить, что повторные психотические эпизоды в 90% случаев сопровождались госпитализациями в психиатрический стационар, и лишь в 10% были купированы на амбулаторном этапе, что в целом связано со стационар-ориентированными подходами к терапии эндогенной психической патологии, до недавнего времени бытовавшими в нашей стране.

При оценке уровня образования и социально-трудового статуса больных на момент катамнеза установлено, что большинство смогли получить лишь среднее общее (15 человек – 25,0%) или среднее специальное (20 человек – 33,3%) образование. Незаконченное высшее образование имелось у 17 пациентов (28,3%), и лишь 8 человек получили высшее образование (13,3%). При этом лишь 3 пациентов (5%) занимали должности, соответствующие полученному уровню образования, и 4 человека (6,6%) работали в соответствии с полученным средним специальным образованием. У ряда больных (6 человек – 10%) деятельность была связана с работой, не требующей специальной квалификации, и большая часть пациентов (47 человек – 78,3%) не работали. Инвалидность различных групп была определена у 50 пациентов (83,3%). Данный показатель существенно выше, чем в целом для лиц, наблюдающихся в ПНД №1 (62,4%), а также выше, чем показатель для Российской Федерации в целом (63,2%) [5]. Полученные сведения также подтверждают факт накопления в изученной выборке случаев наиболее неблагоприятного течения заболевания.

Данные о семейном положении этих больных также достаточно четко свидетельствуют о низком уровне их социальной адаптации: только 6 человек (10% состояли в браке), 12 пациентов (20%) были разведены, а 42 больных (70%) никогда не вступали в брак.

При оценке степени выраженности негативных расстройств на момент катамнеза нами применялись шкалы PANSS (негативная подшкала) и SANS. Однако следует отметить, что исключительно формализованный подход к оценке дефицитарной симптоматики, по нашему мнению, а также в соответствии с позицией ряда современных исследователей [7, 13] не является достаточным, поскольку не коррелирует с бытующей в настоящее время концепцией о подразделении негативной симптоматику на первичную (связанную с болезнью) и вторичную (обусловленную побочными эффектами проводимой нейролептической терапии, депрессивными расстройствами, резидульной продуктивной симптоматикой и т.д.). Таким образом, существующие шкалы не позволяют учитывать влияние принимаемой пациентом терапии на степень выраженности негативных расстройств и взаимосвязь редукции продуктивной и дефицитарной симптоматики. Необходимо отметить, что в изученной когорте пациентов 50 человек (83,3%) на момент обследования постоянно принимали поддерживающую терапию, которая, несомненно, оказывала влияние на их повседневное функционирование и степень выраженности вторичных негативных расстройств.

В целом, можно говорить о необходимости дальнейшей разработки методологической модели, которая позволит сепарировать проявления негативных расстройств и оценивать их как изолированно, так и во взаимодействии с имеющейся на момент обследования симптоматикой иных регистров.

Средний общий балл по шкале PANSS составил 64,4±6,2; негативная суб-шкала 25,8±3,4. Соотношение суммарных показателей позитивной, негативной подшкал, подшкалы общей психопатологии и общего балла шкалы было таково: общий показатель позитивной подшкалы составлял 27,3 %, негативной подшкалы – 40,2 %, общей психопатологии – 31,4 % от общего показателя шкалы PANSS.

В процессе оценки негативных расстройств по шкале SANS средний общий балл составил 62,4±16,6, при этом средние значения кластера аффективного уплощения были равны 21,3±5,2, кластера алогия (бедность речевой продукции) 11,4±4,7, данные по кластеру абулия-апатия были несколько выше средних значений и составили 10,2±3,8, в кластере ангедония-асоциальность они были равны 11,0±3,9, и в кластере, оценивающем нарушения внимания – 6,2±1,2.

Таким образом, обследованные пациенты продемонстрировали высокие показатели в основном по негативной подшкале PANSS, а также по шкале SANS. Полученные значения превышают показатели, описанные в различных исследованиях на сплошной выборке пациентов, страдающих шизофренией, обследованных на этапе катамнеза [10, 11, 14], что подтверждает данные о накоплении в изученной когорте неблагоприятных случаев течениия заболевания, полученные в процессе клинического обследования.

В процессе суммарной клинико-социальной оценки общего состояния пациентов на момент катамнеза, обозначенной как «исход» [4] было установлено с высокой степенью статистической достоверности ($p<0,01$), что в данной группе пациентов наиболее часто встречались «относительно неблагоприятный» и «неблагоприятный» уровни исходов (38,2% и 25,4%, соответственно). При этом, «относительно благоприятный» исход был зафиксирован в 27,2% случаев, благоприятный исход – лишь в 9,2% случаев ($p<0,05$).

Если говорить о структуре дефицитарных расстройств у изученных пациентов в целом, на первый план выходили негативные изменения в виде снижения эмоциональности, падения психической продуктивности, нарастания аутизации, отмечался нарастающий когнитивный дефицит. В процессе течения заболевания происходило резкое сужение круга интересов, больные утрачивали прежние связи, знакомства, становились пассивными, существенно снижалась способность к восстановлению адекватной социально - трудовой адаптации.

Более детальное клиническое описание и дифференциация типов дефектного состояния у изученных больных является предметом отдельного объёмного обсуждения и будет представлено в следующих сообщениях.

**Выводы:** предварительные результаты исследования показали, что характер течения шизофрении, манифестирующей в юношеском возрасте, уровень альтернирующего влияния заболевания на личность пациентов, а также параметры социального функционирования данной когорты больных отличаются в худшую сторону в сравнении с результатами проводившихся отечественных и зарубежных исследований. Данная ситуация объясняется, по всей видимости, патопластическим и патогенетическим влиянием возраста манифестации заболевания, а также накоплением в изученной группе прогностически наименее благоприятных случаев развития болезни, при которых пациенты на протяжении многих лет вынуждены получать помощь врачей-психиатров ПНД.

Продолжение данного исследования, изучение группы пациентов с более благоприятными вариантами развития болезни позволит всесторонне изучить обширный спектр клинико-эпидемиологических параметров течения заболевания на репрезентативном материале, отражающем особенности всего контингента пациентов.

**Литература**

1. Абрамова Л.И. Приступообразная шизофрения (вопросы дифференциации, клинико-динамические и прогностические аспекты) : Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – М., 1996. – 43 с.
2. Волкова И.П. Первый психотический эпизод: клинико-катамнестическое исследование // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – N 4. – С. 90-92.

3. Гурович И.Я. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / И.Я. Гурович, Шмуклер А.Б. – М. : МЕДПРАКТИКА-М, 2010. – 543 с.
4. Каледа В. Г. Приступообразные эндогенные психозы манифестирующие в юношеском возрасте – закономерности течения и исхода (клинико-катамнестическое исследование) / В.Г. Каледа // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 9. – С. 11-23.
5. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.) / И. Я Гурович [и др.]. – М.:МЕДПРАКТИКА-М,2007. – 571 с.
6. Ротштейн В.Г. Шизофрения: возраст больных к периоду начала заболевания / В. Г. Ротштейн // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2014. – №12. – С. 23-30.
7. Смулевич А. Б. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование / А.Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.А. Бескова // Журн. неврол. и психиатр. им С.С.Корсакова. – 2007. – № 5. – С. 4-15.
8. Снежневский А. В. Клиническая психопатология. – В кн.: Руководство по психиатрии в двух томах. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – С. 16-96.
9. Шацберг А.Ф. Руководство по клинической психофармакологии / А.Ф. Шацберг, Д.О. Коул, Ч. ДеБаттиста – МЕДпресс, 2013. – 608 с.
10. Long-term course of adolescent schizophrenia / Chr. Fleischhaker [et al.] // Schizophrenia Bull. – 2005. – № 31 (5). – P. 769-780.
11. McGorry P.D. Diagnosis and the staging model of psychosis. The recognition and management of early psychosis / H.J. Jackson, P.D. McGorry (Eds.). –Cambridge University Press, 2010. – p. 17–27.
12. Neighbourhood-level effects of psychoses: re-examining the role of context / Kirkbride J. [et al.] // Psychological Medicine. – 2007. – № 37. – P. 1413-1425.
13. Remission criteria for schizophrenia: evaluation in a large naturalistic cohort/ M. DeHert [et al.] // Schizophr Res. – 2007. – 9№ 2. – P. 68-73.
14. Ritsner M.S. Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders / M.S. Ritsner, A. Lisker, A. Grinshpoon // Psychiatry Clin Neurosci. – 2014 Apr. – № 68(4). – P. 308-317.
15. Wobrock T. Innovative treatment approaches in schizophrenia enhancing neuroplasticity: aerobic exercise, erythropoetin and repetitive transcranial magnetic stimulation / T. Wobrock, A. Hasan, P. Falkai // Current Pharmaceutical Biotechnology. – 2012. – 13(8). – P. 1595-1605.