

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

На правах рукописи

Румянцев Андрей Олегович

**Аттенуированная психотическая симптоматика в
структуре юношеских депрессий**

(клинико-психопатологические, клинико-патогенетические и
прогностические аспекты)

Специальность: 14.01.06. – психиатрия (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук
В.Г.Каледа

Москва – 2018

Оглавление

Введение.	5
Глава 1. Обзор литературы.	16
Глава 2. Характеристики материала и методы исследования.	33
2.1. Критерии отбора.....	34
2.2. Общая характеристика материала.....	35
2.3. Методы исследования.....	37
Глава 3. Общая характеристика и клинико-типологическая дифференциация юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой.	42
3.1. Клинико-психопатологическая характеристика депрессий.....	42
3.2. Клинико-психопатологическая дифференциация депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой.....	44
3.2.1. Аттенуированная психотическая симптоматика с преобладанием элементов бредовых расстройств (I тип).....	46
3.2.2. Аттенуированная психотическая симптоматика с элементами кататонической дезорганизации (II тип).....	49
3.2.3. Аттенуированная психотическая симптоматика с шизоформными расстройствами мышления (III тип).....	50
3.3. Соотношение разновидностей депрессий и аттенуированной психотической симптоматики.....	50
3.4. Взаимосвязь временных соотношений и степени выраженности АПС и депрессивной симптоматики.....	56
Глава 4. Особенности течения юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой (по данным 5-ти летнего катамнеза).	65
4.1. Особенности течения инициального этапа.....	65
4.2. Социально-трудовые характеристики больных на момент развития депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой.....	70
4.3. Особенности течения и исхода заболевания по данным 5-ти летнего катамнеза.....	74

4.4 Интегративная оценка исходов на момент катамнеза.....	86
4.5 Нозологическая оценка на момент поступления и катамнеза.....	92
Глава 5. Клинико-патогенетические корреляции, вопросы прогноза и нозологической оценки.....	99
5.1 Оценка преморбидного этапа.....	99
5.1.1. Особенности наследственной отягощенности.....	99
5.1.2. Характеристики ранних этапов развития.....	101
5.1.3 Особенности протекания детских возрастных кризовых периодов.....	103
5.1.4 Характеристика экзогенных факторов детского возраста.....	107
5.1.5 Преморбидный склад личности.....	108
5.2 Результаты клинико-биологических методов исследования.....	109
5.2.1. Клико-иммунологические особенности юношеской депрессией с АПС....	109
5.2.2. Нейрофизиологические особенности юношеской депрессией с АПС.....	112
5.2.3 Особенности нейропсихологического профиля больных юношеской депрессией с АПС.....	119
5.3 Результаты экспериментально-психологического исследования.....	123
Глава 6. Особенности терапевтической и социально-реабилитационной тактики.....	133
Заключение.....	145
Выводы.....	164
Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.....	168
Список литературы.....	169
Приложение.	194
Истории болезни.....	194
Шкалы.....	235

Список сокращений

АПС - аттенуированная психотическая симптоматика

БАР – биполярное аффективное расстройство

ВП – вызванные потенциалы

ГАМК -гамма аминокислотная кислота

ЛП -латентный период

ЛЭ - лейкоцитарная эластаза

МДП – маниакально-депрессивный психоз

МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

МРТ – магнитно-резонансная томография

НЦПЗ – Научный Центр Психического Здоровья

ОБМ - основной белок миелина

ПАВ - психо-активные вещества

РАН – российская академия наук

РДР – реактивное депрессивное расстройство

СДВГ - синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

ЦНС – центральная нервная система

ЭЭГ – электроэнцефалография

ЮАН – юношеская астеническая несостоятельность

α_1 -ПИ - α_1 -протеиназный ингибитор

DSM-5 - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

HDRS - Hamilton Rating Scale for Depression

PAS - Premorbid Adjustment Scale

PSP - Personal and Social Performance scale

SOPS - Scale of Prodromal Symptoms

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

В настоящее время одной из актуальных проблем современной психиатрии является изучения ранних этапов эндогенных психических расстройств с целью разработки критериев и инструментов раннего распознавания, дифференциально-диагностической и нозологической оценки при первичном обращении за медицинской помощью. Это представляется особенно важным в юношеском возрасте, так как этот возрастной период является в равной степени кризовым как для начала аффективных расстройств [Олейчик И.В., 2011; Richmond T., 2005; Fassler D., 2006], так и для манифестации эндогенных психозов шизофренического спектра [Ротштейн В.Г., 2014; Davidson. et al., 2005; Lauronen E., 2007]. В последние десятилетия в психиатрической литературе сформулирована концепция «критического» периода, который включает первые 2-5 лет с момента начала заболевания, когда формируются основные закономерности течения заболевания, что стало обоснованием для создания долгосрочных специализированных программ для пациентов с впервые выявленными психотическими симптомами [Henry L.P., Harris M., Amminger P. et al., 2007; Birchwood M. et al., 1999, 2010]. Имеется тенденция к объединению усилий международного психиатрического сообщества с целью выработки новых подходов для лечения таких пациентов [Lewis S., 2002; McGorry P. et al., 2007; Saraceno B. et al., 2007]. Центры по раннему вмешательству были открыты вначале в Мельбурне, и вскоре распространились по всему миру (Европе, Северной Америке и Азии) [Edwards J. et al., 2002]. На сегодняшний день существует ряд программ по терапевтическому вмешательству на ранних этапах с различной интенсивностью и продолжительностью лечения, которые сосредоточены на специфических нуждах пациентов и их семей.

Исследователи обратили внимание на крайне высокую коморбидность аффективных расстройств, кратковременных и ослабленных симптомов

психотического регистра, т.н. «аттенуированных»* психотических симптомов [van Os J. et al., 1998; Yung A. et al., 2009; Kelleher I. et al., 2012]. Установлено, что депрессивная симптоматика часто встречается на ранних этапах шизофрении, более того, она может иметь самостоятельное значение и знаменовать собой начало инициального этапа [Кравченко Н.Е., 2009; Сергеева О.Е., 2012; Андриенко Е.В., Платонова Т.П., Тиганов А.С., 2014; Hafner H. et al., 1999; Schultze-Lutter F., 2007; Kelleher I., 2012]. В ряде проспективных исследований было установлено, что риск развития психотического заболевания выше у лиц с сочетанием аттенуированных психотических и аффективных симптомов [Hafner H. et al, 2005; Boks M. et al., 2007]. Кроме того, такое сочетание является предиктором худшего социального исхода [Perlis R. et al., 2011; Wigman J. et al., 2014].

Отсутствие общепринятой дефиниции аттенуированных психотических симптомов, понимания их роли в структуре депрессий при эндогенных аффективных заболеваниях, а так же на инициальном этапе расстройств шизофренического спектра, приводит к необходимости тщательного изучения патогенеза и патокинеза аффективных и аттенуированных психотических симптомов с учетом патопластического влияния юношеского возраста. Все это обуславливает необходимость совершенствования системы ранней диагностики и прогноза психических заболеваний обозначенного круга.

Разработанность проблемы исследования

К настоящему времени аттенуированная психотическая симптоматика рассматривается изолированно, вне связи с другими психопатологическими симптомами, чаще при скрининговых исследованиях общей популяции. Получены противоречивые данные о значительных различиях в частоте встречаемости аттенуированных психотических симптомов в зависимости от возрастного периода. Так, в детском возрасте аттенуированные психотические симптомы встречались у каждого 10 ребенка [Schimmelmann B., Walgner P., Schultze-Lutter F., 2013], а при интервьюировании взрослого населения (16-40

* Аттенуированный от англ. attenuated – ослабленный, смягченный

лет) встречаемость значительно ниже и составляет всего 2% [Schimmelmann B., Michel C. et al., 2011]. Имеются данные о гораздо более высокой частоте их представленности в структуре аффективных расстройств [Кравченко Н.Е., 2009; Сергеева О.Е., 2012; Schultze-Lutter F., 2007; Kelleher I., 2012]. Однако эти результаты получены преимущественно при ретроспективных исследованиях, чаще заболеваний шизофренического спектра, поэтому экстраполировать полученные данные на все юношеские депрессии не представляется правомочным.

В современной зарубежной литературе [Yung A., 2000; Klosterkötter J., 2001; Schultze-Lutter F., 2007; Zuckerbrot R.A. et al., 2007; Woodberry K. et al., 2016] при изучении аттенуированной психотической симптоматики исследователи ограничиваются преимущественно так называемыми "объективными" методиками (шкалами, опросниками, интервью), игнорируя клинико-психопатологический метод и нозологическую оценку заболевания в целом. В то же время отечественным работам, отличающимся тщательным психопатологическим анализом, не хватает мультимодальности, корреляции полученных результатов с биологическими параметрами. В настоящее время аттенуированные психотические симптомы определяются как симптомы, подобные психотическим, которые не достигают уровня развернутого психоза, отличаются сохранением определенного критического отношения к ним и в достаточной степени субъективно определяются пациентом; включающие в себя симптомы, отличающиеся от нормальных психических феноменов, но не достигающие степени истинных психотических, возникающие по меньшей мере один раз в неделю на протяжении последнего месяца и симптомы психотического уровня, продолжающиеся несколько минут, но не более часа, до 4-х раз в неделю на протяжении последних 3-х месяцев [Miller T., 2002; Woodberry K. et al., 2016]

Однако для понимания патогенетических истоков их возникновения, биологической природы, связи с аффективным симптомокомплексом, прогностической роли в течении заболевания, требуется квалифицировать крайне полиморфную группу аттенуированной психотической симптоматики на

основании современных клинико-психопатологических знаний о механизмах шизофренического бредаообразования, различий в структуре бреда, развития перцептивных обманов восприятия, патогномоничных расстройств мышления и дезорганизации психических функций.

Таким образом, отсутствие единого подхода к ведению больных с юношескими депрессиями с аттенуированной психотической симптоматикой, неразработанность ее клинической типологии, четких, структурированных терапевтических подходов, обоснованных сроков проведения терапии, а также условий ее прекращения, приводит к необходимости проведения тщательного клинико-психопатологического анализа и дифференциальной диагностики таких состояний и разработке тактики и курации.

Цель исследования

Выявление клинико-психопатологических и клинико-патогенетических параметров аттенуированной психотической симптоматики (АПС) в структуре юношеских депрессий, их взаимовлияния на аффективные расстройства для раннего распознавания, предикции дальнейшего течения, нозологической диагностики и систематизации, а также совершенствования терапевтических подходов.

Задачи исследования

1. Выявить клинико-психопатологические особенности аттенуированной психотической симптоматики в структуре юношеских депрессий с учетом патопластической роли возрастного фактора.
2. Разработать клиническую типологию аттенуированной психотической симптоматики при депрессиях юношеского возраста.
3. На основании клинико-катамнестической части исследования уточнить дифференциально-диагностические и прогностические критерии оценки течения юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой.

4. Изучить клинико-патогенетические характеристики, условия формирования аттенуированной психотической симптоматики в структуре депрессий юношеского возраста.
5. Разработать предпочтительные терапевтические стратегии в отношении психофармакотерапии и социо-реабилитационных мероприятий в рамках указанных состояний.

Объект исследования

Юноши 16-25 лет, госпитализированные в психиатрический стационар с депрессивным состоянием, в структуре которого выявлялись аттенуированная психотическая симптоматика. Нозологическая принадлежность указанных больных оценивалась в рамках непсихотических психических расстройств: циклотимии (по формализованным критериям МКБ 10: биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4), депрессивный эпизод (F32 (кроме F32.3)), рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0, F33.1, F33.2), хроническое расстройство настроения (F34.)), декомпенсация расстройств личности (по МКБ 10 - F60); и шизотипическое расстройство (по МКБ 10 - F21).

Предмет исследования

Юношеские депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой.

Общая гипотеза

Аттенуированная психотическая симптоматика, возникающая в структуре депрессивного эпизода в юношеском возрасте, является важным прогностическим фактором, свидетельствующим о неблагоприятных тенденциях течения заболевания.

Частные гипотезы

Своевременная психофармакотерапия оказывает модифицирующее влияние на течение заболевания и отчетливо улучшает клинико-социальный прогноз.

Больных с юношеской депрессией с аттенуированной психотической симптоматикой необходимо относить к группе риска по манифестации шизофрении.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: базовые положения о патопластическом и патогенетическом влиянии юношеского возраста как комплексного психобиологического фактора на течение и клинику эндогенных депрессий в работах Вертоградовой О.П. с соавт., 1982; Цуцульковской М.Я. с соавт., 2000; Мазаевой Н.А. с соавт., 2008; Олейчика И.В., 2010; Каледы В.Г. 2015; Remschmidt H., 1994; Rohde P., 2009. Работы, посвященные проблеме аттенуированных психотических симптомов [Скугаревская М.М., 2014; Gross G., Huber G., 1987; Van der Heiden W., Hafner H., 2000; Schultze-Lutter F. et al., 2010].

Методы исследования

- клинико-психопатологический;
- клинико-катамнестический;
- психометрический;
- нейропсихологический;
- патопсихологический (экспериментально-психологический);
- клинико-иммунологический;
- нейрофизиологический (ЭЭГ);
- нейровизуализационный (МРТ);
- статистический

Основные положения, выносимые на защиту

1. Юношеские депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой феноменологически гетерогенны, демонстрируют различия в структуре психотической и аффективной симптоматики.

2. Появление аттенуированной психотической симптоматики в структуре юношеских депрессий является неблагоприятным прогностическим фактором.

3. Назначение персонифицированной психофармакологической терапии и социореабилитационной помощи при юношеских депрессиях с аттенуированной психотической симптоматикой должно проводиться с учетом психопатологической структуры как депрессивной, так и аттенуированной

психотической симптоматики, с учетом психобиологических особенностей юношеского возраста.

Экспериментальная база исследования

Группа психических расстройств юношеского возраста (руководитель – д.м.н. В.Г.Каледа) отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – академик РАН, проф. А.С. Тиганов) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» ФАНО (директор – профессор Т.П. Ключник).

Характеристика выборки пациентов

Общее количество обследованных – 140 больных, которые составили 2 группы – клиническую и катамнестическую. В состав клинической группы вошло 84 больных юношеского возраста. Катамнестическая группа представлена 56 больными, перенесшими в юношеском возрасте депрессию с АПС.

Критерии включения: возникновение депрессивного эпизода с аттенуированной психотической симптоматикой в юношеском возрасте (16-25 лет) в рамках следующих нозологий: эндогенное аффективное расстройство (биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4), депрессивный эпизод (F32, кроме F32.3), рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0, F33.1, F33.2), хроническое расстройство настроения (F34.)), расстройство личности (F60); и шизотипическое расстройство (F21), длительность наблюдения для катамнестической группы не менее 5 лет, что позволяет оценить течение заболевания и его функциональный исход.

Критерии исключения: В исследование не включались пациенты с психотическим эпизодом (соответствующие критериям по МКБ-10: F20, F23, F25, F31.5, F32.3, F33.3) в анамнезе, выраженной негативной симптоматикой, наличием сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

Репрезентативность материала, комплексная методика обследования, включающая клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, нейрофизиологический, клинико-биологический и

статистический методы обеспечивают достоверность научных положений и выводов.

Научная новизна исследования

Впервые проведено клинико-психопатологическое исследование контингента больных юношеского возраста с аттенуированной психотической симптоматикой в структуре депрессивного эпизода, в результате которого выявлена феноменологическая гетерогенность данных состояний. Разработана их оригинальная прогностически значимая типология с выделением трех типов аттенуированной психотической симптоматики в структуре юношеской депрессии по ведущему психопатологическому компоненту (бредовые расстройства, кататонические включения, когнитивные нарушения), при этом первый тип разделен на два подтипа, по механизму бредообразования. Установлены закономерности течения и исхода на момент 5-ти летнего катамнеза юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой. Впервые получены данные о том, что аттенуированная психотическая симптоматика, возникающая в структуре юношеских депрессий, является прогностически неблагоприятным фактором. Определены особенности данных состояний, выявляемые параклиническими методами обследования – нейрофизиологическими, нейровизуализационными, лабораторными, а так же патопсихологическим и нейропсихологическим методами обследования. Разработаны основы персонифицированной психофармакологической помощи, а так же социальной реабилитации данного контингента больных.

Теоретическая значимость исследования

Настоящее исследование в силу своего мультидисциплинарного характера направлено на выявление не только клинических и клинико-психопатологических, но и патогенетических параметров аттенуированной психотической симптоматики, развивающейся в структуре юношеских депрессий. Использование мультимодального подхода с учетом представленной клинической типологии является перспективным для выявления природы состояния и уточнения механизмов его патогенеза и патокинеза. Поставленные

задачи основаны на проспективном и ретроспективном подходах, предусматривающих проведение дифференциально-диагностической и нозологической оценки на ранних этапах психических заболеваний. Подтверждены полученные в ходе предыдущих работ данные о высоком риске манифестации психотических заболеваний в данной когорте больных. Настоящее исследование вносит вклад в разработку четких диагностических критериев, позволяющих с высокой степенью достоверности прогнозировать манифестацию психоза, осуществить раннее распознавание наступающего психотического расстройства, определить клинические и психобиологические маркеры оценки индивидуального риска развития психоза с перспективой создания так называемых «калькуляторов психотического риска», а также выявить протективные факторы в отношении манифестации психоза на основании полученных данных об отсрочке или полном предотвращении его возникновения.

Практическая значимость исследования

Полученные результаты способствуют созданию единого подхода к ведению юношеских депрессий с аттенуированными психотическими симптомами с учетом худшей, чем у больных зрелого возраста, переносимости психофармакотерапии, а также психологических особенностей больных юношеского возраста, в первую очередь присущего им негативизма, непринятия авторитетов, легкомысленного отношения к заболеванию с недостаточной критикой к состоянию. Установлено влияние на эффективность терапии таких факторов, как степень выраженности аттенуированной психотической симптоматики, представленность депрессивных нарушений, уровень снижения преморбидного функционирования, а также наличия наследственной отягощенности. Описаны основные подходы к этапности проведения психофармакотерапии с установлением препаратов первого выбора на этапах купирующей и поддерживающей терапии. Обоснована необходимость назначения препаратов различных фармакологических классов и предложены оптимальные их дозировки в пересчете на международно принятые эквиваленты.

Представлены основные подходы для повышения приверженности терапии. Установлено, что наибольшее значение в формировании низкой комплаентности имеет общее негативное отношение к медикации, также немаловажную роль играют психопатологические особенности больных, не позволяющие сформировать адекватную внутреннюю картину болезни. Сопутствующее дискредитирующее влияние на комплаенс оказывает неадекватное отношение ближайших родственников и возникающие в связи с этим трудности в создании терапевтического альянса. Знание особенностей формирования комплаенса у больных определяет необходимость проведения дополнительных реабилитационных мероприятий как для самого больного, так и для его окружения, способствующих проведению успешной профилактики заболевания.

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследования изложены в 24 научных публикациях, 8 статей опубликованы в рецензируемых научных журналах. Основные положения диссертации представлены на конференциях: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?», Санкт-Петербург, май 2014; XII Всероссийская школа молодых психиатров. 19-24 апреля, Суздаль, 2015; XVI Съезд психиатров России Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», Казань. 2015; Конференция, посвященная 111-летию со дня рождения А.В. Снежневского, Москва, 2015; III Всероссийская школа молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием «Шизофрения: Настоящее, взгляд в будущее», г. Кострома 22-24 апреля 2016; Всероссийская научно-практическая конференция психиатров «Психиатрия – любовь моя!», Ростов-на-Дону, 23-24 сентября 2016; «Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции» - Екатеринбург 2017 г.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования нашли применение в практической работе филиалов ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева «Психоневрологический диспансер №1», «Психоневрологический диспансер №24», «Психоневрологический диспансер №13».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 255 страницах машинописного текста (основной текст 193 страницы, приложение 62 страница) и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 273 наименования (из них отечественных - 96, иностранных - 177). Приведено 30 таблиц, 15 рисунков, 4 клинических наблюдения, 4 психометрические шкалы, использованные для объективной оценки состояния больного на различных этапах развития юношеской депрессии с АПС (PAS, PSP, SOPS, HDRS) и образец карты больного, в который вносились полученные сведения, и которые, наравне с выпиской из истории болезни, использовались при последующей работе с полученными данными.

ГЛАВА I

Обзор литературы

О крайней значимости юношеского возраста как основного этапа онтогенеза, в течение которого происходит завершение физического и психологического созревания, окончательное формирование функциональных систем организма, становление эмоциональных реакций и определение личностных черт, упоминали многие как отечественные, так и зарубежные авторы [Вертоградова О.П. с соавт., 1982; Цуцуйковская М.Я. с соавт., 2000; Мазаева Н.А. с соавт., 2008; Каледа В.Г. 2009; Remschmidt H., 1994; Rohde P., 2009]. Возрастная активная сомато-эндокринная и, как следствие «гормональной бури», психоэмоциональная перестройка организма создает почву для развития психической патологии, которая зачастую представлена аномалиями аффективного спектра [Владимирова Т.В., 1987; Тиганов А.С., 1999; Копейко Г.И. с соавт., 2007; Brent D. et al., 2008; Lewis C. et al., 2009]. Исследователями подчеркивалась значительная атипичность юношеских депрессий [Цуцуйковская М.Я. с соавт., 2003; Олейчик И.В., 2011; Birmaher B. et al., 2004; Zuckerbrot R. et al., 2007] с широкой представленностью наряду с аффективной симптоматикой психопатологических расстройств иного регистра – когнитивных, психопатоподобных, сверхценных, обсессивно-компульсивных, тревожно-фобических, сенесто-ипохондрических. Кроме того, подчеркивалось, что для депрессий юношеского возраста характерна негармоничность, а временами и отсутствие классической депрессивной триады с парадоксальным сочетанием различных компонентов депрессивного аффекта: апатии и дисфории, тоски и безразличия, страха и скуки [Озерецковский С.Д., 1990; Цуцуйковская М.Я. с соавт., 2000; Rao U. et al., 2009], слабой выраженностью двигательной заторможенности [Владимирова Т.В., 1987], близостью психопатологической картины к проявлениям «пубертатного криза» с лабильностью, стертой аффекта, конфликтностью, оппозицией, тяготением к разрушению привычных стереотипов, повышенной фиксацией на своем физическом и психическом «Я»,

склонностью к болезненному самоанализу [Цуцельковская М.Я.. 1967; Этингоф А.М., 2004; Олейчик И.В., 2007; Parker G. Et al., 2001].

Юношеский возраст в равной степени является кризовым как для начала аффективных расстройств [Олейчик И.В., 2011; Richmond T., 2005; Fassler D., 2006], так и патогномичным для манифестации эндогенных психозов шизофренического спектра [Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., 1979; Ротштейн В.Г., 2014; Davidson et al., 2005; Lauronen E., 2007].

В силу указанных особенностей депрессий юношеского возраста установление их нозологической принадлежности является сложной, но необходимой для решения задач. Одним из ведущих методов остается синдромальная классификация с выделением ведущего расстройства и устойчивых сочетаний симптомов для проведения адекватной диагностики, прогностической оценки и разработки оптимальных терапевтических подходов [Вертоградова О.П. с соавт., 1982; Лекомцев В.Т., с соавт., 2000; Кравченко Н.Е., 2006; Lewis C., Simons A., 2009].

Исследователями выявлена крайне высокая коморбидность аффективных расстройств и субклинических симптомов психотического регистра [van Os J. et al., 2000; Yung A. et al., 2009; Kelleher I. et al., 2012]. Проведенные в последнее время эпидемиологические исследования также подтвердили частую корреляцию между аффективными и слабовыраженными психотическими симптомами [Armando M. et al., 2010; Varghese D. et al., 2011]. Так, при изучении психогенно спровоцированных депрессий у шизотипических личностей авторами подчеркивалось наличие крайне нестойких шизоформных симптомов, развивающихся наряду с аффективной симптоматикой [Корнетов Н.А., 1993], и редуцирующихся еще до завершения депрессивной фазы [Беляков М.И., 1959], подобное сочетание симптомов исследователи наблюдали и при изучении доманифестных стадий эндогенного процесса [Абаскулиев А.А., 1958; Шумаков В.М., 1966]. Установлено, что депрессивная симптоматика часто встречается на ранних этапах шизофрении и шизоаффективного психоза [Каледа В.Г. 1998, 2008; Кравченко Н.Е., 2009; Андриенко Е.В., Платонова Т.П., Тиганов А.С., 2014;

Hafner H. et al., 1999; Schultze-Lutter F., 2007; Kelleher I., 2012], и может знаменовать собой начало инициального этапа. В современных исследованиях подчеркивается взаимосвязь между осознанием пациентом собственной измененности по мере течения эндогенного процесса уже на доманифестных этапах и высокой частотой формирования депрессивных состояний [Германова К.Н., 2017; Staring A. et al., 2009; Delaney C. et al., 2012]. В частности, встречаемость реактивно спровоцированных депрессий у пациентов с расстройствами шизофренического спектра составляет от 29-43% [O'Hare T. et al., 2013] до 30-70% [Young E., et al., 2004] по сравнению с 3-5% в общей популяции [Buckley P. et al., 2009]. Исследователями было установлено, что в психопатологической структуре стресс-индуцированных депрессий у лиц с шизотипическим расстройством помимо аффективных расстройств развиваются отдельные симптомокомплексы шизофренического круга (бредовые вспышки, псевдогаллюцинаторные симптомы) [O'Hare T. et al., 2013].

В свою очередь ретроспективные исследования больных с различными формами шизофрении подтверждают крайне высокую частоту аффективных расстройств на инициальном этапе эндогенного процесса. Так, при изучении больных с юношеской злокачественной шизофренией Л.Г. Пекунова (1974), как и больных с параноидной шизофренией [Цуцульковская М.Я. 1967] во всех случаях на инициальном этапе выявила аффективные расстройства, которые можно квалифицировать как атипичные стертые депрессии, реже – как нарушения аффекта биполярно-континуального характера. Сходные аффективные расстройства обнаруживались и у больных с юношеской приступообразной шизофренией [Цуцульковская М.Я. с соавт., 1977]. Gross G., Huber G. (1987) сообщали о наличии депрессии с беспокойством, ангедонией, потерей интереса и погруженностью в свои переживания за несколько недель до манифеста психоза. О.А. Борисова (1989) при изучении доманифестных состояний у больных аффективным психозом в 42,4% случаев установила аутохтонную аффективную лабильность, в то время как реактивная лабильность в своеобразном аффективном типе реагирования встречалась у 70,4% пациентов.

По данным А. Koreen (1993) депрессивные расстройства встречаются в 81% случаев на инициальном этапе у больных с первым приступом шизофрении, при этом клинически значимая депрессия диагностировалась в 22% наблюдений. Л.Г. Мовина (2007), изучая особенности течения доманифестного этапа у больных шизофренией, в 73,3% случаев выявила аффективные расстройства. Аналогичные данные получены и другими исследователями в последние годы [Мазаева Н.А., 2008; Каледа В.Г., 2009; Андриенко и др., 2014; Choi J. et al., 2009]. Н.К. Демчева (2015) выявила, что на инициальном этапе шизофрении в 51,2% случаев имеют место изолированные эмоциональные расстройства в виде снижения интереса, эмоциональной сопричастности, сопереживания, экспрессии, которые выявляются не менее чем за два года до предполагаемой манифестации психоза.

В ряде проспективных исследований было установлено, что риск развития психотического заболевания выше у лиц с сочетанием субклинических психотических и аффективных симптомов [Hafner H. et al, 2005; Boks M. et al., 2007]. Кроме того, сочетание депрессивных и ослабленных психотических симптомов является предиктором худшего социального исхода [Perlis R. et al., 2011; Wigman J. et al., 2014]. Установлено, что пациенты с субклиническими психотическими симптомами первично обращаются в медицинские службы психиатрического звена по поводу тревожных или депрессивных симптомов [Yung A. et al., 2004; Velthorst E. et al., 2009; Addington J. et al., 2011]. По данным I. Kelleher (2012), на инициальном этапе шизофрении в 63% случаев были уставлены те или иные психиатрические диагнозы, причем в 37% случаев речь шла об аффективных расстройствах.

Отсутствие единого мнения о генезе и роли психотических симптомов в структуре депрессии как самостоятельного заболевания, или депрессивной симптоматики, как аффективного инициального этапа эндогенных расстройств шизофренического спектра, приводит к необходимости тщательного изучения патогенеза и патокинеза аффективных и аттенуированных психотических симптомов с учетом патопластического влияния юношеского возраста.

Развитие аффективного компонента при эндогенных психотических заболеваниях может быть объяснено рядом концепций. Одна из них – модель «стресс-диатез» постулирует взаимодействие психогенных и эндогенных факторов в формировании стресс-индуцированных психопатологических расстройств у больных с «шизофренической» почвой [Monroe S. et al., 1991; Siris S. et al., 2001]. В отечественной психиатрии эта концепция получила дальнейшую разработку как биопсихосоциальная модель развития психических расстройств [Холмогорова А.Б. с соавт., 1998; Незнанов Н.Г., 2009; Коцюбинский А.П. с соавт., 2016; Коцюбинский А.П. 2017]. Сходные представления сформулированы также в концепциях генно-средовых взаимодействий [Germeyns I., van Os J., 2007], «аффективного пути к психозу» [Hogan W. et al., 2003], шизофренических реакций как психогений у лиц с проявлениями шизофренической конституции [Иконников Д.В., 2005; Ильина Н.А., 2006; Cooper S. et al., 2000], а также реактивной шизофрении [Смулевич А.Б. с соавт., 2004; Коцюбинский А.П., 2015; Berze J. et al., 1929], механизм которой представлен двусторонним взаимовлиянием эндогенно-процессуальных и психогенно-травмирующих факторов, обозначаемый как «эндогенная провокация психогении» [Смулевич А.Б., 2007, 2015].

Также представляет интерес концепция, предложенная А.Б.Смулевичем (2005), в рамках которой неманифестные этапы шизофрении, в т.ч. «продром», принадлежат к т.н. «негативной» шизофрении и отражают медленное, поступательное развитие процесса. Продромальные состояния рассматриваются автором как относительно подвижные психопатологические образования, подверженные риску кардинальных аутохтонных сдвигов и эксацербации. Симптоматология продромов представлена, главным образом, такими феноменами, как расстройства сферы эмоций и влечений, когнитивным дефицитом, социальной отгороженностью и изоляцией, а также дисфорией, что при первичной оценке требует скрупулезной дифференциальной диагностики с проявлениями расстройств аффективного спектра.

Таким образом, тщательный клинико-психопатологический анализ депрессий, возникающих на ранних этапах психических заболеваний является необходимым условием для установления его нозологической природы.

Для дифференциальной диагностики между впервые возникшим собственно аффективным расстройством и инициальным этапом психотического расстройства шизотипического спектра было предложено рассматривать «базисные симптомы», как возможные предикторы шизофрении [Gross G., Huber G., 1987], под которыми понимаются т.н. «ядерные» симптомы шизофрении. Базисные симптомы включают в себя субъективно выявляемые нарушения мышления, речи, телесной перцепции, моторики, вегетативных функций, а также толерантности к стрессу. Будучи субъективно переживаемыми, они могут быть выявлены лишь путем тщательного расспроса. По причине субъективности они отличаются от негативных симптомов, которые определяются объективно [Parnas J. et al., 2005]. По этой же причине они отличаются и от позитивных психотических симптомов, т.к. сразу же распознаются пациентом как психическое отклонение, однако, в связи с трудностями их описания, пациенты способны сделать это лишь под влиянием наводящих вопросов [Schultze-Lutter F. et al., 2007]. Базисные симптомы расцениваются как самые ранние нейробиологические корреляты эндогенного психоза [Schultze-Lutter F. et al., 2009].

Простое перечисление базисных симптомов дает представление об их чрезвычайном полиморфизме и отсутствии какой-либо систематизации: помехи в процессе мышления, внедрение отдельных мыслей, персеверации, напряжение, давление в голове – хаос несвязных мыслей, блокировка мыслей, нарушение рецептивной речи - невозможность воспринять/понять известное значение слова/предложения, нарушение экспрессивной речи – уменьшение словарного запаса, нарушение абстрактного мышления, невозможность распределять внимание на две задачи одновременно, обращение внимания на детали в поле зрения, которые удерживают взгляд, нарушение способности отличать реальность и воображение/воспоминание, нестойкие идеи отношения,

дереализация, визуальные и зрительные обманы, никогда не воспринимающиеся как реальные. Попытка диагностики и оценки степени выраженности базисных симптомов привела к разработке клинической шкалы – the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) [Gross G., Huber G., 1987; Yung A. et al., 1996; Schultze-Lutter F. et al., 2002]. В дальнейшем с целью повышения качества выявления и точности психометрической оценки этих симптомов был разработан целый ряд сходных диагностических шкал: Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) [Miller T., 1999; McGlashan T., 2001]; Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) [Yung A., 2000]; Cognitive-Perceptive Basis Symptoms (COPER) и Cognitive Disturbances (COGDIS) [Klosterkötter J., 2001; Schultze-Lutter F., 2007]; the Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS) [Miller T., 2002]; the Criteria of Prodromal Syndromes (COPS) [Miller T., McGlashan T., 2003]; the Structured Interview for Prodromal Syndromes (SPI-A) [Schultze-Lutter F. et al., 2004, 2007]; the Early Recognition Inventory (ERIraos) [Maurer K., 2006]; the Eppendorf Schizophrenia Inventory (ESI) [Niessen M. et al., 2010].

Согласно концепции G. Gross, G. Huber, (1987) развитие базисных симптомов проходит три основные стадии: 1) неспецифичные, включающие аномалии сферы воли, аффекта, концентрации внимания и памяти, 2) специфичные, представленные отчетливыми особенностями мышления, речи, перцепции и моторики, 3) собственно психотические симптомы. Авторы допускают, что возможен переход от одной стадии к другой под действием повседневных ситуаций, что отражает имеющуюся уязвимость к ним. При этом благоприятные факторы (социальная поддержка, хороший преморбидный уровень, навыки совладания со стрессом) способны уменьшить степень их выраженности. Позднее это предположение было подтверждено другими исследователями [Schultze-Lutter F. et al., 2010], которые несколько модифицировали последовательность развития базисных симптомов: неспецифические психические симптомы → базисные симптомы → аттенуированная психотическая симптоматика → короткая лимитированная психотическая симптоматика → развернутая психотическая симптоматика. При

этом ими было установлено, что такая последовательность характерна для мужчин, с возрастом манифестации не менее 18 лет, не имеющих наследственной отягощенности. Ретроспективные данные, в целом, подтвердили закономерность, что неспецифичные симптомы развиваются первыми, за ними следуют более специфичные симптомы (когнитивно-перцептивные базисные симптомы и/или аттенуированные психотические симптомы), а затем развивается собственно психотическая симптоматика. Кроме того, по данным исследователей, комбинация базисных и аттенуированных психотических симптомов уже сама по себе может являться достаточным основанием для предикции психоза. Специфичность базисных симптомов для расстройств шизофренического спектра подчеркивалась и в других исследованиях [Klosterkötter J., 1997, 2001].

Собственно аттенуированные психотические симптомы описываются как отдельные симптомы психотического уровня, возникающие один-два раза в месяц, длящиеся от нескольких минут до нескольких часов, имеющие слабую степень выраженности и отличающиеся сохранением критики [Van der Heiden W., Hafner H., 2000]. В дальнейшем этим термином стали обозначать как ослабленные психотические симптомы (Attenuated Psychotic Symptoms – APS), так и короткие интермиттирующие психотические симптомы (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms – BLIP) [Скугаревская М.М., 2014; Miller T., 1999; Yung A., 1996; 2005; McGorry P., 2001; Schultze-Lutter F., 2007; Kaymaz N., 2012]. В настоящее время выделен аттенуированный психотический синдром (Attenuated psychotic syndrome) [The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) раздел III, 2013].

К сожалению, в англоязычной литературе нам не удалось встретить четкого психопатологического описания и классификации аттенуированной психотической симптоматики. Зарубежные исследователи ограничиваются лишь синдромальным перечислением всех феноменов, которые тем или иным образом могут быть квалифицированы как аттенуированные психотические. В частности, в наиболее широко применяемой шкале SOPS (Scale of Prodromal Symptoms) [Miller T., 1999; McGlashan T., 2001] диагностического интервью SIPS (the

Structured Interview for Prodromal Syndromes) [Miller T., 2002] аттенуированными психотическими симптомами описываются сходные с таковыми при шизофрении позитивные симптомы, лишь по количественному параметру отличающиеся от них: необычное содержание мыслей вместо бредовых идей, подозрительность вместо идей преследования, идеи величия, перцептивные расстройства вместо галлюцинаций, расстройства мышления.

В последнее время представлена следующая классификация аттенуированных психотических симптомов [Woodberry K. et al., 2016], которая, по сути, также является симптоматическим перечнем психопатологических феноменов: необычные идеи, магическое мышление, ощущение, что происходящее вокруг не естественно, или убежденность в способности окружающих читать, контролировать или вкладывать мысли («субпсихотический бред»), ощущение, что окружающие наблюдают, подают знаки, намереваются причинить вред («субпсихотическая паранойя»), чувство превосходства или одаренности (бред особых способностей, одаренности субпсихотического уровня), отрывочные зрительные или слуховые аберрации, видимые как будто бы «краем глаза», слышимые как приглушенные звуки или голоса (ложные запахи, вкусы или телесные сенсации), метафоричная, шаблонная, обстоятельная или дезорганизованная речь, нарушение процесса мышления с бесконтрольным возникновением неуместных мыслей или ощущение, что мысли исчезают, блокируются или появляются слишком быстро.

В целом, попытки определения патогенетической природы аттенуированной психотической симптоматики основаны, в первую очередь, на данных, полученных при изучении позитивных симптомов при шизофрении, с выделением патогномоничных для нее симптомокомплексов. Так, наряду с симптомами «первого ранга» K.Schneider (1959) специфичными для психотических расстройств было предложено считать дезорганизацию речи и поведения [Liddle P., 1987], а также и когнитивные аномалии, в частности нарушения в таких параметрах как скорость обработки информации, исполнительные функции, устойчивость внимания, рабочая память, вербальная

память, вербальное восприятие и социальные когниции [Nuechterlein K. et al., 2004]. Таким образом, в современном представлении позитивные симптомы представлены двумя группами психопатологических феноменов: 1) бредовые и галлюцинаторные симптомы и 2) дезорганизация поведения и формальные нарушения мышления [Andreasen N. et al., 1982; 1986; Смулевич А.Б. 2015; Тиганов А.С. 2012, 2015]. Отдельное выделение снижения уровня социального функционирования, как одного из «ядерных» симптомов шизофрении, в настоящее время является спорным. Одни авторы настаивают на его самостоятельном значении в патогенезе шизофрении, наряду с нейрокогнитивными и негативными симптомами [Carrion R., 2011; Meyer E., 2014], другие объясняют его проявлением когнитивных аномалий, в первую очередь нарушением вербальной памяти и исполнительских функций [Meltzer H. et al., 1996; Green M. et al., 2000; McGurk S. et al., 2000] или же связывают со снижением коэффициента IQ [Leeson V. et al., 2009]. В одном авторы остаются единодушны – снижение уровня социального функционирования отражает стойкие, а возможно и необратимые изменения психических функций [Cannon T. et al., 2008; Woods S. et al., 2009; Addington J. et al., 2011; Cornblatt B. et al., 2012; Nelson B. et al., 2013].

Анализируя происхождение ослабленных бредовых идей, нельзя не вспомнить механизм развития первичного бреда при шизофренических психозах, описанный К. Jaspers (1923). Не является ли, по сути, аттенуированным симптомом психопатологический феномен «бредового настроения», который, в понимании автора, служит «материнской почвой» для развития и последующего усложнения психопатологических симптомов, таких как бредовое восприятие с переосмыслением окружающей реальности, бредовое представление с внезапным возникновением необычной мысли, как своего рода наития, озарения, предающего жизненным воспоминаниям новое значение, бредовые сознания с интуитивным убеждением в постижении смысла и истинности фактов, которым нет обоснования. Е.А. Шевалев (1940) описывал подобные переживания как период зарождения и образования бредовых идей. Незавершенность

психопатологической структуры и неопределенность характера бредового настроения подчеркивали и другие авторы [Братусь Б.С., 1988; Рыбальский М.И., 1993; Callieri B., 1962]. К. Conrad (1958) выделял сходное понятие тремы с напряженностью, оттенком виновности, депрессивной подавленностью с недоверчивым отношением к миру, постепенным присоединением черт его враждебной настроенности.

Е.Н. Каменева (1959) при описании ранних стадий параноидной шизофрении указывала на наличие аффективных компонентов тревоги, страха, которые содержали в себе в рудиментарной форме переживания особого отношения к окружающим людям, какой-то связи с ними, ожидания опасности с их стороны. Также автор выделяла «бред намека», который, по сути, в своей основе имел те же признаки: отнесение к себе и восприятие за обычным видимым значением иного, особого значения жестов, действий и предметов.

Представляется актуальным в этой связи упомянуть концепцию механизма бредообразования, которая использовалась в качестве одной из важнейших критериев подразделения бредовых состояний в нашей стране с 70-х годов [Снежневский А.В. 1970; Попилина С.В. 1974; Дементьева Н.Ф. 1975, 1976; Ветроградова О.П., 1976, Тиганов А.С. 2015] с выделением, в частности, острого чувственного и интерпретативного бреда, различия в генезе которых прослеживаются уже с ранних этапов их возникновения и связаны с их происхождением из разных уровней психической деятельности [Ломов Б.Ф. и др., 1986].

Отдельные галлюцинаторные расстройства, относящиеся к аттенуированным, представлены как неоформленными нарушениями перцепции в слуховой, зрительной, соматической, тактильной, обонятельной, вкусовой сенсорных сферах (шумы, вспышки, прикосновения и пр.), так и более отчетливыми симптомами (чаще: образы, геометрические фигуры, лица, отчетливые звуки/слова, оклики), вызывающими аффект недоумения, беспокойство [Miller T., 1999; McGlashan T., 2001; Schultze-Lutter F. et al., 2004, 2007]. Своим мгновенным возникновением, крайней кратковременностью они в

большей степени относятся к ранее описанным т.н. «зарницам» шизофрении [Личко А.Е., 1979; Conrad K., 1971] или форпост-симптомам [Huber G., 1966; Gross G., 1969]. Сочетание отдельных галлюцинаторных и аффективных симптомов на до манифестном этапе приступообразно-прогредиентной шизофрении описали Андриенко Е.В., Платонова Т.П., Тиганов А.С. (2014). Авторами описаны как истинные галлюцинаторные переживания, так и псевдогаллюцинации, отличающиеся однократным пароксизмальным возникновением, аутохтонным характером, развитием на фоне непомраченного сознания, а также крайней непродолжительностью, от нескольких минут до нескольких секунд. Стоит упомянуть феноменологическое исследование свойств галлюцинаций С.А. Голубева (2010) с выделением перцептивно-сенсорного паттерна, свидетельствующего о ведущей роли нарушения сенсорияльного компонента, и апперцептивно-интенционального паттерна, отражающего доминирование в патогенезе галлюцинаций патологии мышления. При этом в первом случае галлюцинаторная симптоматика отличается сенсорной яркостью, высокой аффективной насыщенностью, преимущественной локализацией вовне, то во втором характеристики ее обратные: низкая сенсорная яркость, малая аффективная насыщенность, преимущественная интрапроекция. Указанные особенности галлюцинаторного феномена актуальны для уточнения патогенеза аттенуированной психотической симптоматики в целом.

Что касается второй патогномичной для шизофрении группы психопатологических симптомов - дезорганизация поведения и формальные нарушения мышления [Liddle P., 1987; Andreasen N. et al., 1982; 1986], то в контексте попытки установления патогенеза аттенуированной психотической симптоматики необходимо рассмотреть их отдельно.

Как отмечают некоторые исследователи, дезорганизация поведения лежит в основе формирования симптомов кататонического регистра. О высокой коморбидности кататонических и аффективных расстройств сообщалось во многих исследованиях [Бархатова А.Н., 2005; Cohen D. et al., 2002; Dhossche D. et al., 2010]. А.Б. Смулевич (2004) описывал неразвернутые, субклинические

кататонические симптомы в рамках негативной шизофрении в виде манерности, диспластичности мимики и моторики, двигательных стереотипий, амбивалентности. Кроме этого исследователями подчеркивалось странное, эксцентричное или своеобразное поведение, неадекватный ситуации аффект, манерность, неестественные движения и позы, внезапно возникшая дискоординированность и диспластичность [Miller T. et al., 1999, 2002; McGlashan T., 2001]. Кратковременные кататонические включения у больных юношеского возраста были подробно описаны А.Н. Бархатовой (2005) в виде непродолжительных застываний, вычурности мимики и моторики, гримасничанья, утраты плавности и пластичности движений, явлений негативизма, отдельных речевых и двигательных стереотипий, эхо-симптомов, непродолжительных двигательных итераций, появлением симптома «хоботка». Автором выделены гипокинетический и гиперкинетический варианты кататонической симптоматики. Гипокинетический вариант представлен двигательной заторможенностью с различной степенью выраженности, обеднением спонтанной вербальной активности, внезапными застываниями в однообразных позах на короткое время, явлениями мутизма, пассивного негативизма, подчиняемости, диссоциацией мышечного тонуса. Гиперкинетический вариант отличается внезапным двигательным возбуждением с вычурностью, негативизмом, речевым возбуждением, импульсивностью, немотивированной агрессией, симптомами эхолалии, эхопраксии, вербигерации, чертами пуэрильности, гримасничаньем, дурашливостью, неопрятностью, несоблюдением правил личной гигиены.

Патогномоничные для шизофрении когнитивные нарушения, как «ядерные» симптомы или проявления «чистого дефекта», были описаны на когорте не леченных больных еще в «допсихофармакологическую эру» [Gross G., Huber G., 1987] в виде путаницы, наплывов, блокады мыслей, нарушения рецептивной и экспрессивной речи, нарушения абстрактного мышления. В дальнейшем сформулирована гипотеза нейродегенеративного обоснования указанных аномалий [Walker E., 1994; Marshall M. et al., 2005; Barnes T. et al.,

2008] с заинтересованностью дофаминовой системы, в частности префронтальной коры [Sawaguchi T. et al., 1991; Arnsten A., 1998]. С нейropsychологических позиций характерные для психотических расстройств когнитивные нарушения представлены аномалиями скорости обработки информации, исполнительских функций, устойчивости внимания, рабочей и вербальной памяти, вербального восприятия и социальных когниций [Алфимова М.В. и др., 2011; Плужников И.В. и др., 2013, 2015; Nuechterlein K. et al., 2004; Meshulam-Gately R., 2009]. При этом установлено, что указанные нарушения возникают до манифестации шизофрении, как правило, становятся очевидны задолго до момента постановки диагноза [Зайцева Ю.С., 2010; Dickson H. et al., 2011; Fusar-Poli P. et al., 2012] и обуславливают дальнейшее течение заболевания [Malla A. et al., 2005; Brewer W. et al., 2006]. Установлено, что именно снижение рабочей памяти лежит в основе патогенеза шизофрении [Forbes N. et al., 2009] и других эндогенных психозов [Bora E. et al., 2010], коррелирует с субклинической психотической симптоматикой и депрессивными симптомами, а также чаще встречается в молодом возрасте (20-27 лет) [Schmidt A. et al., 2015], что в когорте этих пациентов может отражать повышенный риск манифестации психотического заболевания. По данным другого исследования [Seidman L., 2010] ухудшение вербальной памяти коррелирует с острым началом психотического эпизода. Также в генезе расстройств шизофренического спектра установлено патогномоничное значение сочетания дефицита словесной памяти и снижения процессов обработки информации [Giuliano A., 2012; MacCabe J., 2013].

Терапевтическая тактика ведения пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой в структуре юношеской депрессии в первую очередь определяется особым ее прогностическим значением в отношении риска манифестации эндогенных психозов. По результатам исследований [Kessler R. et al., 1993; Fusar-Poli P. et al., 2007, 2012; Ruhrmann S. et al., 2010; Ziermans T. et al., 2011; Woodberry K. et al., 2016] манифестация психоза в течение 6 месяцев после

возникновения аттенуированной психотической симптоматики составляет 18% (12-25%), в течение года – 22% (17-28%), в течение 2 лет – 29% (23-36%), в течение 3 лет – 32% (24-35%) и более 3 лет (3-5 лет) – 36% (30-43%). Так, по данным Mees L. (2011) у 40% из 377 пациентов, имеющих аттенуированную психотическую симптоматику, развилось манифестное психотическое состояние в течение 2,5 лет наблюдения.

Однако, даже при отсутствии манифестации психоза у исследуемых больных отмечается значительное снижение уровня социального и ролевого функционирования [Addington J. et al., 2011]. Кроме того, установлено, что аттенуированная психотическая симптоматика имеет тенденцию к персистенции. Средний уровень ремиссии у этих больных составляет от 15,4% до 54,3% [Simon A., Velthorst E., 2011]. Если говорить о симптоматической ремиссии, то она формируется в течение года лишь у 57,1% больных, а в течение 2 лет – у 59,2% пациентов. Также установлено, что персистирующая аттенуированная психотическая симптоматика напрямую коррелирует не только с худшим функциональным исходом, но и снижением качества жизни, а также развитием резистентности к психофармакотерапии [Marshall M. et al., 2005; Perkins D. et al., 2005; Barnes T. et al., 2008]

Объяснить этот феномен представляется возможным имеющимися к настоящему времени свидетельствами, что нейродегенеративные нарушения постепенно накапливаются и оказывают влияние на дальнейшее течение заболевания. Нейродегенеративные аномалии выявляются уже на ранних этапах эндогенных заболеваний и связаны с прогрессивной потерей серого вещества головного мозга [Takahashi T. et al., 2009; Ziermans T. et al., 2012]. Существуют доказательства наличия аномалий серого вещества у больных на доманифестных этапах эндогенного психоза [Brent V., Thermenos H. et al., 2013]. По данным исследователей у молодых людей с аттенуированной психотической симптоматикой в возрасте до 30 выявляются значимые отклонения в объеме серого вещества по сравнению с контрольной группой, также имеется корреляция между прогрессирующим сокращением объема с течением времени и

степенью выраженности психотических симптомов и когнитивных нарушений. В этой связи наиболее подробно описаны изменения префронтальной коры, с последующим уменьшением объема гиппокампа [Thermenos H. et al., 2013]. Нейродегенеративную теорию также косвенно подтверждают данные о том, что больные с аттенуированной психотической симптоматикой демонстрирует совершенно уникальную уязвимость головного мозга к повреждающему действию ПАВ [Arseneault L. et al., 2004; Compton M. et al., 2007], таким образом, что даже их небольшие дозы оказывают выраженное токсическое действие [Drake R. et al., 1989; D'Souza D. et al., 2005].

По данным метаанализа нескольких сотен исследований [Heinssen R., Insell T., 2015] было показано, что раннее вмешательство на доманифестном этапе эндогенных психозов снижает риск манифестации, по некоторым данным, до 50% за 12 мес. катamnестического наблюдения [Stafford M. et al., 2013; van der Gaag M. et al., 2013].

Полученные данные свидетельствуют, что применение низких доз атипичных антипсихотических препаратов в терапии больных с аттенуированными психотическими симптомами может отсрочить начало психоза. Так, в исследовании McGlashan T. (2006) уровень манифестации у таких больных при лечении оланзапином в течение года составил 16,1%, а у пациентов, получавших плацебо – 37,9%. Сходные данные были получены и McGorry P. (2002) при сравнительном исследовании двух групп пациентов, в первой из которых применялась когнитивно-бихевиоральная терапия, а во второй – ее сочетание с рисперидоном. В течение 6 мес. в первой группе манифестный психоз развился у 35,7% больных, а во второй – лишь у 9,7%. Также подтверждена эффективность аripипразола [Woods S. et al., 2007] и амисульприда [Ruhrmann S. et al., 2007] в отношении снижения риска манифестации психоза. Назначение атипичных антипсихотиков также коррелирует с улучшением или, по крайней мере, отсутствием ухудшения когнитивных функций у исследуемой когорты больных [Tandon R. et al., 2000; Keefe R. et al., 2007]. Имеются данные и о положительной корреляции между

лечением и улучшением внимания и регуляторных функций, что связано с лучшим функциональным исходом [Green M. et al., 2000; McGurk S. et al., 2000].

Однако помимо терапевтической эффективности при назначении антипсихотиков пациентам этой группы по данным исследований [Kelly C. et al., 2010; McGorry P. et al., 2002; Rurhmann S. et al., 2007; McGlashan T. et al., 2006] часто встречались побочные эффекты – для амисульприда в 81% случаев развивалось повышение уровня пролактина, для арипипразола в 60% случаев акатизия, для оланзапина – увеличение веса в 61,3% и утомляемость в 29%, для рисперидона – ригидность мышц в 12% случаев.

Также имеются данные, что атипичные антипсихотики не имеют долгосрочного эффекта, и после прекращения лечения у пациентов вновь повышается риск манифестации психоза и достигает в среднем 35% [McGlashan T. et al., 2006]. При этом, по предложению J. Moncrieff (2006), длительное применение антипсихотиков, даже в малых дозах, способно вызвать сенсibilизацию клеток головного мозга, что способствует наступлению «гиперсенсibilизированного психоза» после отмены терапии. На основании этих аргументов ряд исследователей не рекомендуют применение антипсихотиков в ведении таких больных [Stafford M. et al., 2013; McGorry P. et al., 2013].

Другие исследования показывают эффективность антидепрессантов в отношении манифестации психоза [Cornblatt B. et al., 2007; Fusor-Poli P. et al., 2007; Walker E. et al., 2009]. В целом, по результатам этих работ антидепрессанты могут рассматриваться как предпочтительная терапия подростков и юношей с аттенуированными психотическими симптомами. Некоторые специалисты [Олейчик И.В. 2011] описывают высокую результативность лечение юношеских депрессий антипсихотиками.

Имеются данные о положительном влиянии психотерапии в отношении риска манифестации психоза. Рандомизированное исследование применения когнитивно-бихевиоральной терапии в течение 6 мес. показало его снижение на 15%, при этом улучшение было длительным и сохранялось на протяжении 3

последующих лет [Morrison A. et al., 2007]. Также, помимо аттенуированной психотической симптоматики, есть еще и другие мишени терапии больных из этой группы, такие как психосоциальное функционирование, функциональный исход и когнития, для купирования которых широко применяется психотерапия [Pitschel-Walz G. Et al., 2001; Combs D. et al., 2007; McGurk S. et al., 2007].

При оценке эффективности лечения больных из обследуемой группы такими лекарственными средствами как малые дозы лития, модуляторы глутаматергической системы (ампакины, глицин, мемантин), эритропоэтин, N-ацетилцистеин, ингибиторы антиоксидазы [Berger G. et al., 2007]. Из представленных препаратов статистической достоверностью и возможностью стать альтернативой антипсихотикам обладали низкие дозы лития.

Рядом исследователей [Amminger G. et al., 2007] обсуждается эффективность омега-3 жирных кислот (эйкозапентаеновая кислота и докозагексаеновая кислота) в отношении предупреждения манифестации психоза. По результатам катамнестического исследования за 12 мес. в группе получавших омега-3 ЖК манифестировало 5%, против 29% в группе плацебо, также была показана не только редукция продуктивной, негативной и общей симптоматики, но и улучшение социального функционирования [Amminger G. et al., 2010], при этом различия оставались достоверными на протяжении всего 12-месячного периода наблюдения.

В целом, несмотря на большое количество данных, отсутствие единого подхода к ведению больных с юношескими депрессиями с аттенуированной психотической симптоматикой, неразработанность ее клинической типологии, четких, структурированных терапевтических ступеней, перечня препаратов первой линии выбора, обоснованных сроков проведения терапии, а также условий ее прекращения приводит к необходимости проведения тщательного клинико-психопатологического анализа таких состояний и разработке единой тактики дифференциальной диагностики и курации.

Глава 2

Характеристики материала и методы исследования

2.1. Критерии отбора.

Настоящее исследование было выполнено в группе по изучению психических расстройств юношеского возраста (руководитель – д.м.н. В.Г. Каледа) отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – академик РАН, проф. А.С. Тиганов) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – профессор Т.П. Ключник) в период с 2015 по 2017 гг.

Критериями включения в исследование являлись:

- 1) Депрессивный эпизод, содержащий аттенуированную психотическую симптоматику.
- 2) Юношеский возраст (16-25 лет)
- 3) Длительность катамнеза не менее 5 лет (для катамнестической группы).

Критерии исключения:

- 1) Наличие психотических эпизодов в анамнезе, соответствующих критериям F 20, F23, F25, F32.3, F33.3
- 2) Наличие выраженной негативной симптоматики
- 3) Наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

При нозологической оценке, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, больным при включении в исследование был выставлен один из следующих диагнозов: эндогенные аффективные расстройства – циклотимия, биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34), расстройства личности (F60) и шизотипическое расстройство (F21).

Границы юношеского возраста (16-25 лет) определялись в соответствии с критериями ВОЗ (2006). Данный диапазон обусловлен тем, что в этот период завершается формирование ряда функциональных систем организма (нервной,

эндокринной, сердечно-сосудистой), а так же социально-трудовое становление личности (завершение обучения в школе, колледже либо институте, служба в ВС, первое устройство на работу и установление взаимоотношений с противоположным полом).

2.2. Общая характеристика материала.

При проведении исследования было изучено 140 больных мужского пола, которые в юношеском возрасте перенесли депрессивный эпизод с аттенуированной психотической симптоматикой. Исследования проводились на больных мужского пола для повышения однородности групп и исключения влияния гендерного фактора. Все указанные больные составили две группы – клиническую и катamnестическую.

Больные клинической группы (84 человека) были госпитализированы в клинику НЦПЗ в период 2013-2016 гг. и обследованы клинически, с целью выявления психопатологических особенностей аттенуированной психотической симптоматики в структуре юношеской депрессии и разработки их типологии.

Катamnестическая группа представлена 56 больными, которые оказались доступны из 79 больных, госпитализированных и обследованных в клинике Центра в 2009-2011 гг., в юношеском возрасте со сходным состоянием (23 больных – 29,11% - оказались недоступны в связи со сменой места жительства, номеров телефона, либо отказались от проведения обследования). Данные больные были отобраны на основании медицинской документации и обследованы катamnестически с целью выявления закономерностей течения и исхода юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой. Длительность катamnестического наблюдения составила не менее 5 лет (средняя продолжительность катamnеза 5,6 лет) – данный временной интервал использовался, как наиболее значимый для формирования основных характеристик течения заболевания.

Клиническая и катamnестическая группы больных по возрасту и социально-демографическим характеристикам к моменту начала заболевания (табл. 2.1) не

имели статистически значимых различий ($p > 0,05$ по всем критериям), что позволило экстраполировать сведения, полученные при анализе катamnестического материала, на всю когорту включенных в исследование больных.

Таблица 2.1 – Распределение больных по клиническим и социально-демографическим характеристикам на момент манифестации заболевания.

	Клиническая группа		Катamnестическая группа		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Всего больных	84	100	56	100	140	100
Возраст начала заболевания						
16-17	20	23,81	9	16,07	29	20,71
18-19	44	52,38	28	50,00	72	51,42
20-21	14	16,67	12	21,43	26	18,58
22-23	6	7,14	7	12,50	13	9,29
$\chi^2 = 4,953; p = 0,175$						
Возраст первого стационарирования						
До 17	5	5,95	2	3,57	7	5,00
17-19	34	40,47	20	35,71	54	38,57
20-22	32	38,10	24	42,86	56	40,00
23-25	13	15,48	10	17,86	23	16,43
$\chi^2 = 6,890; p = 0,075$						
Уровень образования на момент развития депрессии с АПС						
Прервал обучение	24	28,57	18	32,14	42	30,00
Учащийся школы, колледжа, младших курсов ВУЗа	43	51,19	25	44,65	68	48,57
Учащиеся старших курсов ВУЗа	17	20,24	13	23,21	30	21,43
$\chi^2 = 2,575; p = 0,462$						
Уровень трудового статуса на момент развития депрессии с АПС						
Не работает, не учится	9	10,71	8	14,29	17	12,14
Не работает, учится	53	63,10	34	60,71	87	62,14
Работает, не учится	13	15,48	10	17,86	23	16,43
Работает, учится	9	10,71	4	7,14	13	9,29
$\chi^2 = 2,765; p = 0,429$						

Из данных таблицы 2.1 следует, что к началу заболевания возраст больных соответствовал возрастному интервалу от 16 до 23 лет, преимущественно – в более чем половине случаев – интервалу 18-19 лет, что соответствует юношескому возрасту.

Так же был проведен подробный анализ ряда характеристик семейного и социально-трудового статуса больных на момент как клинического, так и катamnестического этапов исследования. Большинство больных к моменту первичного обращения по поводу заболевания были учащимися школы, колледжей или студентами младших курсов ВУЗов (суммарно 48,57%). На момент развития депрессии с АПС большинство (62,14%) пациентов училось и не работало.

2.3. Методы исследования.

В соответствии с целями и задачами проводимой работы в исследовании применялись следующие методы:

- 1) клинико-психопатологический,
- 2) клинико-катamnестический,
- 3) психометрический,
- 4) патопсихологический (экспериментально-психологический),
- 5) нейропсихологический,
- 6) клинико-иммунологический,
- 7) нейрофизиологический,
- 8) нейровизуализационный,
- 9) статистический методы.

Клинико-психопатологический и клинико-катamnестический методы в данном исследовании выполняли ведущую роль.

Клинико-психопатологический метод позволил выявить психопатологические особенности, характерные для юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой, обусловленные патопластическим влиянием возрастного фактора и разработать типологию данного типа депрессий.

Клинико-катamnестический метод применялся для определения исхода и особенностей течения юношеских депрессий с аттенуированной психотической

симптоматикой по прошествии юношеского возраста, что является крайне значимым в плане вопроса прогноза заболевания.

Выбранный нами срок катamnестического наблюдения (не менее 5 лет) позволял получить достоверные данные о структуре и динамике формирования и течения данного типа депрессий. Катamnестическое обследование проводилось с применением данных клинических историй болезни в период первичной госпитализации больных с первым депрессивным эпизодом, содержащим аттенуированную психотическую симптоматику, дополненных сведениями, полученными за период последующего наблюдения, включая выписки из историй болезни, амбулаторных карт психоневрологических диспансеров и клиники НЦПЗ.

Психометрический метод включал в себя шкалы SOPS, HDRS, PSP, PAS.

Для оценки степени выраженности аттенуированной психотической симптоматики и негативной симптоматики использовалась шкала SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms) [McGlashan T., Miller T., Woods S., Hoffman R., Davidson L. 2001] шкала оценки продромальных симптомов. Для оценки выраженности депрессивных переживаний использовалась шкала Гамильтона (HRDS - Hamilton Rating Scale for Depression) [Hamilton M. 1968]. Обследования по этим шкалам проводились дважды – при поступлении и при выписке больного, что позволило дифференцировать негативную симптоматику от депрессивных переживаний пациентов.

Для обобщенной оценки исхода состояния на момент катamnеза была использована шкала PSP (Personal and Social Performance scale) [Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. 2000] – шкала личностного и социального функционирования, являющаяся усовершенствованным вариантом шкалы оценки социального и профессионального функционирования SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) [Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. 2000]. Использовалось условное разделение на благоприятный, относительно благоприятный, относительно неблагоприятный и неблагоприятный исход, исследуемый в проводимых ранее работах по

юношеской психиатрии [Каледа В.Г. 2008; Омельченко М.А. 2011; Попович У.О. 2015; Kaleda V., 2009]. Данная шкала позволила оценить такие значимые параметры, как социально полезная деятельность, самообслуживание, межличностные отношения, агрессивное поведение пациентов.

Для оценки преморбидного функционирования пациентов использовалась шкала PAS (Premorbid Adjustment Scale), адаптированную для юношеского возраста [Mastrigt Y., Addington J. 2002], с целью определения уровня функционирования в различные возрастные периоды (детский, ранний и поздний подростковый), которая позволила уточнить момент начала изменений состояния больных. Следует уточнить, что в данной модификации не применялась субшкала «Общие характеристики», так как она непосредственно не отражает уровень преморбидного функционирования и не приемлема для лиц юношеского возраста.

Экспериментально- психологическое исследование проводилось для выявления и анализа патологии познавательной деятельности у больных клинической группы в сравнении с больными юношескими депрессиями [Олейчик И.В. 2011] и первым психотическим приступом [Каледа В.Г. 2008] изученных ранее в группе психических расстройств юношеского возраста. Исследование проводилось сотрудниками отдела медицинской психологии ст.н.с. Т.К. Мелешко и ст.н.с. В.П. Критская (руководитель отдела медицинской психологии - к.п.н., Ениколопов С.Н.)

Нейропсихологический метод, в рамках которого с помощью методики нейропсихологического обследования в рамках шкалы А.Р.Лурия с использованием специально разработанной качественно-количественной шкалы, были выявлены изменения в нейропсихологическом профиле обоих полушарий, по сравнению с группой «нормы», отобранной ст.н.с. Плужниковым И.В., проводившим данный фрагмент исследования.

Нейрофизиологическое и нейровизуализационное исследование проводилось совместно с сотрудниками лаборатории нейровизуализации и мультимодального анализа (руководитель - д.б.н. проф. Лебедева И.С.), и

заключалось в выявленных отклонений ЭЭГ и структурного МРТ исследования от «нормы» (данные «нормы» взяты на базе статистических исследований лаборатории, сделанной на репрезентативной когорте здоровых испытуемых юношеского возраста).

Клинико-иммунологическое исследование (руководитель лаборатории нейроиммунологии, - д.м.н. Ключник Т.П.) позволило выявить отклонения в иммунологическом профиле обследуемых больных, по сравнению с группой «контроля» (аналогично нейрофизиологическому методу, данная группа взята из базы статистических исследований лаборатории, сделанной на репрезентативной когорте здоровых испытуемых юношеского возраста).

Статистический метод применялся для сравнительной оценки, верификации и объективизации полученных данных. Для проведения статистического анализа материала на всех обследованных больных были заполнены стандартизированные карты формализованной оценки параметров, разработанные в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний.

Статистическая обработка проводилась в лаборатории доказательной медицины и биостатистики (руководитель лаборатории – к.т.н. Симонов А.Н.) с помощью пакета программ STATISTICA 8.0 для WINDOWS (StatSoft, USA). Использовались стандартные показатели описательной статистики (определение средних значений, медиан, доверительных интервалов, гистограмм распределения, оценка на нормальность распределений, установление стандартных отклонений). Выбор статистического метода проводился с учетом того, относятся ли два ряда сравниваемых данных к одной выборке (например, сравнение показателей у одной группы испытуемых в динамике) или к разным (сравнение показателей у двух групп испытуемых). Для определения статистической достоверности применялись методы статистического анализа для малых выборок с использованием критерия Пирсона χ^2 , позволяющего сопоставить распределение теоретических и эмпирических частот, и t-критерия Стьюдента для установления статистической значимости между параметрами,

при этом достоверным считался уровень $p < 0,05$. При проведении непараметрического анализа различий между группами по методу χ^2 , в случае малого числа случаев в выборках (менее 5) применялась поправка Йетса. Для параметров, не имеющих нормального распределения, или при работе с порядковыми данными в независимых группах применялся непараметрический тест Манна-Уитни, позволяющий проверить наличие достоверных различий между двумя выборками после классификации и ранжирования сгруппированных данных. Для сравнения двух последовательностей с рандомизацией применялась программа Two-sample randomization test.

Глава 3

Общая характеристика и клинико-типологическая дифференциация юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой

Изучение клинической картины юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС) позволило установить общие характеристики, относящиеся к особенностям аттенуированной психотической симптоматики, возникающей при данных состояниях, и сосуществующей другой психопатологической симптоматики.

Подробное изучение клинико-психопатологических особенностей проанализированных депрессивных эпизодов с АПС выявило их неоднородность, на основании чего была разработана их типология, что позволило, после проведенного катамнестического исследования, говорить о прогностической оценке данных состояний и терапевтической тактике.

3.1. Клинико-психопатологическая характеристика юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой

По результатам проведенного исследования было установлено, что у 69% (58 случаев больных) эпизоды депрессий с АПС развивались аутохтонно, что больше, чем по полученным в исследованиях данных общей когорте больных с юношеской депрессией (34,1% - по данным Владимировой Т.В., 1987 и 40,3% - по данным Олейчика И.В., 2011) однако совпадает с частотой манифестных психотических приступов, возникающих аутохтонно у больных юношеского возраста, (72% по данным Каледы В.Г. 2006). Полагаем, что, по меньшей мере отчасти данное соотношение, более характерное для приступных больных, имеет место ввиду существенного удельного веса аттенуированной психотической симптоматики в структуре состояния у исследуемой группы больных. На долю депрессий с АПС, возникавших с отчетливой провокацией приходится 31% (26 больных). Из них доля соматогений (возникновение заболевания после острого или хронического заболевания, острых вирусных инфекций с гипертермией) была относительно невелика и составила 3,6% наблюдения (3 больных). Употребление наркотических веществ (речь идет о ПАВ, спектр активности

которых не включает психотомиметические эффекты и не может напрямую способствовать развитию психотической симптоматики) и алкоголя стало причиной экзогенной провокации у 7,1% (6 пациентов), что безусловно связано с уязвимым этапом окончательного формирования нейробиологических процессов в данном возрастном периоде. Необходимо уточнить, что на инициальном этапе число пациентов, имевших опыт приема наркотических веществ, было существенно больше, но именно у этих шести, они стали отчетливым триггером впервые возникшего состояния. На долю тяжелых психогений, преимущественно в виде смерти либо тяжелого заболевания близких, пришлось 4,8% (4 больных). Ряд случаев – 5,9 % (5 больных) экзогений был связан с неудачами в личной жизни – преимущественно разрывом отношений с представителями противоположного пола. На долю неудачи в учебе пришлось 4,8% случаев (4 больных). Безусловно, число случаев ухудшения успеваемости совместно с депрессивным фоном настроения отмечало существенно большее число обследованных, но развитие отчетливой клинической картины депрессии с психотической симптоматикой сразу после неудачи в учебе с отсутствием существенных признаков депрессии до этого момента продемонстрировало только четверо пациентов. На случаи других экзогений пришлось 4,8% случаев (4 больных), которые включали обман, судебное разбирательство, переезд и призыв к службе в армии.

Аттенуированные психотические симптомы в структуре депрессий в юношеском возрасте характеризовались крайней неоднородностью, калейдоскопичностью, нестойкостью, кратковременности (от нескольких секунд до нескольких минут), возникновением на фоне непомраченного сознания. Эти симптомы были представлены бредовыми идеями отношения, особого значения, инсценировки, воздействия, а так же персекуторного характера; зрительными и слуховыми иллюзиями; истинными галлюцинаторными и псевдогаллюцинаторными переживаниями, идеаторными, сенестопатическими и кинестетическими автоматизмами; симптомами малой кататонии и расстройствами мышления. По механизму своего развития они были тесно связаны с сопутствующей аффективной симптоматикой, в ряде случаев имели экзогенную провокацию. Отмечалась тенденция к усилению в просоночном

состоянии и отличались сохранением критики к указанным симптомам после их редукции.

3.2. Клинико-психопатологическая дифференциация депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой

Клинико-психопатологические особенности депрессий с АПС, преимущественно определялись аттенуированной психотической симптоматикой и особенностями ее соотношения со структурой депрессивного аффекта. Мы предприняли попытку проанализировать обширную полиморфную группу аттенуированных психотических симптомов, основываясь на современных представлениях о патогенезе и патокинезе патогномичных для шизофрении симптомокомплексов.

По особенностям психопатологической структуры аттенуированной психотической симптоматики были выделены 3 типа: I тип – с преобладанием бредовых расстройств, II тип - с элементами кататонической дезорганизации, III тип - с шизоформными расстройствами мышления. В связи с неоднородностью бредовых расстройств по механизму возникновения, среди I типа было выделено два подтипа: 1 - с элементами острого чувственного бреда и 2 - с элементами интерпретативного бреда.



Рис. 3.1. Типология аттенуированной психотической симптоматики в структуре депрессий юношеского возраста

У пациентов с I типом аттенуированные психотические переживания были представлены преобладанием бредовых расстройств, выраженных в виде идей отношения, отрывочных идей воздействия, преследования, управления, идей «сглаза, порчи». Отмечались элементы инсценировки, символического значения, нарушения сопровождались аффектом недоумения, тревогой, страхом «сойти с ума»; нестойкими явлениями деперсонализации, дереализации. Не редко возникали элементарные обманы восприятия. У больных возникало ощущение, что окружающие недоброжелательно относятся к ним, обсуждают их, часто формировалось избегающее поведение. Отмечались также бредовые идеи, ипохондрического и дисморфофобического содержания. У этой же группы отмечались кратковременные, менее часа, чаще всего однократные психотические эпизоды со звучанием «голосов» внутри головы, которые редуцировались самостоятельно.

У больных с II типом, характеризующимся появлением кататонических расстройств, аттенуированная психотическая симптоматика проявлялась эпизодами застывания в виде обездвиженности, с повышением мышечного тонуса, субступорозными состояниями в виде обеднения двигательной инициативы, замедленностью и уменьшения объема движений, эпизодами мутизма с оскуднением мышления и речи; либо же внезапными импульсивными нарушениями поведения, сопровождавшимися нелепыми действиями, без какой-либо идеаторной разработки их причин, часто на фоне внешней провокации, с преходящей дискоординированностью движений, аутоагрессией.

У пациентов с III типом наблюдались массивные шизофреноподобные расстройства мышления в виде обрывов, наплывов, путаницы мыслей, кратковременных затруднений в экспрессии, восприятия, неожиданных ассоциаций, семантических нарушений, персевераций, неологизмов. Больные так же жаловались на резкое снижение концентрации внимания, памяти, называли себя «отупевшими». Мысли не поддавались контролю, отмечались наплывы абстрактных бессодержательных образных представлений.

3.2.1. Психопатологические особенности аттенуированной психотической симптоматики с преобладанием бредовых расстройств (I тип)

Группа больных с аттенуированной психотической симптоматикой с бредовыми расстройствами составила 63,6% (89 пациентов) от общего числа больных. В связи с неоднородностью и полиморфизмом бредовых расстройств, было выделено два подтипа по механизму бредообразования: «с элементами острого чувственного бреда» и «с элементами интерпретативного бреда». Выделенные подтипы различались: 1) остротой возникновения (остро возникающие у первого подтипа и развивающиеся постепенно у второго подтипа), 2) стойкостью переживаний и степени систематизации (крайне нестойкие для первого подтипа и демонстрирующие относительную стойкость для второго), 3) наличием критики (никогда не утрачивалась у первого подтипа, напротив, был характерен аффект недоумения по отношению к своим переживаниям и эпизодическая утрата критики у второго подтипа), 4) влиянием на поведение (не влияло на поведение пациентов первого подтипа и могло оказывать влияние на поведение пациентов второго подтипа, чаще в виде избегающего поведения), 5) психопатологическими особенностями сопровождающего переживания аффекта, включая время возникновения психотических переживаний относительно депрессивного аффекта.

Аттенуированная психотическая симптоматика с элементами острого чувственного бреда (I тип, I подтип) возникала внезапно, по типу «озарения», характеризовались фрагментарностью, непоследовательностью, нестойкостью, отсутствием логического обоснования. Необходимо отметить, что даже на высоте состояния обычно сохранялась, по меньшей мере, частичная критика к имеющимся переживаниям, всегда отсутствовала бредовая ретроспекция. Чаще имело нарушение восприятия объектов в пределах досягаемости пациента, существенно реже имели место нарушения вне зоны чувственного восприятия, представленные преимущественно наплывами чувственных образов с их яркой визуализацией и чувственной живостью, а так же ощущением особого значения

происходящих вокруг событий. По содержанию отмечались элементы инсценировки, при этом развернутый синдром инсценировки наблюдался крайне редко и непродолжительно, больные данного подтипа скорее замечали отдельных людей «играющих роли», более частыми были симптомы положительного и отрицательного двойника; символического значения, когда каждое действие, жест, нейтральное высказывание окружающих таили в себе угрозу жизни или собственности больного. У больных нередко возникал аффект недоумения, состояние тревоги со страхом «сойти с ума»; отмечались нестойкие явления деперсонализации, дереализации. Психопатологическая картина состояния часто дополнялась элементарными обманами восприятия – окликами, тактильными галлюцинациями, фотопсиями, отмечались парейдолические иллюзии, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, которые так же могли сопровождаться аффектом недоумения и беспокойством, но воспринимались пациентами как нереальные и не вызывали сильного страха или охваченности. У этого же подтипа отмечались кратковременные, менее часа, чаще всего однократные психотические эпизоды со звучанием «голосов» внутри головы, которые редуцировались самостоятельно.

В целом, в основе приведенных элементов чувственного бреда лежали нарушения чувственного восприятия. Несмотря на относительно высокую степень выраженности психотических переживаний у больных данного подтипа, формирование характерного для начальных этапов чувственного бреда «бредового настроения» отмечалось у них крайне непродолжительное время, на высоте психотического состояния. К нему можно отнести отмечаемое пациентами ощущение приобретения окружающим неясного смысла, сопровождающееся чувством особого значения происходящего вокруг, алекситимическими ощущениями, элементами растерянности.

Ни у одного из пациентов данного подтипа не наблюдалось состояний, которые можно было бы квалифицировать как элементы синдрома острого антагонистического бреда, либо острой экспансивной парафрени, что косвенно доказывает последовательность этапов развития острого чувственного бреда и

невозможность проявления более поздних стадий ранее формирования клинической картины синдрома инсценировки.

Аттенуированная психотическая симптоматика с элементами интерпретативного бреда (I тип, 2 подтип) характеризовалась доминированием идей отношения, отрывочными идеями воздействия, управления, преследования, идеями «сглаза, порчи», основанными на ложном понимании и ложном толковании происходящих вокруг больного событий. У больных возникало ощущение постороннего взгляда, что окружающие недоброжелательно относятся к ним, обсуждают их, состояние доходило до ощущения «надвигающейся угрозы». Больным была характерна аффективная напряженность, подозрительность, настороженность, нередко отмечалось чувство тревоги. Часто формировалось избегающее поведение, вплоть до полного отказа покидать пределы дома. Так же отмечались бредовые идеи ипохондрического и дисморфофобического содержания, которые формировались на высоте аффекта, на фоне предшествующих бредовых расстройств. Реже возникали идеи вины, нигилизма, необычного религиозного или «магического» содержания. На высоте состояния могла отмечаться утрата критики к переносимому состоянию, формировалось бредовое поведение, однако после его стабилизации больные старались найти логическое объяснение своих переживаний (например больной, во время конфликтной ситуации на высоте возбужденности отмечавший ощущение управления со стороны матери, после разрешения ситуации объясняет свои ощущения тем, что «вел себя, как мать, так как «скопировал» ее поведение, наблюдая за ней во время конфликтов»). Описанные состояния отличались схожестью с первым периодом развития первичного бреда, «периодом предвестников» (первичного бредового настроения по К. Jaspers).

3.2.2 Психопатологические особенности аттенуированной психотической симптоматики с элементами кататонической дезорганизации (II тип)

Для больных с II типом аттенуированных психотических расстройств были характерны эпизоды застывания в виде обездвиженности, с повышением мышечного тонуса, субступорозное состояние в виде обеднения двигательной инициативы, замедленностью и уменьшения объема движений, элементов восковой гибкости, эпизодов мутизма (в виде речевой аспонтанности, который мог быть как тотальным, так и избирательным) с оскудением мышления и речи. Кроме этого у части больных кататонические расстройства были представлены внезапными нарушениями поведения с преходящей дискоординированностью произвольных движений, с тенденцией к импульсивности, манерности, аутоагрессией. При данном подтипе депрессий с АПС ни один пациент не демонстрировал смены возбуждения и ступора – всегда отмечался только один из типов нарушений. Так же были характерны явления малой кататонии, представленные вычурностью мимики и моторики, гримасничаньем, «гимнастическими» (по О.В. Кербикову, 1949) сокращениями лицевой мускулатуры, утратой пластичности движений, отдельными речевыми и двигательными стереотипиями, эхо-симптомами, непродолжительными двигательными итерациями. При этом после редукции кататонических расстройств, больные не могли понять, почему совершали данные действия, называли их «необъяснимыми». Они, например, импульсивно уезжали в другие города, выбрасывали важные документы и не могли в последующем объяснить, с какой целью предприняли данные действия. Один из пациентов рассказывал о том, что проходя мимо зеркала внезапно «корчил отражению гримасы», не понимал, зачем делает это, и в последствии был удивлен своим поведением. Другой, после прихода домой, раздевался догола и ходил в таком виде по дому, часто останавливался у зеркала, разговаривал с ним, рычал, выкрикивал отдельные слова и фразы.

3.2.3. Психопатологические особенности аттенуированной психотической симптоматики с шизоформными расстройствами мышления (III тип)

У пациентов с данным типом аттенуированной психотической симптоматики наблюдались массивные шизофреноподобные расстройства мышления в виде обрывов, наплывов, путаницы мыслей, кратковременных затруднений в экспрессии, восприятия, неожиданных ассоциаций, нецеленаправленности, аморфности суждений, соскальзываний, паралогики, нарушения структуры речи, семантических нарушений, персевераций, неологизмов. Больные жаловались на резкое снижение концентрации внимания, памяти, снижения скорости обработки информации, переключаемости, беглости речи. Больные жаловались, что прежде богатый словарный запас стал крайне скудным, считали себя «поглупевшими», «неспособными к диалогу». Так, один из пациентов в течение нескольких минут безуспешно искал среди цифр домофона трехзначное число. Мысли не поддавались контролю, отмечались наплывы абстрактных бессодержательных образных представлений.

3.3. Соотношение разновидностей депрессий и аттенуированной психотической симптоматики

В процессе проведенного исследования было установлена различная встречаемость разных типов АПС при различных разновидностях юношеских депрессий.

Переходя к описанию встречавшихся разновидностей депрессий, следует отметить, что они соответствовали описанной Т.В. Владимировой (1987) и Олейчиком И.В. (2008) классификации юношеских эндогенных депрессий, отражающей специфические возрастные проявления депрессивного синдрома.

Возможно из за малой выборки, выделенные И.В. Олейчиком «сенестопсихондрические» и «обсессивно-фобические» разновидности встречались крайне редко (2 и 1 случай соответственно), поэтому мы не сочли целесообразным выделять их отдельно и включили в описания других разновидностей депрессий по тому компоненту, который преобладал на втором

месте по степени выраженности, после собственно сенесто-ипохондрических и обсессивно-фобических переживаний. В данном случае таковыми оказались разновидности «дисморфофобических» и «психастеноподобных» депрессий.

При распределении пациентов с данными разновидностями депрессий по типам аттенуированной психотической симптоматики были выявлены определенные закономерности (см. табл. 3.1).

Таблица 3.1– Соотношение типов аттенуированной психотической симптоматики и разновидностей депрессий

Разновидности юношеских депрессий	Типы аттенуированной психотической симптоматики											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Всего							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
По типу юношеской астенической несостоятельности	2	8,7	8	29,7	10	20,0	5	26,3	4	26,7	19	22,6
Дисморфофобические	3	13	3	11,1	6	12,0	2	10,5	1	6,7	9	10,7
Метафизические	6	26,1	2	7,4	8	16,0	4	21	3	20	15	17,9
Гебоидные	3	13	3	11,1	6	12,0	6	31,6	1	6,7	13	15,5
Психастеноподобные	5	21,7	9	33,3	14	28,0	1	5,3	2	13,3	17	20,2
Деперсонализационные	4	17,5	1	3,7	4	8,0	-	-	2	13,3	7	8,3
С психогенным содержанием	-	-	1	3,7	1	2,0	1	5,3	2	13,3	4	4,8
Всего	23	100	27	100	50	100	19	100	15	100	84	100

Отмечалось преобладание депрессий по типу юношеской астенической несостоятельности (22,6%) и психастеноподобных (20,2%) депрессий. При сравнении по типам отмечалось преобладание психастеноподобных депрессий у I типа, гебоидных депрессий у II типа и депрессий по типу ЮАН у III типа (см. табл. 3.1).

Среди аттенуированной психотической симптоматики с элементами острого чувственного бреда (I типа 1 подтипа) преобладали «метафизические депрессии» (26,1%), отличавшиеся преобладанием сверхценных нарушений в виде пессимистических размышлений абстрактного содержания (например, о бессмысленности человеческого существования) с увлеченностью больного религией или "мрачными" философскими концепциями. Подобные переживания сочетались с интересом к методикам "расширения сознания", возможности получения некоего особенного психического опыта. Больные практиковали "осознанное сновидения", пытались погрузить себя в особое состояние,

переходное между сном и бодрствованием, применяли некие методики расширения сознания и познания своего "Я". Возможно, превалирование данной разновидности депрессий связано со схожестью ярких абстрактных метафизических и религиозных рассуждений с элементами острого чувственного бреда. Так же частыми для данного подтипа были «деперсонализационные» депрессии (17,5%), которые характеризовались доминированием деперсонализационных расстройств, в основном в виде аутопсихической деперсонализации, с чувством нарушения сознания "идентичности" и "целостности" собственного "Я", в виде психической анестезии, с ощущением утраты или неполноты чувств, ангедонии, что отражалось в мучительной рефлексии, доходящей в отдельных случаях до уровня «чувства болезненного бесчувствия» (*anaesthesia psychica dolorosa*). Так же эти состояния сопровождалось чувством неполноценности и ограниченности мышления, представлений, воспоминаний, ощущения нереальности происходящего. Нередко на высоте депрессии возникало ощущение нереальности происходящего с элементами искусственности, происходящих событий, их измененностью, возможной подстроенностью. Больные описывали свое состояние, как будто они являются действующим лицом какой-то компьютерной игры. По видимому высокая частота данной разновидности депрессий у данного типа АПС связана, в первую очередь, со сходными нарушениями чувственного восприятия, наличие деперсонализации и дереализации, возникающих как по аффективному механизму, так и в рамках аттенуированной психотической симптоматики. Частым у I типа 1 подтипа так же были психастеноподобные (21,7%) депрессии, которые будут тезисно описаны далее, в характеристике I типа 2 подтипа, где они преобладали.

При аттенуированной психотической симптоматике с элементами интерпретативного бреда (I типа 2 подтипа) преобладали «психастеноподобные» депрессии (33,3%), которые характеризовались доминированием расстройств психастеноподобного характера в виде трудности контакта с окружающими, нерешительности, неуверенности, с чувством "внутренней напряженности".

Характерным для больных было быстрое истощение психической активности, на фоне чего с легкостью развивалось избегающее поведение по типу “реакций отказа” [Иконников Д.В. 2005]. Часто встречались явления аутизации, некоторого эмоционального уплощения, напонирующие негативные симптомы. Так же были характерны отдельные обсессивно-фобические симптомы, чаще всего в виде навязчивого самоанализа (скорее в виде отвлеченного мудрствования, чем продуктивного), единичные фобии, навязчивые опасения и сомнения. Вероятно, подобная разновидность депрессий в большей степени проявляется ввиду идей отношения, и бредового настроения, равно как и остальной аттенуированной психотической симптоматики, свойственной данной группе и затрудняющей контакт с окружающими. Так же частым, для данного подтипа были «дисморфофобические» депрессии (11,1%), характеризующиеся преобладанием в клинической картине недовольства собственной внешности, а так же сверхценных идей физического недостатка политематического характера, переплетающихся с идеями о своей психической неполноценности. Данная разновидность депрессий часто встречается при АПС I типа 2 подтипа, вероятно, в связи с сочетанием сверхценных, доходящих до бредового уровня аттенуированных психотических идей, характерных для данного подтипа, с аналогичными сверхценными депрессивными переживаниями. Так же у данного подтипа часто встречались депрессии по типу ЮАН (26,7%, которые мы охарактеризуем в описании III типа, где они преобладали), и гебоидные депрессии (11,1%), которые мы тезисно опишем далее, как преобладавшие у II типа.

Для аттенуированной психотической симптоматики с элементами кататонической дезорганизации (II тип), было характерно преобладание «гебоидных» депрессий (31,6%), которым было свойственно доминирование психопатоподобных расстройств в клинической картине. Данные депрессии характеризовались симптомами нарушения поведения с склонностью к асоциальным поступкам и агрессии, выраженной оппозицией к окружающим и негативизмом, утрированным протестом к существующим нормам общежития,

конфликтностью, растормаживанием сексуального влечения, склонностью к деликвентному поведению, употреблению алкоголя и наркотиков, сходными с чертами патологически протекающего пубертатного криза. Депрессии этого вида отличались частым возникновением импульсивных поступков, без какой-либо их идеаторной разработки, характеризующиеся нелепостью, внезапностью возникновения и такого же внезапного их исчезновения. При этом собственно тимический компонент депрессивного синдрома был представлен дисфорическим окрасом, угрюмым, мрачным настроением. Превалирование данной разновидности депрессий, по-видимому, обусловлено теми асоциальными поступками, которые совершали обследуемые в состоянии интоксикации ПАВ, употребление которых в этом типе встречалось чаще, чем в остальных. Так же существенный вклад внесло нелепое поведение с элементами дурашливости, характерное для состояния кататонического возбуждения. Так же для данного типа была характерна высокая частота депрессий по типу ЮАН (26,3%), которые будут охарактеризованы далее, как преобладавшие у III типа.

Среди аттенуированной психотической симптоматики с шизоформными расстройствами мышления (III тип) преобладали депрессии с картиной «юношеской астенической несостоятельности» (26,7%), которые характеризуются доминированием в структуре синдрома своеобразных расстройств мышления, приводящих к существенным затруднениям в учебе, вплоть до полной невозможности организовать целенаправленную деятельность. Наряду с замедлением течения мыслей и трудностями концентрации внимания отмечались нарушения мышления, патогномоничные для шизофренического процесса с обрывом мыслей, искажением ассоциаций, элементами отчуждения психических процессов с ощущением «сделанности» мыслей, «чужих» мыслей, «звучанием» своего голоса в голове. Так же характерны повышенная утомляемость, иногда выходящая на первый план в симптоматике; ослабление инициативы, снижение энергии, активности, и, как следствие, продуктивности деятельности; невозможность и нежелание к длительному усилию при умственной нагрузке. Высокая частота данной разновидности депрессий, по-

видимому, обусловлена взаимным усилением когнитивных нарушений депрессивного и аттенуированного психотического генеза.

Хотя данное соотношение скорее случайно, и получено за счет малой выборки подобной разновидности депрессий, среди данного типа так же отмечалась более высокая встречаемость (13,3%) случаев депрессий «с психогенным содержанием», которые характеризовались тем, что ведущая роль в формировании клинической картины принадлежала психотравмирующей ситуации (депрессия возникала после психотравмирующей ситуации, психотравма находила отражение в переживаниях больного, переживания существенно ослабевали либо редуцировались после прохождения психотравмы). В качестве психотравмирующих воздействий преобладали проблемы в личной жизни обследуемых, реже реакции на смерть близких. Основные отличия депрессий такого типа у обследованных больных проявлялись легкостью возникновения явлений настороженности и подозрительности с ощущением “неслучайности” происходящего. Несмотря на отчетливый психогенный характер депрессий, имелась последующая идеаторная разработка психотравмирующих событий с поиском их скрытого смысла. Также для больных была характерна острая растерянность, не коррелируемая с тяжестью полученного стресса. Представляется возможным наличие своеобразной «обратной связи» между разновидностью депрессии и типом АПС в том смысле, что, если у больных с депрессией с психогенным содержанием и возникает аттенуированная психотическая симптоматика, то существенно чаще данная симптоматика будет относиться к III типу.

Таблица 3.2 - Соотношение депрессий в различных исследованиях

Разновидности депрессий Авторы исследований	ЮАН	Дизмор- фофоби- ческие	Мета- физи- ческие	Гебо- идные	Психа- стено- подоб- ные	Депер- сона- лизаци- онные	С пси- хоген- ным содер- жанием
Владимирова Т.В. 1987	37,9%	12,2%	11,7%	9,3%	12,6%	10,7%	5,5%
Олейчик И.В. 2008*	30,3%	11,7%	11,2%	8,4%	12,1%	8,9%	5,1%
Наше исследование	22,6%	10,7%	17,9%	15,5%	20,2%	8,3%	4,8%

* так же выделял синесто-ипохондрические 5,9% и обсессивно-фобические 6,9%

Стоит отметить, что в нашей группе больных с юношеской депрессией с АПС, в сравнении с группами больных юношеских депрессий без АПС в ранее проведенных исследованиях (Владимирова Т.В. 1987 и Олейчика И.В. 2008, см. табл. 3.2), отмечалось меньшее содержание депрессий с картиной «юношеской астенической несостоятельности» и большее число случаев среди видов «метафизических», «гебоидных» и «психастеноподобных» депрессий (практически вдвое для каждого вида), при сохранении процентного соотношения среди остальных видов («дисморфофобических», «деперсонализационных» и «с психогенным содержанием»), что, видимо, свидетельствует о модифицирующем влиянии АПС.

3.4. Взаимосвязь временных соотношений и степени выраженности аттенуированной психотической и депрессивной симптоматики

В процессе проведенного исследования были выявлены разные временные соотношения АПС и депрессий (см. рис.1). Так, АПС 1 подтипа I типа развивалась на высоте депрессивных расстройств и характеризовалась крайней непродолжительностью (минуты, обычно 1-2 раза в день; существенно редуцировалось в течение 1-2 недель после начала терапии, всегда полностью редуцировались на момент выписки – порядка 1,5 мес. терапии) и высокой степенью интенсивности. При 2 подтипе I типа АПС отмечалась относительно невысокая интенсивность АПС и заметно большая продолжительность данных переживаний (десятки минут, до часа; значимое снижение интенсивности переживаний отмечалось только к окончанию стационарирования – 1,5 мес терапии; практически никогда не редуцировалась полностью на момент выписки). Продолжительность у больных II типа была аналогична таковой у пациентов I типа 1 подтипа. Продолжительность у пациентов III типа была аналогична I типу 2 подтипу, но полной редукции АПС на момент выписки не отмечалось ни в одном из случаев.

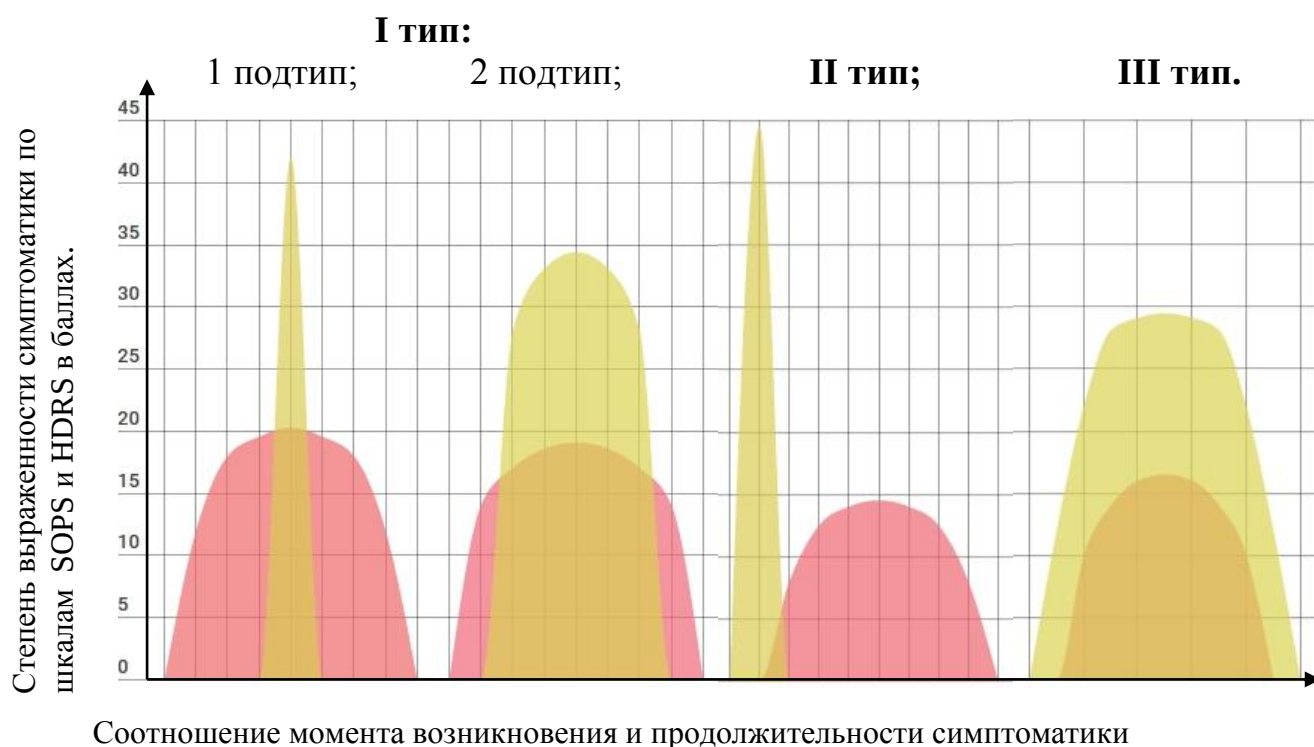


Рис.2 Соотношение выраженности аффективной и аттенуированной психотической симптоматики

● - депрессивная симптоматика. ● - АПС.

Как видно на рисунке 2, I тип продемонстрировал сравнительно больший уровень депрессивных расстройств, чем II и III типы, а динамика течения и степень выраженности АПС были различны у выделенных подтипов. Так аттенуированная психотическая симптоматика I тип 1 подтипа развивалась на высоте депрессивных расстройств и характеризовалась, обычно, крайней непродолжительностью и высокой степенью интенсивности.

Формирование аттенуированной психотической симптоматики по механизму интерпретативного бреда (I тип 2 подтип) преимущественно происходило параллельно с депрессивными переживаниями. Данная закономерность отмечалась и на этапе обратного развития состояния. Отмечалась относительно невысокая интенсивность АПС и заметно большая продолжительность данных переживаний.

Для больных II типа было характерно развитие депрессивных расстройств вслед за аттенуированными психотическими переживаниями, которые

характеризовались высокой интенсивностью и, обычно, малой продолжительностью.

Аттенуированные психотические симптомы, представленные у III типа, возникали до начала клинических проявлений депрессии и не могли быть объяснены исключительно структурой аффекта. Кроме того, наблюдалось усиление данных переживаний с присоединением депрессивного аффекта, ослабление их параллельно с редукцией депрессии и сохранение в дальнейшем расстройств мышления. Так же отмечалась низкая степень выраженности аттенуированной психотической симптоматики но заметно большая ее продолжительность.

При формализованной оценке степени выраженности аттенуированной психотической симптоматики на момент первичного поступления, выписки и катамнеза применялась шкала SOPS* (The Scale of Prodromal Symptoms), используемая для унифицирования подхода в оценке клинического состояния.

* Градация осуществлялась по следующим степеням: Сомнительная степень выраженности (интервал 1-4 балла для позитивных и негативных симптомов, 1-3 балла для шкал симптомов дезорганизации и общих симптомов, 1-10 баллов для суммарного бала), Слабая степень выраженности (интервал 5-8 баллов для позитивных и негативных симптомов, 4-6 балла для шкал симптомов дезорганизации и общих симптомов, 11-20 баллов для суммарного бала), Умеренная степень выраженности (интервал 9-12 баллов для позитивных и негативных симптомов, 7-9 баллов для шкал симптомов дезорганизации и общих симптомов, 21-30 баллов для суммарного бала), Сильная степень выраженности (интервал 13-16 баллов для позитивных и негативных симптомов, 10-12 баллов для шкал симптомов дезорганизации и общих симптомов, 31-40 баллов для суммарного бала), Очень сильная степень выраженности без психотической симптоматики (интервал 17-20 баллов для позитивных и негативных симптомов, 13-15 баллов для шкал симптомов дезорганизации и общих симптомов, 41-50 баллов для суммарного бала), Очень сильная степень выраженности с психотической симптоматикой (интервал 21-24 балла для позитивных и негативных симптомов, 16-18 баллов для шкал симптомов дезорганизации и общих симптомов, 51-60 баллов для суммарного бала).

Таблица 3.3 – Результаты оценки выраженности психопатологических симптомов по шкале продромальных симптомов (SOPS) на момент поступления

Всего больных Диапазон баллов		Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
		I тип						II тип		III тип		Итого	
		1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
		39	100	50	100	89	100	24	100	27	100	140	100
Позитивные симптомы	1-4	4	10,26	10	20,00	14	15,73	5	20,83	7	25,93	26	18,57
	5-8	11	28,20	14	28,00	25	28,09	10	41,67	15	55,55	50	35,71
	9-12	14	35,90	19	38,00	33	37,08	8	33,33	3	11,11	44	31,43
	13-16	7	17,95	7	14,00	14	15,73	0	0,00	2	7,41	16	11,43
	17-20	3	7,69	-	-	3	3,37	1	4,17	-	-	4	2,86
	21-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл		9,72		7,41		8,57		7,58		5,59		7,58	
Негативные симптомы	1-4	1	2,56	-	-	1	1,12	-	-	-	-	1	0,71
	5-8	-	-	2	4,00	2	2,25	1	4,17	3	11,11	3	2,14
	9-12	9	23,08	10	20,00	19	21,35	3	12,50	5	18,52	27	19,29
	13-16	15	38,46	19	38,00	34	38,20	14	58,33	8	29,63	59	42,14
	17-20	10	25,64	11	22,00	21	23,60	3	12,50	8	29,63	32	22,86
	21-24	4	10,26	8	16,00	12	13,48	3	12,50	3	11,11	18	12,86
Средний балл		15,31		15,57		15,44		15,58		13,07		14,88	
Симптомы Дезорганизации	1-3	1	2,56	9	18,00	10	11,24	-	-	1	3,70	11	7,86
	4-6	6	15,39	10	20,00	16	17,98	5	20,83	8	29,63	29	20,71
	7-9	20	51,29	19	38,00	39	43,81	7	29,17	15	55,56	61	43,57
	10-12	11	28,20	11	22,00	22	24,72	8	33,33	2	7,41	32	22,86
	13-15	1	2,56	1	2,00	2	2,25	4	16,67	1	3,70	7	5,00
	16-18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
Средний балл		8,31		6,06		7,19		10,38		5,37		7,53	
Общие симптомы	1-3	1	2,56	1	2,00	2	2,25	1	4,17	1	3,70	4	2,86
	4-6	8	20,52	12	24,00	20	22,47	1	4,17	4	14,81	25	17,86
	7-9	15	38,46	21	42,00	36	40,45	10	41,66	14	51,86	60	42,86
	10-12	13	33,34	15	30,00	28	31,46	9	37,50	8	29,63	45	32,14
	13-15	1	2,56	1	2,00	2	2,25	3	12,50	-	-	5	3,57
	16-18	1	2,56	-	-	1	1,12	-	-	-	-	1	0,71
Средний балл		8,59		7,18		7,89		10,63		6,15		8,14	
Суммарный балл	1-10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	11-20	-	-	2	4,00	2	2,25	-	-	-	-	2	1,43
	21-30	3	7,69	10	20,00	13	14,61	3	12,50	5	18,53	21	15,00
	31-40	15	38,46	15	30,00	30	33,71	9	37,50	12	44,44	51	36,43
	41-50	14	35,90	17	34,00	31	34,82	7	29,17	9	33,33	47	33,57
	51-60	7	17,95	6	12,00	13	14,61	5	20,83	1	3,70	19	13,57
Средний балл		41,9		34,3		38,1		44,5		29,4		37,5	
Критерий Краскела-Уоллеса $\chi^2 = 2,710$; p = 0,439													
Критерий Манна-Уитни I тип 1 подтип и III тип; z= -2,144;p = 0,032													
Критерий Манна-Уитни II тип и III тип; z= -1,971;p = 0,049													

Как видно на таблице 3.3, на момент поступления отмечаются сопоставимо высокие уровни баллов по различным подшкалам с некоторым преобладанием уровня баллов в подразделе «негативные симптомы», что объяснимо сопутствующей депрессивной симптоматикой. Среди типов отмечается сравнительно более низкий уровень баллов у III типа ($p < 0,05$) по всем субшкалам, особенно в подразделе «позитивные симптомы». При сравнении подтипов так же отмечался ряд особенностей – при отсутствии различий при сравнении всех подтипов ($p > 0,05$ по критерию Краскела-Уоллеса) отмечались различия при попарном сравнении (критерий Манна-Уитни): АПС у пациентов I типа 1 подтипа и II типа на момент поступления была выражена сильнее, чем у пациентов I типа 2 подтипа и пациентов III типа ($p < 0,05$), что согласуется с вышеприведенными психопатологическими описаниями. Причем высокие значения выраженности симптоматики у I типа 1 подтипа обусловлены, в основном, за счет субшкалы «позитивные симптомы», тогда как у II типа - за счет субшкалы «общие симптомы». Преимущественно здесь речь идет о таких параметрах, как «дисфоричное настроение» - описывающая, по мимо прочего, агрессивные и аутоагрессивные тенденции, и «двигательные нарушения» - в полной мере отражавшую диспластичность и другие проявления малой кататонии, характерные для данного типа больных. Так же отмечалось некоторое преобладание негативной симптоматики у I типа 2 подтипа по сравнению с остальными типами.

Таблица 3.4 - Результаты оценки выраженности психопатологических симптомов по шкале продромальных симптомов (SOPS) на момент выписки

		Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
		I тип						II тип		III тип		Итого	
		1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных		39	100	50	100	89	100	24	100	27	100	140	100
-Позитивные симптомы	1-4	29	74,36	38	76,00	67	75,28	20	83,33	23	85,19	110	78,57
	5-8	9	23,08	11	22,00	20	22,47	3	12,50	4	14,81	27	19,29
	9-12	1	2,56	1	2,00	2	2,25	-	-	-	-	2	1,43
	13-16	-	-	-	-	-	-	1	4,17	-	-	1	0,71
	17-20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	21-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл		3,59		3,33		3,46		3,26		3,63		3,45	
Негативные симптомы	1-4	3	7,69	8	16,00	11	12,36	-	-	2	7,41	13	9,29
	5-8	22	56,42	17	34,00	39	43,82	13	54,17	7	25,92	59	42,14
	9-12	3	7,69	11	22,00	14	15,73	4	16,67	8	29,63	26	18,57
	13-16	10	25,64	10	20,00	20	22,47	5	20,83	8	29,63	33	23,57
	17-20	1	2,56	4	8,00	5	5,62	2	8,33	2	7,41	9	6,43
	21-24	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл		8,59		9,69		9,14		10,13		10,48		9,72	
Симптомы Дезорганизации	1-3	20	51,29	22	44,00	42	47,19	7	29,17	10	37,04	59	42,14
	4-6	14	35,90	24	48,00	38	42,70	10	41,66	14	51,85	62	44,29
	7-9	5	12,81	4	8,00	9	10,11	6	25,00	3	11,11	18	12,86
	10-12	-	-	-	-	-	-	1	4,17	-	-	1	0,71
	13-15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	16-18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл		3,79		3,76		3,78		4,96		4,04		4,14	
Общие симптомы	1-3	26	66,67	29	58,00	55	61,80	13	54,17	13	48,15	81	57,85
	4-6	12	30,77	19	38,00	31	34,83	8	33,33	14	51,85	53	37,86
	7-9	1	2,56	2	4,00	3	3,37	3	12,50	-	-	6	4,29
	10-12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	13-15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	16-18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл		3,00		3,31		3,16		4,09		3,44		3,46	
Суммарный балл	1-10	3	7,69	6	12,00	9	10,11	-	-	2	7,41	11	7,86
	11-20	23	58,98	22	44,00	45	50,56	13	54,17	10	37,04	68	48,57
	21-30	10	25,64	15	30,00	25	28,09	7	29,16	14	51,85	46	32,86
	31-40	3	7,69	5	10,00	8	8,99	3	12,50	1	3,70	12	8,57
	41-50	-	-	2	4,00	2	2,25	-	-	-	-	2	1,43
	51-60	-	-	-	-	-	-	1	4,17	-	-	1	0,71
Средний балл		18,4		19,2		18,8		20,6		19,1		19,3	
$\chi^2 = 1,359; p = 0,715$													

На момент выписки (см. табл. 3.4) уровень АПС у изучаемых типов существенно не отличался друг от друга ($p > 0,05$), в первую очередь в связи с тем, что выписка пациентов производилась после редукции основной части психопатологической симптоматики, включая депрессии с АПС, до того уровня, когда данные переживания переставали оказывать выраженное влияние на

социальную адаптацию больного; ввиду чего практически не было эпизодов полной редукции АПС на момент выписки - они отмечались либо в виде эпизодически рецидивирующих психотических симптомов, частота возникновения которых снижалась на столько, что они не могли рассматриваться в рамках собственно АПС (например, 1 раз в 2 недели), либо ослабление их до уровня, который не позволял их расценивать даже на уровне аттенуированных, однако с отчетливым сохранением характера переживаний (например – подозрительность вместо идей отношения). Таким образом, поскольку решение о выписке принималось в соответствии с состоянием пациента, показатели по шкалам на момент выписки примерно соответствуют друг другу, хотя для достижения подобной положительной динамики у разных больных требовалось различное количество времени (в среднем от 1 до 3 месяцев) и различные дозировки препаратов. Тем не менее, пациенты II типа на момент выписки продемонстрировали более высокий уровень АПС, преимущественно за счет субшкалы «симптомы дезорганизации». По-видимому, причиной этого может являться меньшая степень редукции симптоматики у данного типа, или же более выраженная степень редукции симптоматики у больных I типа 1 подтипа, которые имели сопоставимую с II типом степень выраженности симптоматики на момент поступления, и сопоставимый с I типом 2 подтипом и III типом уровень симптоматики на момент выписки больных. Отмечается более низкий уровень негативной симптоматики на момент выписки у пациентов I типа 1 подтипа и у пациентов II типа по отношению к пациентам I типа 2 подтипа и III типа.

Для оценки глубины депрессивного аффекта использовалась шкала HDRS (Hamilton Depression Rating Scale).

Таблица 3.5 – Результаты оценки выраженности депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS) на момент поступления

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	39	100	50	100	89	100	24	100	27	100	140	100
Отсутствие (0-6 баллов)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Легкая степень (7-16 баллов)	8	20,51	7	14,00	15	16,85	5	20,83	8	29,63	28	20,00
Средняя степень (17-27 баллов)	23	58,98	34	68,00	57	64,05	16	66,67	15	55,56	88	62,86
Тяжелая степень (более 27 баллов)	8	20,51	9	18,00	17	19,10	3	12,50	4	14,81	24	17,14
Средний балл	20,2		19		19,6		14,5		16,5		17,6	
$\chi^2=6.692$; $p=0.082$												

По шкале Гамильтона на момент поступления у больных преобладала депрессивная симптоматика средней степени тяжести (62,86%). Среди типов выявлялся более высокий (на уровне тенденции $p=0,082$) уровень депрессивных расстройств у пациентов I типа по сравнению с остальными типами (предположительно за счет влияния бредовой симптоматики). Среди подтипов более высокий уровень отмечался у пациентов I типа 1 подтипа, за счет самой высокой среди подтипов частоты встречаемости депрессий тяжелой степени. Однако стоит отметить, что пациенты I типа 2 подтипа так же выделялись сильной выраженностью депрессивной симптоматики за счет большего количества случаев депрессии средней степени тяжести, при (относительно других типов) редкой встречаемости депрессий легкой и тяжелой степени. На момент поступления отмечался менее выраженный уровень депрессивных расстройств у больных III типа (преимущественно за счет снижения частоты встречаемости депрессий средней степени тяжести, при сохранении частоты депрессий тяжелой степени на незначительно сниженном, относительно других типов, уровне).

Таблица 3.6 – Результаты оценки выраженности депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS) на момент выписки

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	39	100	50	100	89	100	24	100	27	100	140	100
Отсутствие (0-6 баллов)	23	58,97	26	52,00	49	55,06	15	62,50	15	55,56	79	56,43
Легкая степень (7-16 баллов)	16	41,03	23	46,00	39	43,82	9	37,50	12	44,44	60	42,86
Средняя степень (17-27 баллов)	-	-	1	2,00	1	1,12	-	-	-	-	1	0,71
Тяжелая степень (более 27 баллов)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл	6,5		6,9		6,7		5,6		5,9		6,2	
$\chi^2 = 1,026; p = 0,795$												

Как видно из таблицы 3.6., на момент выписки у большинства пациентов (56,43%) отмечалось отсутствие депрессивной симптоматики. Реже встречалась депрессия легкой степени (42,86%) – преимущественно среди данных пациентов оказались те, у которых отмечалась депрессия тяжелой степени на момент поступления, либо же депрессия средней степени с уровнем аффективных переживаний, близким к критериям тяжелой степени депрессии. Среди изучаемых типов степень выраженности депрессивных расстройств сопоставима друг с другом ($p > 0,05$), несмотря на отчетливо более высокий уровень депрессивных переживаний у пациентов I типа на момент поступления. Исходя из этого можно предположить, что сопутствующая нейрорептическая терапия (получаемая всеми пациентами изучаемых типов) оказывает антидепрессивный эффект (либо усиливает таковой эффект антидепрессантов) на пациентов с бредовыми переживаниями в большей степени, чем на пациентов с другими типами АПС. Так же сопоставимый уровень аффективной симптоматики обусловлен одинаковыми критериями, которые требуются от состояния больных на момент выписки (что описывалось выше на примере оценки баллов по шкале SOPS на момент выписки). И тем не менее следует отметить слабую тенденцию к большей степени выраженности депрессивной симптоматики у пациентов I типа 2 подтипа и, в меньшей степени, пациентов III типа.

Глава 4

Особенности течения и исходов на момент 5-ти летнего катамнеза юношеских депрессий с аттенуированной психотической симптоматикой

В процессе проводимого катамнестического фрагмента исследования были проанализированы закономерности течения и исхода заболевания, выявлены прогностические критерии. Катамнестическая группа представлена 56 больными, которые были стационарированы в клинику НЦПЗ в юношеском возрасте (в 2009-2011 г.г.) по поводу депрессивного состояния, в структуре которого выявлялась аттенуированная психотическая симптоматика, и которые в дальнейшем (в 2015-2016 г.г.) были обследованы клинико-катамнестическим методом.

По представленности выделенных типов аттенуированных психотических симптомов, катамнестическая группа была сопоставима с изученной ранее клинической ($p > 0,05$), что позволило экстраполировать выявленные при изучении катамнестической группы закономерности на всех больных.

Таблица 4.1 – Распределение больных клинической и катамнестической групп по выделенным типам юношеских депрессий с АПС.

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	39	27,9	50	35,7	89	63,6	24	17,1	27	19,3	140	100
Клиническая группа	23	27,4	27	32,1	50	59,5	19	22,6	15	17,9	84	60
Катамнестическая группа	16	28,6	23	41,1	39	69,7	5	8,9	12	21,4	56	40
По критерию Манна-Уитни $z=-0,414$; $p = 0,679$												

4.1. Особенности течения инициального этапа

Под инициальным этапом в данном исследовании мы понимали период нарастания расстройств – от незначительного и не беспокоящего больного субклинического уровня, до того состояния, которое было квалифицировано как

собственно депрессия с аттенуированной психотической симптоматикой. Инициальный этап у данной группы пациентов присутствовал в подавляющем большинстве случаев (96,43%). Его основные характеристики представлены в таблице 4.2, где отражены психопатологические варианты и длительность.

Таблица 4.2 Характеристики инициального этапа

	Тип аттенуированной психотической симптоматики											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Психопатологические варианты инициального этапа												
Отсутствует	-	-	-	-	-	-	-	-	2	16,67	2	3,57
С преобладанием аффективных расстройств	8	50,00	13	56,52	21	53,85	2	40,00	8	66,67	31	55,36
Неврозоподобный	2	12,50	3	13,04	5	12,82	-	-	1	8,33	6	10,71
Психопатоподобный	3	18,75	5	21,74	8	20,51	3	60,00	1	8,33	12	21,43
С преобладанием сверхценных расстройств	3	18,75	2	8,70	5	12,82	-	-	-	-	5	8,93
$\chi^2 = 6,838; p = 0,077$												
Длительность инициального этапа												
Отсутствует	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	2	16,67	3	5,36
До года	1	6,25	3	13,04	4	10,26	1	20,00	2	16,67	7	12,50
1-3 года	8	50,00	12	52,17	20	51,29	2	40,00	5	41,66	27	48,21
4-6 лет	7	43,75	6	26,09	13	33,33	2	40,00	3	25,00	18	32,14
7-9 лет	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
$\chi^2 = 2,865; p = 0,413$												

Как видно по данным приведенным в табл. 4.2., наиболее часто (55,36%) инициальный этап характеризовался преобладанием аффективных расстройств. Так же отмечалась относительно высокая представленность психопатоподобного варианта. Характеристики инициального этапа у разных типов отличались ($p=0,077$ – достоверность различий на уровне тенденций): аффективные расстройства преобладали у I типа (53,85%) и III типа (66,67%), которые чаще всего были представлены циклотимоподобными колебаниями с преобладанием субдепрессий. По содержанию клинических проявлений, выявляемые у пациентов с аффективными расстройствами симптомы обычно не отличались от типичных для юношеских депрессий – выраженный полиморфизм клинической

картины со стертой и атипичной симптоматикой, рудиментарность собственно тимического компонента, когнитивные расстройства, преимущественно на уровне нарушения концентрации внимания и забывчивости.

У пациентов II типа чаще встречался психопатоподобный вариант – (60,00%), проявлявшийся, в основном, т.н. «гебоидными проявлениями», с психопатоподобными расстройствами, деликвентным поведением, злоупотреблением ПАВ, агрессивным и аутоагрессивным поведением.

Вариант с преобладанием сверхценных расстройств, который характеризовался доминированием в структуре инициального этапа депрессивных расстройств по типу идей самообвинения, самоуничтожения с дисморфофобической фабулой, доходивших до сверхценного уровня, и сверхценных расстройств в виде метафизических доктрин и особого мировоззрения с депрессивной оценкой себя и окружающих, встречался только у I типа депрессий с АПС. Так же стоит отметить, что отсутствие инициального этапа (что в обоих случаях было сопряжено с дебютом расстройств после экзогенной провокации) отмечалось только у больных III типа. Подтипы I типа в рамках закономерности развития инициального этапа практически не продемонстрировали различий, за исключением несколько меньшей встречаемости психопатоподобного варианта у 1 подтипа (18,75%) I типа по сравнению со 2 подтипом (21,74%), и несколько большей встречаемостью инициального этапа с преобладанием сверхценных расстройств у пациентов I типа 1 подтипа (18,75%) по сравнению с I типом 2 подтипом (8,7%).

У большинства больных (82,14%) отмечался длительный, многолетний инициальный этап (средняя продолжительность $3 \pm 1,5$ года). Длительность инициального этапа чаще всего (у 48,21% больных) составляла 1-3 года. Так же относительно часто длительность инициального этапа была в диапазоне 4-6 лет, что в среднем составило 32,14% случаев. Другие варианты длительности инициального этапа (менее года и 7-9 лет) встречались существенно реже – суммарно 14,23%. Так же следует отметить, что данная тенденция в большей степени относится к I типу, чем ко II и III, которые имели более равномерное

распределения по длительности инициального этапа, при сохранении описанной выше тенденции. При описании подтипов следует обратить внимание, что у I типа 1 подтипа и II типа несколько чаще встречались более длительные инициальные этапы, а у I типа 2 подтипа и III типа чаще встречались менее продолжительные инициальные этапы (статистически не достоверно $p > 0,05$). Хотя в данном случае следует учитывать, что, как мы описывали в 3 главе, I тип 1 подтип и II тип характеризуются более «острым» возникновением АПС, а для I типа 2 подтипа и III типа более характерно постепенное развитие АПС, что, по-видимому, и находит свое отображение в длительности инициального этапа.

При оценке уровня преморбидного функционирования с использованием шкалы PAS (Premorbid Adjustment Scale)* по мере приближения начала заболевания отмечается ухудшение функционирования у всех типов, оставаясь, тем не менее, в границах «среднего» уровня преморбидного функционирования (см. Рис. 4.1). Только у больных I типа (в основном за счет 2 подтипа) в возрасте «старше 19 лет» отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня преморбидного функционирования (более 0,53 баллов), характеризующееся существенными нарушениями как в области социальной активности, личностных взаимоотношений, включая отношения с противоположным полом, так и успеваемости и качества учебной адаптации в целом. Так же пациенты I типа 2 подтипа продемонстрировали худшие уровни преморбидного функционирования во всех возрастных категориях. Достаточно высокий уровень преморбидного функционирования продемонстрировали пациенты III типа, хотя клинически мы отмечали начало АПС у данного типа до депрессивных переживаний. По-видимому, это связано с низкой степенью интенсивности АПС у данного типа (что так же подтверждается нашими наблюдениями), которая не приводит к выраженной дезадаптации на преморбидном этапе.

* Были использованы стандартные для этой шкалы критерии оценки: 0-0,22 - высокий уровень преморбидного функционирования; 0,23-0,53 - средний уровень преморбидного функционирования; 0,53-1 - низкий уровень преморбидного функционирования.

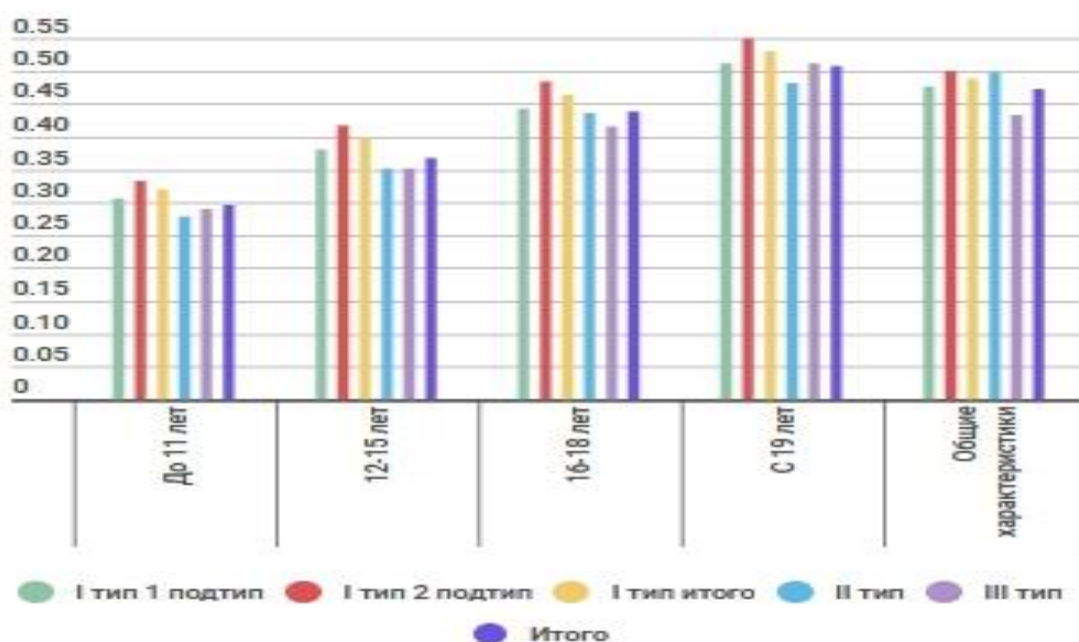


Рисунок 4.1 – Результаты оценки преморбидного функционирования по шкале PAS

На протяжении инициального этапа у многих больных были выявлены экзогенные факторы, к которым относились: употребление ПАВ (психоактивных веществ), соматические и неврологические заболевания, и случаи выраженной психогении.

Таблица 4.3 – Экзогенные факторы перед развитием депрессии с АПС

Экзогенные факторы*	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Употребление ПАВ	2	12,50	5	21,74	7	17,95	1	20,00	3	25,00	11	19,64
Соматические/неврологические заболевания	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Выраженная психогения	1	6,25	1	4,35	2	5,13	1	20,00	4	33,33	7	12,50
Без экзогенных провокаций	13	81,25	16	69,56	29	74,36	3	60,00	5	41,67	37	66,07
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Критерий Краскела-Уоллеса $\chi^2 = 3,714$; p = 0,846												
Критерий Манна-Уитни z = -1.937; p = 0.050												

*При наличии нескольких факторов учитывался только тот, чья интенсивность выше.

Перед развитием депрессии с АПС экзогенные факторы (см. табл. 4.3) встречались примерно в трети всех случаев. В основном речь идет о употреблении психоактивных веществ и, в меньшей степени, психогениях. Чаще всего экзогенные провокации инициального этапа отмечались у больных III типа ($p=0,05$ по критерию Манна-Уитни) – единственном типе, в котором частота случаев с экзогенной провокацией (суммарно 58,33%) превысило частоту аутохтонного развития заболевания. Здесь, вероятно так же может иметь значение предположение, сделанное нами в 3 главе для описания аналогичной связи между экзогенными факторами и III типом, рассмотренными тогда на примере структуры депрессии – о возможной «обратной связи», а именно, что если на относительно ровном эндогенном фоне, в связи с экзогенными провокациями и возникает АПС, то она с большей вероятностью возникнет по типу когнитивных нарушений, чем по бредовому механизму или в виде кататонической дезорганизации.

4.2. Социально-трудовые характеристики больных на момент развития депрессии с АПС

Данные об уровне образования и социально-трудовом статусе больных к моменту первичного обследования представлены в таблице 4.4. На момент развития депрессии с АПС уровень образования у больных преимущественно соответствовал начальным этапам образования – старшим классам школы, обучению в колледже, младшим курсам ВУЗа (48,57%). 30% пациентов на момент обследования не учились – были отчислены из учебных заведений, находились в академическом отпуске или не стали продолжать обучение после окончания школы. На долю пациентов, учащихся в старших классах, либо закончивших колледж или институт приходилось 21,43%.

Имеется некоторая тенденция к более высокому уровню образования у пациентов I типа 1 подтипа и более низкому уровню образования у пациентов I типа 2 подтипа.

Таблица 4.4 Уровень образования и социально-трудовой статус на момент развития депрессии с АПС

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	39	100	50	100	89	100	24	100	27	100	140	100
Уровень образования на момент развития депрессии с АПС												
Прервал обучение	12	30,77	15	30,00	27	30,34	7	29,17	8	29,63	42	30,00
Учащийся	17	43,59	27	54,00	44	49,44	11	45,83	13	48,15	68	48,57
Завершил обучение	10	25,64	8	16,00	18	20,22	6	25,00	6	22,22	30	21,43
Критерий Краскела-Уоллеса $\chi^2 = 6,872$; p = 0,076												
Критерий Манна-Уитни z = -2,425; p = 0,015												
Уровень социально-трудового статуса на момент развития депрессии с АПС												
Не работает, не учится	4	10,26	9	18,00	13	14,61	4	16,67	-	-	17	12,14
Не работает, учится	26	66,67	28	56,00	54	60,67	11	45,83	22	81,48	87	62,14
Работает, не учится	6	15,38	7	14,00	13	14,61	5	20,83	5	18,52	23	16,43
Работает, учится	3	7,69	6	12,00	9	10,11	4	16,67	-	-	13	9,29
$\chi^2 = 1,754$; p = 0,625												

На момент поступления большинство пациентов получали образование и не совмещали его с работой (62,14%). Часть пациентов (16,43%) предпочли вместо получения образования, либо за время нахождения в академическом отпуске устроиться на работу, однако трудоустроиться у них получалось преимущественно на непостоянную, неквалифицированную работу. К неблагоприятному уровню социально-трудового статуса были отнесены 12,14% пациентов, которые не учились и не работали. Только у 9,29% пациентов получалось совмещать получение образования и работу.

Наиболее неблагоприятный социально-трудовой статус (различия достоверны по уровню образования $p < 0,05$; недостоверны по уровню социально-трудового статуса $p > 0,05$) продемонстрировали пациенты I типа 2 подтипа, среди которых 18% не училось и не работало. Наибольшее количество пациентов, которые совмещали работу и учебу относятся ко II типу, однако этот же тип продемонстрировал наибольшее распределение между различными уровнями социально-трудового статуса. Дdiamетрально противоположные результаты – с максимальной встречаемостью учащихся и не работающих пациентов продемонстрировали пациенты III типа, среди которых к тому же полностью

отсутствовали как не учащиеся и не работающие, так и совмещающие учебу с работой.

Для оценки социально ориентированного и социального функционирования использовалась шкала PSP* (Personal and Social Performance scale). Уровень социального функционирования на момент развития депрессии с АПС соответствовал (см. табл. 4.5), в большинстве случаев (77,14%) интервалу от 31 до 60 баллов, что соответствует средне-низкому уровню социального функционирования. Основной вклад в нарушения функционирования вносил такой подраздел как «социально полезная деятельность», который отображает дезадаптацию в работе и учебе. В меньшей степени выраженности на суммарный балл оказывали влияние нарушения в области социальных отношений, где затруднения были очевидны окружающим, но не оказывали существенного влияния на уровень функционирования; и области, характеризующей поведение больных, как беспокоящее и агрессивное, с грубостью, замкнутостью, постоянными жалобами, повышением голоса, и излишне фамильярным тоном

* Следует уточнить, что в данной шкале более высокие значения по первым четырем показателям (представленные на рисунке 4.2) означают более низкий уровень функционирования, а последнее значение «общий балл» (представленное в таблице 4.5) наоборот - демонстрирует более высокий уровень функционирования. Для ранжирования использовались стандартные для данной шкалы описания интервалов:

90-81 - Симптомы отсутствуют или минимальны (напр., умеренная тревожность перед экзаменами), сохраняется хорошее функционирование в широком диапазоне сфер; социальная эффективность; обычно удовлетворенность жизнью; повседневные заботы, которые лишь в редких случаях выходят из-под контроля (напр., периодически возникающие ссоры в семье).

80-71 - Если симптомы присутствуют, то они кратковременны и являются ожидаемой реакцией на психосоциальный стресс (напр., трудности с концентрацией внимания после семейной ссоры); не более, чем слабое ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах.

70-61 - Некоторые слабые симптомы (напр., депрессивное настроение и умеренная бессонница) или некоторые затруднения в социальной и профессиональной сферах (напр., периодические прогулы в школе, институте, кражи из дома). Как правило, функционирование достаточно хорошее; индивид имеет осмысленные межличностные взаимоотношения.

60-51 - Умеренные симптомы (напр., уплощенный аффект и патологическая обстоятельность, внезапные панические атаки) или умеренное затруднение в социальной и профессиональной сферах (напр., друзей немного, конфликты с ровесниками и коллегами по работе).

50-41 - Серьезные симптомы (напр., суицидальные идеи, ярко выраженные обсессивные ритуалы, частые кражи из магазинов) или серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах (напр., полное отсутствие друзей, неспособность сохранения рабочего места).

40-31 - Выраженное ухудшение в различных сферах, таких как работа, семейные отношения, рассудочность, мышление или настроение (напр., избегание друзей; пренебрежение семьей; неспособность выполнять работу), или некоторое ослабление в оценке реальности или общении (напр., речь временами невразумительна, нелогична или не относится к делу), или единичная серьезная суицидальная попытка.

30-21 - Поведение в значительной степени определяется бредовыми идеями и галлюцинациями или значительное затруднение в общении или критике (напр., временами бессвязен, совершает грубо неадекватные поступки, суицидальная настроенность) или неспособность функционировать в большинстве сфер (напр., больной целыми днями лежит в постели, безработный, бездомный).

общения. В разделе, характеризующем самообслуживание пациентов, нарушения были выражены слабо - о них было известно лишь очень близким людям и они не оказывали влияния на функционирование.

Таблица 4.5 – Уровень социального функционирования, оцененный по шкале PSP на момент развития депрессии с АПС

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
81-90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71-80	1	2,56	1	2,00	2	2,25	-	-	-	-	2	1,43
61-70	6	15,38	3	6,00	9	10,11	3	12,50	6	22,22	18	12,86
51-60	12	30,77	14	28,00	26	29,21	6	25,00	8	29,63	40	28,57
41-50	9	23,08	13	26,00	22	24,72	5	20,83	9	33,33	36	25,71
31-40	11	28,21	11	22,00	22	24,72	6	25,00	4	14,81	32	22,86
21-30	-	-	8	16,00	8	8,99	4	16,67	-	-	12	8,57
Всего больных	39	100	50	100	89	100	24	100	27	100	140	100
$\chi^2 = 8,188; p = 0,042$												

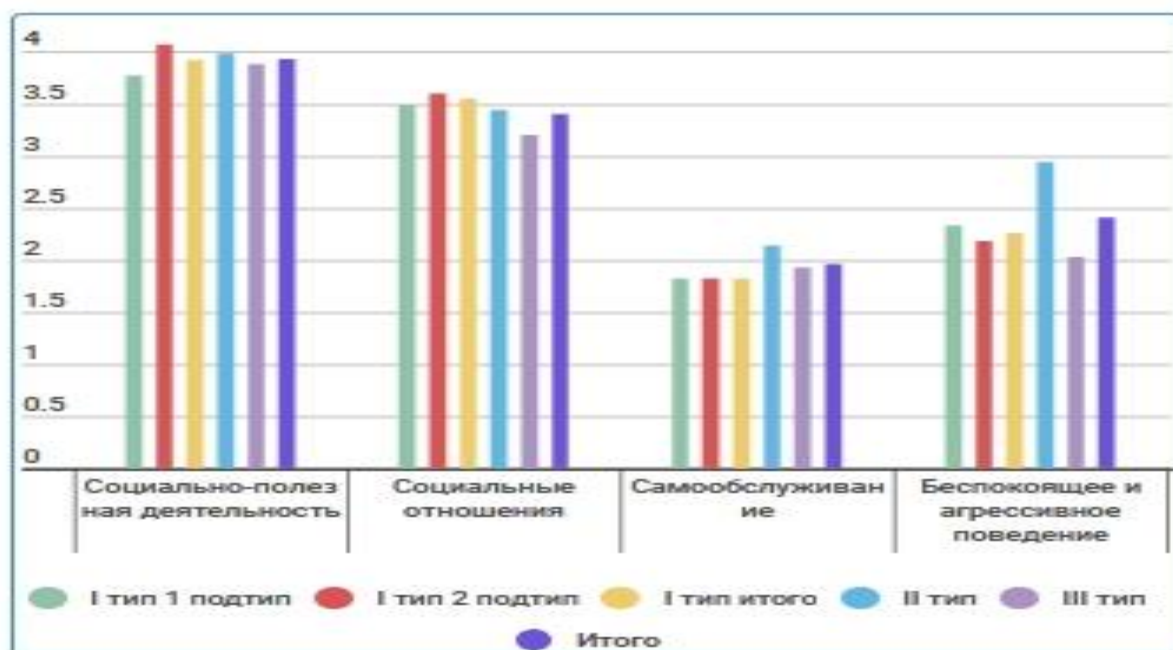


Рисунок 4.2 - Кластерный анализ уровня социального функционирования по шкале PSP на момент поступления.

На момент развития депрессии с АПС наиболее успешными ($p < 0,05$) были больные I типа 1 подтипа и III типа. Так у них отмечался более высокий уровень функционирования. Причем низкий уровень функционирования на момент

поступления у I типа 2 подтипа был обусловлен преимущественно проблемами с работой, учебой и социальными отношениями, тогда как у II типа низкий уровень был обусловлен проблемами самообслуживания и, в большей степени, беспокоящим и агрессивным поведением, выразившимся в раздражительности и дисфоричным настроением (см. рис. 4.2).

4.3 Особенности течения и исхода заболевания по данным 5-ти летнего катамнеза

Для проведения анализа дальнейшего течения заболевания и определения его исхода применялся клинико-катамнестический метод, при помощи которого было обследовано 56 больных юношеской эндогенной депрессией, имеющей в своей структуре аттенуированную психотическую симптоматику. Длительность катамнеза составила не менее 5 лет.

При анализе пятилетнего течения депрессий с АПС было выделено пять разновидностей: 1) с единичным депрессивным эпизодом, 2) рецидивирующее течение, 3) рецидивирующее течение с усложнением симптоматики, 4) с хронификацией симптоматики, 5) с развитием психотического приступа (см. табл. 4.6).

Течение юношеских депрессий с АПС с единичным депрессивным эпизодом с последующим формированием интермиссии отмечалось в 19,6% случаев. Больные, однократно госпитализированные в психиатрический стационар, выписывались с редукцией симптоматики и в дальнейшем демонстрировали полную как симптоматическую, так и функциональную ремиссию. Чаще такое течение встречалось у больных I типа 1 подтипа (43,8% наблюдений).

Рецидивирующее течение (21,45% случаев) характеризовалось восстановлением доморбидного уровня социального функционирования после полной редукции психопатологических расстройств. Однако в дальнейшем за пятилетний срок катамнестического наблюдения у них вновь развивались повторные депрессии сходной психопатологической структуры с

возобновлением АПС, степень выраженности которых была сопоставима с таковой в первом депрессивном эпизоде. Такое течение было наиболее характерно для больных с II типом АПС (40,0% случаев). Повторные депрессивные эпизоды отличались большей выраженностью и продолжительностью наличия симптоматики, постепенно принимая форму декомпенсации психопатий.

Рецидивирующее течение с усложнением клинической картины повторных депрессий (25,0% случаев) характеризуется присоединением расстройств иных регистров (неврозоподобных, психопатоподобных), при этом непосредственно АПС в последующих аффективных эпизодах не выявлялись. Депрессии характеризовались ослаблением признаков витальности, «стиранием» тимического компонента, искажением депрессивной триады. На первый план выходили полиморфные сенесто-ипохондрические, обсессивно-фобические, деперсонализационные, а также психопатоподобные расстройства, маскирующие аффективную симптоматику, которые по своей структуре были схожи с редуцировавшимися АПС, но не достигали их степени интенсивности. Повторные депрессивные эпизоды характеризовались затяжным течением и сопровождалась ухудшением социально-трудовой адаптации и качества жизни, что чередовалось с периодами неполной ремиссии в которой выявлялись признаки депрессий, что было характерно для пациентов с I типом 2 подтипом АПС (39,1% случаев).

В случае хронификации симптомов юношеской депрессии с АПС (23,2% случаев) к моменту выписки на фоне редукции АПС сохранялись отдельные расстройства субдепрессивного уровня, проявляющиеся в сохранении стойкой гипотимии, неполном восстановлении когнитивных функций, персистенции идеаторного торможения. Последующая динамика депрессивных расстройств носила непрерывный, флюктуирующий характер. На фоне экзацербации болезненного процесса в последующих эпизодах отмечалась нарастающая атипичность аффективных расстройств, которые становились все более выхолощенными, эмоционально обедненными, стереотипными. В дальнейшем определялась

тенденция к их стабилизации на одном уровне с формированием отчетливых, стойких негативных расстройств со значительным снижением или утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией, утратой интересов и/или формированием патологических влечений, сужением круга общения и невозможностью устойчивых партнерских отношений. Такое течение наиболее часто (41,7% случаев) встречалось у больных III типа.

Таблица 4.6 - Разновидности течения юношеских депрессий с АПС

Разновидности течения	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Единичный депрессивный эпизод	7	43,8	3	13,1	10	25,7	-	-	1	8,3	11	19,65
Рецидивирующее течение	3	18,7	4	17,4	7	17,9	2	40,0	3	25,0	12	21,45
Рецидивирующее течение с усложнением симптоматики	2	12,5	9	39,1	11	28,2	1	20,0	2	16,7	14	25,0
С хронификацией симптоматики	2	12,5	5	21,7	7	17,9	1	20,0	5	41,7	13	23,2
С развитием психотического приступа	2	12,5	2	8,7	4	10,3	1	20,0	1	8,3	6	10,7
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100

Проанализируем более подробно разновидность течения заболевания с развитием манифестного психотического приступа (10,7% случаев). Следует уточнить, что указанная частота была существенно ниже, чем в аналогичных исследованиях без применения антипсихотической терапии (см. рис. 4.3)

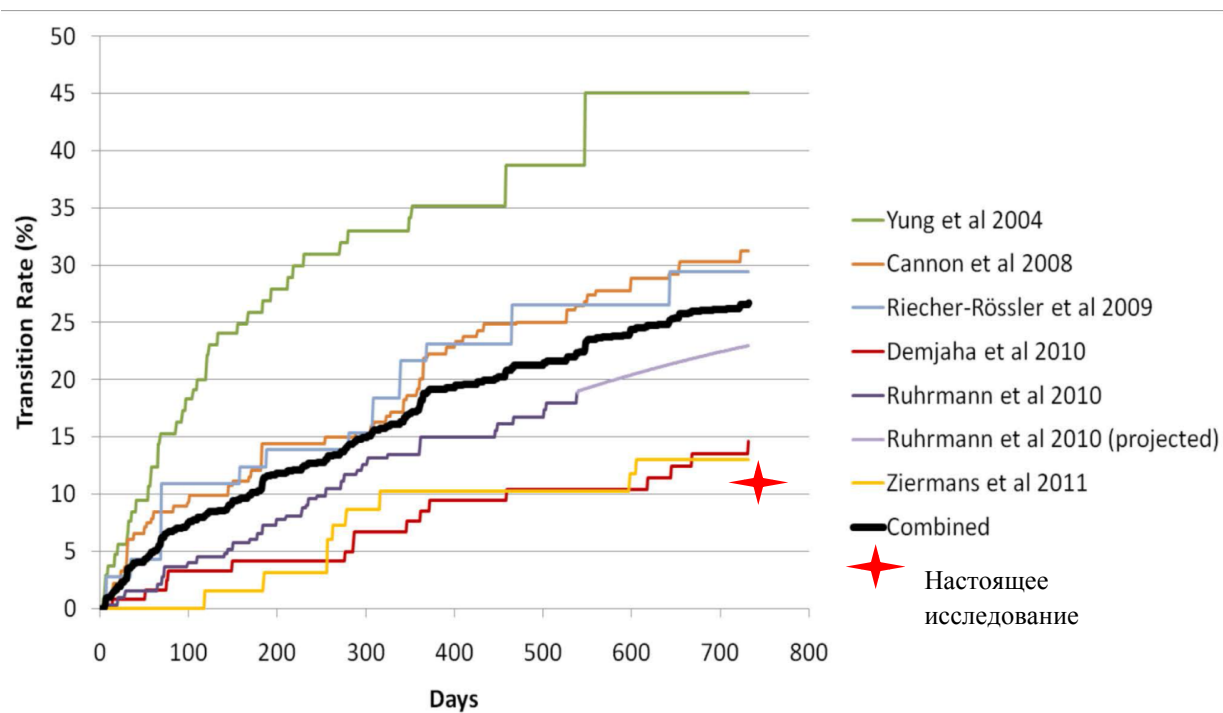


Рисунок 4.3 Манифестация шизофрении в группе больных с АПС (метаанализ графиков функции по методу Каплана-Мейера)

Изучение их типологической принадлежности продемонстрировало примерно равную встречаемость среди больных с АПС различных типов. При анализе доманифестного статуса у этих больных необходимо отметить отчетливую тенденцию наследственной отягощенностью I и II степени родства (33,4%), наличием перинатальной патологии (66,6%), искажением онтогенетического развития, имевшее место у всех пациентов данной группы (33,3% - с опережением, 33,3% - с отставанием, 33,4% - с симптомами гиперактивности и нарушения внимания). Преморбидные особенности личности определялись в 33,4% случаев как мозаичный шизоид, 66,6% - сенситивный шизоид. У всех изученных больных отмечалось утрированное протекание пубертатного криза с психопатоподобным поведением, аффективной лабильностью, фобиями. По шкале PAS отмечалась тенденция к более выраженному снижению преморбидного функционирования к моменту первого депрессивного эпизода. Средний возраст развития депрессивного эпизода с АПС составил $19,3 \pm 1$ года, что было меньше среднего по типам.

Развитие АПС происходило в соответствии с описанными закономерностями для каждого из выделенных типов, однако их интенсивность была выше, чем в среднем по группе на момент поступления (45,6 баллов по SOPS), отсутствовали пациенты с низким уровнем АПС – все больные имели более 30 баллов по шкале SOPS. На момент выписки отмечалась неполная редукция АПС - 27,2 балла в среднем и не менее 21 балла, что статистически значимо ($p>0,05$) выше средних баллов по SOPS на момент выписки среди остальных больных (19,3 баллов). Дальнейшее течение заболевания у больных отличалось рецидивирующим характером с развитием повторных депрессий с АПС большей степени выраженности, чем при первой депрессии.

Психотический приступ развился в среднем через 1,5 года после первой депрессии с АПС, при этом в большинстве случаев (66,6%) его структура определялась как галлюцинаторно-бредовая с острым началом, массивностью психотических расстройств, сочетанием симптомов острого чувственного и интерпретативного бреда. В 16,6% наблюдений манифестный приступ характеризовался как кататоно-галлюцинаторно-бредовой, а в 16,6% случаев – как аффективно-бредовой. У пациента с аффективно-бредовым приступом, ввиду психопатологических особенностей приступа и отсутствия в последующем выраженных личностных изменений, состояние квалифицировано как шизоаффективный психоз, остальным выставлена приступообразно-прогредиентная шизофрения. У 4 больных манифестный приступ развился на фоне отмены поддерживающей терапии, у одного на фоне существенного снижения дозы препарата. Только один из пациентов данной группы регулярно принимал поддерживающую терапию в адекватной терапевтической дозе (aripiprazole 15 мг/сут), на момент катмнеза у него отмечался статистически значимый ($p>0,05$) лучший уровень функционирования (55 баллов PSP), чем у других больных, перенесших приступ (30 баллов PSP в среднем).

Данные социально-трудовых показателей в катмнестической группе представлены в таблице 4.7.

Таблица 4.7 Социально-трудовой статус на момент катamnестического обследования

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Уровень образования на момент катamnестического обследования												
Прервал обучение	4	25,0	10	43,48	14	35,89	2	40,0	5	41,67	21	37,5
Учащийся	2	12,5	2	8,69	4	10,26	-	-	1	8,33	5	8,93
Завершил обучение	10	62,5	11	47,83	21	53,85	3	60,0	6	50,0	30	53,57
$\chi^2 = 2,575; p = 0,462$												
Трудовой статус на момент катamnестического обследования												
Не работает	4	25,00	5	21,74	9	23,08	1	20,00	7	58,34	17	30,36
Неквалифици- рованная	5	31,25	9	39,13	14	35,9	3	60,00	2	16,66	19	33,93
Квалифицированная + специализированная	7	43,75	9	39,13	16	41,02	1	20,00	3	25,00	20	35,71
$\chi^2 = 8,198; p = 0,043$												
Сравнительный уровень трудовой адаптации												
Повышение трудоспособности	7	43,75	9	39,13	16	41,03	1	20,00	2	16,67	19	33,93
Сохранение трудоспособности	4	25,0	9	39,13	13	33,33	3	60,00	4	33,33	20	35,71
Снижение трудоспособности	5	31,25	5	21,74	10	25,64	1	20,00	6	50,00	17	30,36
$\chi^2 = 7,323; p = 0,055$												

На момент катamnеза среднее специальное и высшее образование получили, либо находились на этапе его завершения более половины (53,57%) больных. Более трети (37,5%) прекратили обучение (после школы, либо находились в академическом отпуске). Лишь незначительное число пациентов (8,93%) продолжали получение образования на момент катamnеза. Для сравнения с популяцией ввиду того, что возраст исследуемой группы находился в основном в диапазоне 24-30 лет, было решено ориентироваться на показатели интервала в 25-29 лет*.

Согласно имеющимся популяционным данным, к «завершившим» образование следует считать лиц с высшим, средним специальным и средним

* По данным переписи населения 2010г отмечался следующий уровень образования мужского населения России в возрасте 25-29 лет: Высшее – 30,7%, неполное высшее 6,1%, среднее специальное – 29,7%, среднее профессиональное – 7,0%, среднее общее – 16,6%, основное общее – 8,1%, начальное общее – 1,3%, не имеют начального общего – 0,5%.

профессиональным образованием – что равно 67,4%. Таким образом, полученные в настоящем исследовании 53,57% для лиц «завершивших» образование, является более низким уровнем образования. Поскольку имеющиеся популяционные данные не отображают динамику образовательного процесса, сравнить данные «продолжающих обучение» не представляется возможным. К «прервавшим обучение» в рамках приведенной таблицы относятся не закончившие школу или не поступавшие после школы (среднее общее, основное общее, основное начальное и не имеющие начального образования). Не известно, учитывали ли авторы таблицы отчисленных на ранних курсах, как имеющих «неполное высшее», или рассматривали в рамках данной категории только продолжающих обучение студентов, поэтому для сравнения мы объединим группы «продолжающих обучение» и «прервавших обучение», добавив к не поступавшим после школы имеющих неполное высшее образование. Таким образом, речь идет о характерных для популяции 32,6%, что ниже полученных в исследовании 46,43%, что говорит о большей встречаемости среди изучаемой группы пациентов с низким уровнем образования.

Поскольку большинство больных на момент катамнеза, так или иначе, завершило обучение, определение трудового статуса по отношению сочетания его с учебой было бы не правомочным. Таким образом, трудовой статус на момент катамнеза определялся по степени квалифицированности работы, на которую были трудоустроены больные. 69,64% больных на момент катамнеза были трудоустроены, среди которых большинство работали на квалифицированной и специализированной работе. Только 30,36% пациентов на момент катамнеза не работало.

Сравнение полученных результатов по типам показало следующие результаты (таблица 4.7). Наиболее высокий уровень образования отмечался у пациентов I типа 1 подтипа - завершили образование, или находились на завершающем этапе его получения 62,5% больных, что является наибольшей частотой среди изучаемых типов. У этого же подтипа отмечалась наименьшая встречаемость пациентов, прекративших обучение до его завершения – 25,0%.

Наиболее низкий уровень образования у пациентов I типа 2 подтипа - на долю больных завершивших образование пришлось 47,83%, что является наименьшим среди изучаемых типов. Так же у данного подтипа была самая высокая среди изучаемых типов частота встречаемости пациентов, прервавших обучение – 43,48%. Ввиду данных результатов можно предположить более высокий потенциал к получению образования у больных I типа 1 подтипа, и, соответственно, более низкий для пациентов I типа 2 подтипа (статистически не достоверно - $p > 0,05$).

Наиболее высокий уровень трудового статуса на момент катамнеза продемонстрировали больные I типа 1 подтипа. Не смотря на сопоставимую с большинством типов частоту не работающих больных (25,0%), частота встречаемости пациентов, работающих на квалифицированных и специализированных работах у этого подтипа была максимальной - 43,7%. Наиболее низкий уровень трудового функционирования был у пациентов III типа – весьма низкая (25,0%) частота встречаемости больных, работавших на квалифицированных и специализированных работах, в сочетании с самой высокой среди изучаемых типов (58,34%) встречаемости не работающих больных, которая превышала среднюю по типам (30,36%) практически в двое. Вероятно, такой низкий уровень трудоустройства у данного типа больных, обусловлен преобладанием когнитивных нарушений и нарастанием негативной симптоматики, что существенно снижало продуктивность работы или вовсе делало ее невозможной. Так же стоит обратить внимание на пациентов II типа, среди которых пациенты, работающие на неквалифицированных работах (60%), встречались практически вдвое чаще, чем в среднем по изучаемым типам (33,93%). Различия по типам достоверны ($p < 0,05$).

Сравнительный уровень трудовой адаптации (табл. 4.7) в целом подтверждает наблюдения о уровне функционирования на момент катамнеза с наиболее высокими результатами у больных I типа (в основном за счет 1 подтипа), продемонстрировавшим преимущественно (41,03%) повышения уровня трудового функционирования; со средними результатами у больных II типа,

продемонстрировавшими преимущественно (60%) прежний уровень функционирования; и с наиболее низкими у пациентов III типа, продемонстрировавшими преимущественно (50%) снижение уровня трудового функционирования (достоверно на уровне тенденции: $p=0,055$).

Для оценки уровня социального функционирования и интегративного уровня исходов из исследуемой группы было исключено 6 пациентов, у которых манифестировал психотический приступ, ввиду различных критериев исходов для аффективных и приступных больных.

По шкале социального функционирования (PSP) на момент катамнеза (табл. 4.8) отмечается достаточно равномерное распределение баллов в диапазоне с 20 до 90 баллов, что означает высокую гетерогенность состояний. Некоторое отклонение от равномерного распределения – высокая частота (24%) для диапазона 31-40 баллов, находящихся ближе к концу таблицы связана с тем, что, по условиям шкалирования, к данной группе относились, помимо набравших соответствующее количество баллов, пациенты и с более высоким уровнем функционирования, совершившие серьезную суицидальную попытку. Ввиду актуальности депрессивных переживаний для пациентов изучаемых типов, увеличение числа случаев из данного диапазона представляется закономерным.

Таблица 4.8 – Результаты оценки уровня социального функционирования по шкале PSP на момент катamnестического обследования

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
81-90	4	28,56	-	-	4	11,42	-	-	1	9,09	5	10,00
71-80	3	21,43	2	9,52	5	14,29	1	25,00	1	9,09	7	14,00
61-70	2	14,29	2	9,52	4	11,42	1	25,00	1	9,09	6	12,00
51-60	3	21,43	2	9,52	5	14,29	2	50,00	1	9,09	8	16,00
41-50	-	-	3	14,29	3	8,57	-	-	2	18,18	5	10,00
31-40	2	14,29	7	33,33	9	25,71	-	-	3	27,27	12	24,00
21-30	-	-	5	23,82	5	14,30	-	-	2	18,19	7	14,00
Всего больных	14	100	21	100	35	100	4	100	11	100	50	100
$\chi^2=7,453$; p =0,054												

При изучении различных типов были получены различия в уровнях функционирования, в виде более высокого уровня функционирования у больных I типа 1 подтипа и больных II типа и более низкому у больных I типа 2 подтипа и III типа ($p=0,05$). Низкий уровень функционирования III типа был обусловлен максимальными среди изучаемых типов баллами по всем субшкалам PSP, кроме беспокоящего и агрессивного поведения, где наиболее выраженные нарушения отмечались у пациентов I типа 2 подтипа (рис 4.4).

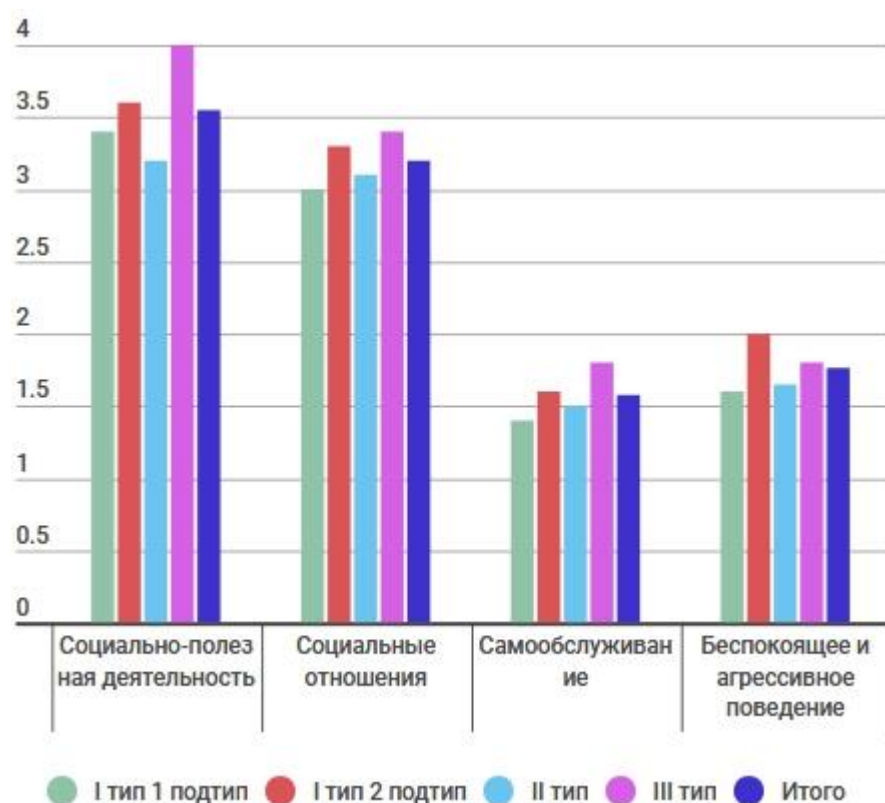


Рисунок 4.4 - Результаты кластерного анализа уровня социального функционирования по шкале PSP на момент катамнеза.

Далее мы приведем результаты оценки уровня АПС, выполненные по шкале SOPS и результаты оценки уровня депрессивных переживаний, выполненные по шкале HDRS на момент катамнестического обследования.

Таблица 4.9- Результаты оценки выраженности продромальных психопатологических симптомов по шкале продромальных симптомов (SOPS) на момент катамнеза

		Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
		I тип						II тип		III тип		Итого	
		1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных		16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Позитивные симптомы	1-4	11	68,75	12	52,17	23	58,98	4	80,00	9	75,00	36	64,29
	5-8	-	-	5	21,74	5	12,82	-	-	1	8,33	6	10,71
	9-12	1	6,25	3	13,04	4	10,26	-	-	-	-	4	7,14
	13-16	1	6,25	2	8,70	3	7,69	-	-	2	16,67	5	8,93
	17-20	3	18,75	-	-	3	7,69	1	20,00	-	-	4	7,14
	21-24	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Средний балл		7,13		6,26		6,70		5,60		4,42		5,85	
Негативные симптомы	1-4	4	25,00	2	8,70	6	15,38	-	-	3	25,00	9	16,07
	5-8	3	18,75	5	21,74	8	20,51	-	-	1	8,33	9	16,07
	9-12	1	6,25	1	4,35	2	5,13	2	40,00	1	8,33	5	8,93
	13-16	2	12,50	9	39,12	11	28,21	3	60,00	3	25,00	17	30,36
	17-20	3	18,75	4	17,39	7	17,95	-	-	2	16,67	9	16,07
	21-24	3	18,75	2	8,70	5	12,82	-	-	2	16,67	7	12,50
Средний балл		13,00		13,22		13,11		12,67		13,60		13,12	
Симптомы Дезорганизации	1-3	7	43,75	7	30,43	14	35,90	1	20,00	4	33,34	19	33,93
	4-6	4	25,00	10	43,48	14	35,90	3	60,00	6	50,00	23	41,06
	7-9	3	18,75	4	17,39	7	17,95	1	20,00	1	8,33	9	16,07
	10-12	1	6,25	2	8,70	3	7,69	-	-	-	-	3	5,36
	13-15	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,33	1	1,79
	16-18	1	6,25	-	-	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Средний балл		5,44		5,13		5,29		5,00		4,58		5,04	
Общие симптомы	1-3	6	37,50	5	21,73	11	28,21	1	20,00	6	50,00	18	32,14
	4-6	3	18,75	11	47,83	14	35,90	1	20,00	2	16,67	17	30,36
	7-9	3	18,75	6	26,09	9	23,07	3	60,00	3	25,00	15	26,79
	10-12	2	12,50	1	4,35	3	7,69	-	-	1	8,33	4	7,14
	13-15	2	12,50	-	-	2	5,13	-	-	-	-	2	3,57
	16-18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл		6,06		5,22		5,64		6,00		4,42		5,43	
Суммарный балл	1-10	3	18,75	1	4,35	4	10,26	-	-	4	33,33	8	14,29
	11-20	4	25,00	6	26,09	10	25,65	-	-	-	-	10	17,86
	21-30	1	6,25	5	21,73	6	15,38	4	80,00	3	25,00	13	23,21
	31-40	3	18,75	6	26,09	9	23,07	-	-	3	25,00	12	21,43
	41-50	2	12,50	4	17,39	6	15,38	1	20,00	2	16,67	9	16,07
	51-60	3	18,75	1	4,35	4	10,26	-	-	-	-	4	7,14
Средний балл		31		30		30,5		30,4		26,17		29,4	
χ² = 0,562; p = 0,905													

В целом на момент катамнеза уровень АПС был ниже уровня при поступлении, но выше, чем уровень на момент выписки. Предположительно данное увеличение могло быть связано с отменой терапии и прогрессированием заболевания, а так же за счет особенностей описанных типов течения. Тем не

менее стоит упомянуть, что у некоторых пациентов уровень АПС на момент катамнеза был сопоставим с уровнем на момент выписки, или даже ниже его. На момент катамнеза отмечался менее выраженный уровень АПС у больных III типа, причем самым низким были значения по всем графам, относительно других изучаемых типов, кроме графы «негативные симптомы», где III тип набрал большее число баллов, чем остальные типы, что соответствует описанному преобладающему характеру течения депрессий у данного типа больных – по типу хронификации – с нарастанием негативной симптоматики. По уровню суммарного балла различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Таблица 4.10 – Результаты оценки выраженности депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS) на момент катамнеза

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Отсутствие (0-6 баллов)	5	31,25	2	8,69	7	17,95	-	-	4	33,33	11	19,64
Легкая степень (7-16 баллов)	8	50,00	15	65,22	23	58,98	4	80,00	5	41,67	32	57,14
Средняя степень (17-27 баллов)	3	18,75	5	21,74	8	20,51	1	20,00	3	25,00	12	21,43
Тяжелая степень (более 27 баллов)	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Средний балл	11,83		12,38		12,11		13,40		10,42		12,01	
$\chi^2 = 0,813$; $p = 0,846$												

Как видно на таблице 4.10 на момент катамнеза выраженная депрессия (средней и тяжелой степени) отмечалась у 23,22% больных, у 19,64% депрессия отсутствовала, а у более чем половины больных - 57,14% отмечалась субдепрессия.

На момент катамнеза отмечался менее выраженный уровень депрессивных расстройств у больных III типа (причем более низкий уровень обеспечивается за счет увеличения числа случаев отсутствия выраженной депрессивной симптоматики за счет уменьшения числа легкой степени, при сохранении случаев депрессий средней степени выраженности на том же уровне, что и в остальных

изучаемых типах, что в целом, соответствует преобладающему у данного типа разновидности течения депрессий - с нивелировкой аффективных нарушений и выходом на первый план негативных изменений). I тип, 1 подтип так же демонстрировал низкий уровень депрессивных переживаний, что соответствует описанному для этого подтипа преобладающему варианту течения – с единичным депрессивным эпизодом. Поскольку на момент катамнеза практически все опрошенные находились в стадии ремиссии аффективных переживаний, уровень различий между данными показателями оказался недостоверным ($p > 0,05$).

Поскольку продолжительность катамнеза в среднем составляла порядка 5,6 лет а самым частым из возрастов на момент первичного обращения был интервал в 18-20 лет, то на момент катамнеза большинство пациентов оказывались в интервале 23-25 года, оставаясь, таким образом, в пределах юношеского возраста (16-25 лет). Возможно по этой причине на момент катамнеза не наблюдался существенный патоморфоз депрессий – они по своей структуре оставались идентичными таковым при поступлении, со свойственным юношескому возрасту выраженным полиморфизмом клинической картины со стертостью и атипией симптомов, рудиментарность собственно тимического компонента, преобладанием апато-динамического аффекта над дисфорическим, тревожным и тоскливым, с когнитивными расстройствами, сверхценные расстройства по типу идей самообвинения, самоуничтожения с дисморфофобической фабулой и в виде метафизических доктрин с депрессивной оценкой себя и окружающих, а так же с гебоидными проявлениями в виде психопатоподобных расстройств, с деликвентным поведением, злоупотреблением ПАВ.

4.4. Интегративная оценка исходов на момент катамнеза

При оценке исходов течения заболевания с юношеской депрессией в структуре которой отмечались АПС на этапе 5-ти летнего катамнеза была выявлена гетерогенность, которая определялась как различной степенью выраженности психотической симптоматики (как продуктивной, так и

негативной), различным семейным статусом, различным уровнем социального функционирования. В соответствии с оценкой исхода на катамнез принятой в группе юношеской депрессии с АПС, было выделено 4 уровня исходов на момент 5-ти летнего катамнеза.

Как «Благоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза, (эквивалентно понятию «выздоровление») состояние оценивалось в случае отсутствия психопатологической симптоматики на протяжении предшествующих 2 лет катамнеза с высоким уровнем качества жизни по всем сферам и полной социально-трудовой адаптацией (90-71 балл по шкале PSP, см. табл. 4.9).

«Относительно благоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза, выражающийся в сохранении психопатологической симптоматики, прежде всего, когнитивных расстройств на субклиническом уровне, сохранении или некотором снижении уровня учебно-трудовой адаптации с восстановлением прежних социальных контактов и довольно высоким качеством жизни (70-51 балл по шкале PSP).

«Относительно неблагоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза в виде сохранения психопатологической симптоматики (аффективной, неврозоподобной, психопатоподобной, «субпсихотической») с отчетливым снижением как учебно-трудовой, так и социальной адаптации, и ухудшением качества жизни с ограничением сфер интересов (50-31 балл по шкале PSP).

«Неблагоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза характеризовался персистирующей клинически значимой психопатологической симптоматикой (аффективной, неврозоподобной, психопатоподобной, «субпсихотической», а также отчетливых когнитивных расстройств) в сочетании со стойкой негативной симптоматикой, социально-трудовой дезадаптацией, включающей длительный период (более года) иждивенства с отсутствием занятости, утратой устойчивых интересов или формированием патологических влечений, сужением круга общения и невозможностью формирования устойчивых партнерских отношений (30-20 баллов по шкале PSP).

В целом на момент катамнеза у пациентов отмечалось некоторое преобладание благоприятных исходов (сумма «благоприятных» и «относительно-благоприятных» исходов 52,0%).

Таблица 4.11 – Интегративная оценка исходов на момент катамнеза

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Благоприятный	7	50,00	2	9,52	9	25,71	1	25,00	2	18,18	12	24,0
Относительно благоприятный	5	35,71	4	19,05	9	25,71	3	75,00	2	18,18	14	28,0
Относительно неблагоприятный	2	14,29	10	47,61	12	34,28	-	-	2	18,19	14	28,0
Неблагоприятный	-	-	5	23,82	5	14,30	-	-	5	45,45	10	20,0
Всего больных	14	100	21	100	35	100	4	100	11	100	50	100
$\chi^2=18,99; \quad p=0,025$												

При сравнении выделенных типов юношеской депрессии с АПС на момент катамнеза были выявлены статистически значимые отличия ($p < 0,05$). Для интегративной оценки исходов было выделено 4 уровня используемых для оценки состояния больных юношеского возраста (см. табл. 4.11):

«Благоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза, чаще всего встречающийся при течении заболевания с единичным депрессивным эпизодом, и характерный для больных I типа 1 подтипа, с АПС по типу острого чувственного бреда, за счет уровня PSP максимального среди типов уровня образования и трудового статуса - завершили образование, или находились на завершающем этапе его получения 62,5% больных, что является наибольшей частотой среди изучаемых типов. У этого же подтипа отмечалась наименьшая встречаемость пациентов, прекративших обучение до его завершения – 25%. Так же им был свойственен наиболее высокий уровень трудового статуса на момент катамнеза - не смотря на сопоставимую с большинством типов частоту не работающих больных (25%), частота встречаемости пациентов, работающих на квалифицированных и специализированных работах у этого подтипа была

максимальной - 43,75%). Психическое состояние оставалось стабильным. Пациенты восстанавливались и оканчивали ВУЗы, приступали к работе, имели карьерный рост. На фоне сохранения прежних социальных контактов устанавливали новые, устанавливали постоянные отношения с противоположным полом, оформляли брак. Сфера интересов сохранялась на доболезненном уровне, больные наполняли свой досуг различными увлечениями и хобби, предпринимали туристические поездки. В целом пациенты были довольны качеством жизни, оценивали себя как активных членов социума.

«Относительно благоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза был наиболее характерен для пациентов II типа, с АПС по типу кататонической дезорганизации, что обычно наблюдалось при разновидности течения депрессии в виде рецидивирующего течения, за счет уровня баллов PSP, высокого уровня образования, отмечавшийся у пациентов данного типа (60% больных завершили образование, 40% - прервали обучение). Любопытно, что у этой группы больных отмечался самый низкий уровень устроившихся в дальнейшем работать по специальности, что характеризовало уровень их трудового статуса как относительно низкий - ввиду сочетания сопоставимого уровня не работающих больных (20%) с самым низким среди типов уровне работающих на специализированных работах (20%). Однако следует отметить, что среди данного типа пациенты, работающие на неквалифицированных работах (60%), встречались практически вдвое чаще, чем в среднем по изучаемым типам (33,93%). Пациенты находили свою «нишу» в творческих направлениях (арт-дизайн, музыкальные коллективы) или устраивались на низкоквалифицированных работах. Обращает на себя внимание относительно высокий уровень депрессивной симптоматики у больных II типа, который был им не свойственен на момент поступления. Здесь видимо сыграл роль тот факт, что все больные, обследованные на момент катамнеза, были обследованы в стадии ремиссии. А именно у больных, чья динамика аффективных состояний характеризовалась рецидивирующим течением с усложнением клинической картины за счет присоединения психопатологических расстройств (которых было

больше всего среди больных II типа АПС), отмечались неполные ремиссии, с сохранением существенной доли аффективной патологии. Данное сочетание нарушений сказывалось на снижении уровня успеваемости при восстановлении в ВУЗах или отчисление из них, в последующем трудоустройстве не по специальности на малоквалифицированных должностях. Однако, что касается сферы межличностных отношений, пациенты оставались довольно успешны, сохраняли как минимум прежний круг знакомых, создавали семьи.

«Относительно неблагоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза наиболее часто встречался у больных I типа 2 подтипа, с АПС по типу интерпретативного бреда, который чаще всего сопровождал рецидивирующую разновидность течения депрессии с усложнением симптоматики. Исход на 5-ти летний катамнез был оценен для данного типа как «относительно неблагоприятный» за счет самого высокого уровня «беспокоящего и агрессивного поведения» в подграфе PSP, самого низкого уровня образования, высоких баллы по SOPS на момент катамнеза. Для больных данный исход был представлен персистенцией клинически значимой психопатологической симптоматикой (аффективной, неврозоподобной, психопатоподобной, «субпсихотической», а также отчетливых когнитивных расстройств). Больные демонстрировали сохранявшуюся стойкую подозрительность, недоверчивость к людям, которую они называли «привычкой». Обращает на себя внимание повышение на момент катамнеза уровня АПС у пациентов I типа 2 подтипа до уровня, сопоставимого с уровнями АПС I типа 1 подтипа и II типа, что различалось с характеристиками данного типа, полученными на этапе первичного обследования больных. Было установлено, что подобное повышение достигалось за счет нарастания неврозоподобной симптоматики, которая хотя и не достигала уровня АПС, однако могла быть котирована достаточно высоким уровнем баллов по соответствующим шкалам SOPS. У данных пациентов отмечались существенные затруднения в личностном общении (трудности в создании семьи, близких друзей), сохранялась лишь способность к формальному

общению, что позволяло, хотя бы отчасти сохранять способность к трудоустройству и социальным взаимодействиям.

«Неблагоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза чаще всего имел место при III типе, с АПС в виде шизоформных расстройств мышления, что было характерно для разновидности течения депрессии с хронификацией симптоматики. Неблагоприятный исход был выставлен ввиду уровня PSP, низкого уровня образования и трудоустройства в сочетании с самыми высокими показателями уровня негативной симптоматики по SOPS: у данного типа отмечался относительно низкий уровень образования – 50% больных завершили образования, 41,67 – прервали обучение. Для этого же типа больных был характерен наиболее низкий уровень трудового статуса – весьма низкая (25%) частота встречаемости больных, работавших на квалифицированных и специализированных работах, в сочетании с самой высокой среди изучаемых типов (58,34%) встречаемости не работающих больных, которая превышала среднюю по типам (30,36%) практически в двое. Обращает на себя внимание повышение на момент катамнеза уровня негативной симптоматики по SOPS - у пациентов III типа отмечалась максимальная выраженность баллов по данной шкале, что было не характерно на момент поступления. На момент пятилетнего катамнеза в той или иной степени сохранялись имевшиеся при поступлении когнитивные расстройства, чаще в виде нарушений абстрактного мышления, трудностями оперирования отвлеченными понятиями, классификации, обобщения, в сочетании со стойкой негативной симптоматикой, социально-трудовой дезадаптацией, включающей длительный период (более года) иждивенства с отсутствием занятости, утратой устойчивых интересов или формированием патологических влечений, сужением круга общения и невозможностью формирования устойчивых партнерских отношений.

4.5 Нозологическая квалификация больных на момент поступления и катамнеза

Нозологически самостоятельные эндогенные заболевания в юношеском возрасте имеют ряд диагностических трудностей в плане их разграничения, поскольку сходные психопатологические образования могут присутствовать при различных нозологиях. Тем не менее, ряд исследователей считает возможным данную дифференциацию в условиях длительного катamnестического наблюдения [Личко М.Е. 1979, Цуцельковская М.Я. и соавт., 1995]. Ввиду данных особенностей нозологическая оценка больных в данном исследовании проводилась дважды – на момент поступления больных и на момент катamnеза.

Для удобства оценки мы сгруппировали диагнозы, выставленные больным на момент их выписки из клиники после первого обследования следующим образом: эндогенные аффективные расстройства, расстройства личности, и шизотипическое расстройство.

На момент катamnестического обследования также выделялась группа «шизофрения». К группе расстройства настроения относились Циклотимия, биполярное аффективное расстройство. По МКБ-10: «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии» (F31.3), «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов» (F31.4), «Депрессивный эпизод» (F32) (кроме «Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами» F32.3), «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33) (кроме «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами» (F33.3)), «Устойчивые (хронические) расстройства настроения (аффективные расстройства) (F34)» преимущественно «Циклотимия» (F34.0) и существенно реже «Дистимия» (F34.1).

К группе расстройств личности относились диагнозы, входящие в классификации МКБ-10 в подраздел «Специфические расстройства личности» (F60). К группе шизотипическое расстройство относились диагнозы «шизотипическое расстройство» (F21). К группе «шизофрения» относилась

группа диагнозов «шизофрения» (F20), которые были выставлены у некоторых пациентов катamnестической группы больных.

Таблица 4.12– Нозологическая оценка больных

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
на момент поступления												
Эндогенное аффективное расстройство	16	41,03	23	46,00	39	43,82	8	33,33	14	51,85	61	43,57
Расстройства личности	10	25,64	16	32,00	26	29,21	12	50,00	8	29,63	46	32,86
Шизотипическое расстройство	13	33,33	11	22,00	24	26,97	4	16,67	5	18,52	33	23,57
Всего больных	39	100	50	100	89	100	24	100	27	100	140	100
на момент катамнеза												
Эндогенное аффективное расстройство	7	43,75	4	17,39	11	28,21	1	20,00	3	25,00	15	26,79
Расстройство личности	4	25,0	7	30,44	11	28,21	2	40,00	3	25,00	16	28,57
Шизотипическое расстройство, (вялотекущая шизофрения)	3	18,75	10	43,47	13	33,33	1	20,00	5	41,67	19	33,93
Приступообразно-прогредиентная шизофрения	2	12,50	2	8,70	4	10,25	1	20,00	1	8,33	6	10,71
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100

Как видно из данных, представленных на таблице 4.12, следует обратить внимание на большую встречаемость аффективных заболеваний 43,57%, относительно расстройств личности 27,14% и шизотипического расстройства 29,29%. Отмечается преобладание личностной патологии у пациентов II типа, которые составили половину всех случаев для данного типа расстройств. Так же следует отметить высокую частоту встречаемости аффективных расстройств - 51,85% у больных III типа.

В целом, на момент катamnеза, большинство больных подтвердило диагноз, выставленный им на момент поступления в клинику. Однако в некоторых случаях мы были вынуждены говорить о смене диагноза по результатам течения

заболевания на момент катамнеза. Как видно из таблицы 4.12 - на момент катамнеза данное распределение изменяется - отмечается уменьшение числа больных аффективной патологией (с 43,57% до 26,79%), числа больных с расстройством личности (с 32,86% до 28,57%) за счет увеличения числа больных вялотекущей шизофренией (с 23,57% до 33,93%) (которая была выставлена у этих больных ввиду нарастания негативной симптоматики) и случаев манифестации психоза (10,71%). Наиболее часто изменение диагнозов отмечалось среди «аффективной патологии» у больных III типа, частота встречаемости которой уменьшилась вдвое и перестала занимать лидирующую позицию среди изучаемых типов, уступив ее I типу. Только катамнестическое проспективное исследование позволило уточнить нозологическую принадлежность состояний.

Рассмотрим некоторые особенности течения юношеских депрессий с АПС в рамках различных нозологий. Описание особенностей больных, у которых был диагностирован манифестный приступ, было приведено выше, здесь рассмотрим особенности вялотекущей шизофрении, психопатии и аффективных расстройств.

У 19 пациентов (33,93%) на момент катамнеза была квалифицирована вялотекущая шизофрения. При этом в 10 случаях (52,7%) неврозоподобная (F21.3), в 7 случаях (36,8%) психопатоподобная (F21.4) форма, а в 2 случаях (10,5%) «бедная симптомами» (F21.5) шизофрения. В этих случаях течение заболевания характеризовалось персистенцией АПС в виде идей отношения, сопровождавшихся подозрительностью, открытой недоверчивостью, враждебностью, что отражалось на общении и поведении. Пациенты высказывали кратковременные бредовые идеи внешнего контроля. Убеждения отличались непостоянством и не достигали степени систематизации, что соответствовало представлениям о «форпост-симптомах». Больные отмечали искажения сенсорного восприятия, возникали необычные, неоформленные расстройства в перцептивной сфере (шумы, вспышки), что сопровождалось беспокойством и аффектом недоумения. Мышление становилось паралогичным,

стереотипным, бесцельным, отмечались частые соскальзывания, возникали неожиданные ассоциации. У больных этой группы наиболее выраженными были симптомы дезорганизации с изменениями поведения, чужацеством, несоблюдением социальных норм, пренебрежением гигиеной, а также несвойственной ранее манерностью и позерством. Таким образом, АПС в случае вялотекущей шизофрении становились аналогами «осевых симптомов», которые рассматриваются в рамках основных клинических особенностей вялотекущей шизофрении. [Тиганов А.С. 2012г. I том]. На момент катamnестического наблюдения состояние характеризовалось сохраняющейся персистенцией АПС в сочетании с нарастанием негативной симптоматики, представленной замкнутостью, эмоционально-волевым дефектом, прерыванием социальных контактов, нарастанием апатии, отсутствием каких либо стойких интересов и потребностей. Больные проводили время, засиживаясь за компьютерными играми или залеживаясь в постели. Двое больных, имевшим при поступлении диагноз «шизотипическое расстройство» по результатам катamnеза продемонстрировали выраженное нарастание негативной симптоматики и получили группы инвалидности по психическому заболеванию.

Расстройства личности были представлены преимущественно (78,57%) шизоидным вариантом, среди которых преобладали сензитивные (35,72%) и диссоциативные, преимущественно истеро- (32,14%) шизоиды. Из шизоидов так же встречались стеничные и пассивные, другие типы патологии личности были представлены циклоидными, возбудимыми и психастениками. У данных больных АПС появлялась только в юношеском возрасте, и в дальнейшем ее появление было не характерно, и проявлялась, обычно, только в периоды декомпенсации психопатии. У этих пациентов отмечались изменения восприятия времени, явления «*deja vu*», возникновение патогномоничных нарушений мышления в виде наплывов и обрывов мыслей, бредовое настроение. Появлялась несвойственная больным ранее настороженность в общении с посторонними людьми, возникало ощущение опасности, угрозы. Имеющаяся симптоматика оказывала влияние на явления социофобии с ограничением пользования

общественным транспортом, отказом от выхода на улицу в темное время суток. Речь становилась нецеленаправленной, суждения путанными, нарушался процесс установления логических связей между явлениями. Однако имеющиеся расстройства носили нестойкий, быстропроходящий характер. Следует отметить, что у существенной части больных, которым был исходно поставлен диагноз расстройства личности, впоследствии были диагностированы иные расстройства, преимущественно вялотекущая шизофрения. Данное изменение было связано в первую очередь с тем, что за время катмнеза, помимо экзacerbаций АПС, которая нередко отмечалась у изучаемой группы больных на фоне декомпенсации психопатии, отмечалось нарастание негативной симптоматики, свойственной исключительно прогредиентному процессу. Кроме того, возможно в отдельных случаях диагноз шизоидной психопатии носил предварительный или реабилитационный характер.

Течение аффективных заболеваний, представленных преимущественно эндогенными депрессиями (циклотимия, БАР (МДП), РДР), характеризовалось расстройствами настроения, зачастую имеющие четкую сезонность, с преобладанием субдепрессивных переживаний, либо же речь шла о отчетливых депрессивных фазах, характерных для монополярного депрессивного типа аффективного психоза, или же рекуррентного депрессивного расстройства (F33 по МКБ 10). Маниакальные фазы демонстрировало незначительное количество пациентов (менее 10%), и мы не останавливались подробно на изучении их структуры, однако следует отметить, что у большинства пациентов маниакальные фазы протекали в виде гипоманий с низким уровнем аффективной заряженности, на фоне чего АПС отсутствовали. Только у одного пациента отмечался отчетливо биполярный тип эндогенного аффективного психоза, с АПС на высоте маниакальной фазы. Необходимо уточнить, что, по структуре АПС у данного пациента оставались те же – идеи отношения, но если в депрессии речь шла о идеях отношения в виде обвиняющих взглядах и осуждении со стороны окружающих, то в маниакальной фазе больному казалось, будто окружающие его

подбадривают, поощряют, чувствовал от них поддержку и даже восторг, направленный в его адрес.

Обычно, на высоте депрессивных переживаний, АПС у таких пациентов были представлены внезапным возникновением мыслей необычного содержания, появлялись неожиданные убеждения преимущественно на экзистенциальные темы, которые носили относительно стойкий характер, не свойственный юношеским депрессиям без АПС, формировалось магическое мышление с поиском скрытой связи между происходящими событиями, открытием «шестого чувства», неразвернутыми идеями особого значения, отношения, кратковременными идеями воздействия, режиссуры. Существенное место занимали нестойкие явления бредовой деперсонализации, проявляющиеся в ощущении измененности себя и окружающего. Степень измененности окружающего часто граничила с ощущением нереальности окружающего, порой доходившее до элементов синдрома инсценировки. Также выявлялись расстройства в виде нестойких, однако отчетливых для больного неожиданных мыслей, чувств, движений, выпадающих за рамки текущей ситуации. По содержанию клинических проявлений, выявляемые у пациентов с «аффективными расстройствами» симптомы обычно не отличались от типичных для юношеских депрессий – выраженный полиморфизм клинической картины со стертой и атипичной симптоматикой, рудиментарность собственно тимического компонента [Владимирова Т.В., 1987; Цуцельковская М.Я. и др. 2003; Мазаева Н.А. и др. 2008; Олейчик И.В., 2010] преобладание апато-динамического аффекта над дисфорическим, тревожным и тоскливым [Олейчик И.В., 2007]. Так же были характерны типичные для юношеской депрессии когнитивные расстройства, достигающие уровня «наплывов», «обрывов» и «параллельности» мыслей [Олейчик И.В., 1997], депрессивные сверхценные расстройства по типу идей самообвинения, самоуничтожения с дисморфофобической фабулой, достигающей бредового уровня [Этингер А.М., 2004; Олейчик И.В., 2007] как и сверхценные расстройства в виде метафизических доктрин и особого мировоззрения с депрессивной оценкой себя и окружающих [Крылова Е.С. 2004], гебоидные

проявления, с психопатоподобными расстройствами, деликвентным поведением, злоупотреблением ПАВ; однако все описанные выше проявления имели у изучаемых больных существенно большую степень выраженности, достигавшую уровня АПС.

Как и в случае с расстройствами личности следует отметить частую смену диагноза «аффективное заболевание» на «вялотекущую шизофрению» на этапе катamnестического обследования. Критерием так же было нарастание негативной симптоматики, которая выражалась преимущественно в преобладании апатии и абулии.

Двое больных, относящихся к I типу 1 подтипу и диагнозам «аффективное заболевание» и «шизотипическое расстройство» совершили завершённый суицид на 2 и на 4 году катamnеза. У обоих пациентов в анамнезе имели место суицидальные мысли, неоднократные (более двух) суицидальные попытки на высоте аффективных состояний, преимущественно путем приема высоких дозировок лекарственных препаратов в сочетании с алкоголем. По имеющимся данным завершённые суицидальные попытки были выполнены на высоте депрессивных переживаний, при этом в качестве способа суицида оба больных выбрали прыжок с высоты.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлена гетерогенность юношеских депрессий с АПС, выделены психопатологические особенности, которые имеют прогностическое значение и повышают риск манифестации шизофрении, разнообразные варианты течения и исходов, от формирования ремиссий высокого качества до формирования выраженных негативных расстройств с утратой трудоспособности. Можно заключить, что аттенуированная психотическая симптоматика влияет на психопатологическую структуру юношеской депрессии, определяет высокий риск манифестации психотического состояния, а также имеет важное прогностическое значение в отношении разновидности течения, уровня социального функционирования и исхода заболевания в целом.

Глава 5

Клинико-патогенетические корреляции, вопросы прогноза и нозологической оценки

Оценка подростково-юношеского возраста с позиции не только психиатров, но и специалистов в области биологии, психологии, всегда осуществлялась с учетом мощных психофизиологических, эндокринных изменений, становления личности и повышения уровня самоанализа, равно как и повышением чувствительности к мнению сверстников, лабильности настроения, аффективно окрашенной оценки своих представлений [Выгодский Л.С., 1972; Цуцельковская М.Я. и соавт., 2003]. Соответственно и возникающие в данном возрасте нарушения, в частности эндогенные юношеские депрессии с АПС, нуждаются в рассмотрении с учетом иммунологических, нейрофизиологических, нейропсихологических и психологических изменений, которые позволяют оценить влияние патогенетических факторов на клиническую картину депрессии и могут стать маркерами для уточнения прогноза течения заболевания.

5.1 Оценка преморбидного этапа

5.1.1. Особенности наследственной отягощенности

Для определения наследственной отягощенности изучаемых типов были отдельно проанализирована наследственная отягощенность у родственников I степени родства и у родственников II и III степени родства.

Наиболее отчетливо выражена отягощенность по первой степени родства у больных I типа 2 подтипа – по приступообразной и вялотекущей шизофрении она составила 8,7% для каждого. Следует так же отметить относительно высокую встречаемость патохарактерологических особенностей и злоупотреблений ПАВ у родственников всех типов, кроме II, не смотря на более частую встречаемость употреблений ПАВ у пациентов именно этого типа.

Таблица 5.1 – Характеристики наследственной отягощенности

	Тип аттенуированной психотической симптоматики											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Родственники I степени родства												
Шизофрения приступообразная	-	-	2	8,70	2	5,13	-	-	-	-	2	3,57
Шизофрения вялотекущая	-	-	2	8,70	2	5,13	-	-	1	8,33	3	5,36
БАР (МДП), циклотимия	3	18,75	-	-	3	7,69	1	20,00	-	-	4	7,14
Другие психозы*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Суицид	-	-	-	-	-	-	1	20,00	-	-	1	1,79
Хронический алкоголизм+ наркозависимость	1	6,25	4	17,39	5	12,82	-	-	2	16,67	7	12,50
Расстройство личности	4	25,00	4	17,39	8	20,51	-	-	3	25,00	11	19,64
Без отягощенности	8	50,00	11	47,82	19	48,72	3	60,00	6	50,00	28	50,00
Для МДП (для других не достоверно) $\chi^2= 7,060$; p= 0,050												
Родственники II - III степени родства												
Шизофрения приступообразная	-	-	3	13,03	3	7,69	-	-	-	-	3	5,36
Шизофрения вялотекущая	1	6,25	2	8,70	3	7,69	1	20,00	1	8,33	5	8,93
МДП, циклотимия	2	12,50	-	-	2	5,13	-	-	2	16,67	4	7,14
Другие психозы*	-	-	2	8,70	2	5,13	1	20,00	-	-	3	5,36
Суицид	-	-	-	-	-	-	1	20,00	-	-	1	1,79
Хронический алкоголизм+ наркозависимость	3	18,75	2	8,70	5	12,82	-	-	2	16,67	7	12,50
Расстройство личности	1	6,25	3	13,04	4	10,26	1	20,00	2	16,67	7	12,50
Без отягощенности	9	56,25	11	47,83	20	51,28	1	20,00	5	41,66	26	46,42
Для суицидов (для других недостоверно) $\chi^2= 10,200$; p= 0,017												

*Другие психозы – органические заболевания ЦНС, эпилепсия, олигофрения, старческое слабоумие, послеродовые психозы, психозы неуточненные.

Среди родственников второй и третьей степени родства отмечалась более выраженная наследственная отягощенность, чем среди родственников первой степени родства. Наиболее выраженной, в плане отягощенности шизофренией, она была у больных I типа 2 подтипа (суммарно 21,73%). Статистически

значимую достоверность (МДП для родственников I степени родства и случаи суицида для родственников II и III степени родства), по-видимому, не имеет смысла учитывать, ввиду малого числа встречаемости (3 и 1 случай соответственно).

5.1.2. Характеристики ранних этапов развития (беременность, роды, младенчество, психомоторное развитие).

У матерей пациентов, во время протекания беременности, часто наблюдались различные варианты ее патологии, к которым относилась угроза прерывания, соматические заболевания, приводившие к необходимости приема антибиотиков, а так же тяжелые формы токсикозов и гестозов беременных. К незначительной патологии относились, в основном, токсикозы и гестозы беременных средней степени выраженности.

В родовом периоде выявлялись обвитие пуповиной, низкие балы по шкале АПГАР, резус конфликт, отсутствие произвольного дыхания в следствие аспирации околоплодных вод или по другим причинам, родовые травмы и т.п.

В младенческом возрасте у пациентов выявлялись нарушения сна, мышечный гипертонус, повышенная плаксивость а также склонность к частым простудным заболеваниям в сочетании с тяжелым характером их протекания. Реже отмечались фобические реакции и явления СДВГ (синдрома дефицита внимания с гиперактивностью), более характерные для детского возраста.

Обнаруживались следующие отставленные нарушения психомоторного развития: сроки овладения моторными (держат голову, переворачиваться, ползать, ходить) и речевыми (лепет, гуление, первые слова, фразовая речь) навыками. При этом задержанным считалось отставание в сроках освоения навыков более чем на 6 мес., искаженным, когда регистрировалась дисгармония в их формировании на аналогичный срок.

Таблица 5.2 – Особенности ранних этапов развития (беременность, роды, младенчество, психомоторное развитие).

	Тип аттенуированной психотической симптоматики											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		I тип							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Наличие патологии протекания беременности												
Выраженная патология	1	6,25	4	17,39	5	12,82	1	20,00	2	16,66	8	14,29
Незначительная патология	7	43,75	6	26,09	13	33,33	2	40,00	5	41,67	20	35,71
Отсутствие патологии	8	50,00	13	56,52	21	53,85	2	40,00	5	41,67	28	50,00
$\chi^2= 1,494; p= 0,684$												
Наличие патологии протекания родов												
Выраженная патология	3	18,75	3	13,04	6	15,38	2	40	5	41,67	13	23,21
Незначительная патология	4	25,00	3	13,04	7	17,95	1	20	3	25,00	11	19,64
Отсутствие патологии	9	56,25	17	73,92	26	66,67	2	40	4	33,33	32	57,15
$\chi^2= 6,373; p= 0,095$												
Патология младенческого возраста												
Выраженная патология	4	25,00	-	-	4	10,26	1	20,00	2	16,67	7	12,50
Незначительная патология	9	56,25	9	39,13	18	46,15	1	20,00	6	50,00	25	44,64
Отсутствие патологии	3	18,75	14	60,87	17	43,59	3	60,00	4	33,33	24	42,86
$\chi^2= 9,500; p= 0,023$												
Психомоторное развитие												
Задержанный	2	12,50	1	4,35	3	7,69	1	20,00	3	25,00	7	12,50
Искаженный	5	31,25	2	8,70	7	17,95	2	40,00	4	33,33	13	23,21
Ускоренный	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Нормальный	9	56,25	19	82,60	28	71,80	2	40,00	5	41,67	35	62,50
$\chi^2= 8,166; p= 0,043$												

Стоит отметить, что патология во время беременности наблюдалась в половине всех случаях, и была более выражена у матерей больных I типа 2 подтипа и III типа ($p > 0,05$). Стоит отметить, что именно эти подтип и тип дали в последующем наихудшие исходы.

Среди патологически протекающих родов прослеживается больший удельный вес больных III и II типа по сравнению с обоими подтипами первого типа ($p > 0,05$).

В младенческом возрасте нарушения чаще всего встречались у больных I типа 1 подтипа и у больных III типа ($p < 0,05$). Если больший удельный вес патологии у III типа понятен в виду более тяжело протекающих беременностей и родов, то высокий удельный вес больных I типа 1 подтипа не столь очевиден. Полагаем, подобная высокая частота нарушений на данном этапе развития может быть связана с некоторой склонностью к формированию фобической симптоматики, которая на данном этапе выражается общим беспокойством и повышенной плаксивостью и в последующем обуславливает формирование расстройств, базирующихся на чувственной сфере – как аффективных реакций, так и элементов острого чувственного бреда.

Следует уточнить, что у данных типов практически во всех случаях искаженного психомоторного развития речь шла о отставании речевых навыков, что сочеталось с нормальным развитием моторных. Из таблицы 5.2 виден более высокий уровень патологии психомоторного развития у больных III типа (вдвое больше, чем в среднем по типам) ($p < 0,05$), что согласуется с большим удельным весом патологии на этапе беременности, родов и младенческого возраста. Так же стоит отметить, что во всех типах искаженное психомоторное развитие встречалось практически в два раза чаще задержанного.

5.1.3 Особенности протекания детских возрастных кризовых периодов.

Характеристика возрастных кризов представлена в виде трех таблиц (таблицы 5.3 - 5.5), описывающих характер (степень выраженности патологических элементов) и содержание кризовых периодов 3-4 года, 6-8 лет и 12-14 лет.

Таблица 5.3 – Особенности протекания детских возрастных кризов (3-4 года)

	Тип аттенуированной психотической симптоматики											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Характер детских возрастных кризов (3-4 года)												
Нормальный	9	56,25	9	39,13	18	46,15	4	80,00	6	50,00	28	50,00
Сглаженный	6	37,50	10	43,48	16	41,03	1	20,00	5	41,6	22	39,29
Утрированный	1	6,25	4	17,39	5	12,82	-	-	1	8,33	6	10,71
$\chi^2= 3,650$; $p= 0,302$												
Содержание детских возрастных кризов (3-4 года)												
Эпизэквиваленты	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бредоподобное фантазирование	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,33	1	1,79
Симптоматическая лабильность	-	-	2	8,70	2	5,13	1	20,00	-	-	3	5,36
Аффективные расстройства	2	12,50	-	-	2	5,13	-	-	-	-	2	3,57
Страх, дисморфофобии	7	43,75	7	30,43	14	35,90	2	40,00	6	50,00	22	39,28
Энурез, энкопрез, тики	2	12,50	1	4,35	3	7,69	-	-	-	-	3	5,36
Навязчивые расстройства, СДВГ	1	6,25	3	13,04	4	10,25	2	40,00	1	8,33	7	12,50
Отсутствие патологии	4	25,00	10	43,48	14	35,90	-	-	4	33,34	18	32,14
$\chi^2= 2,516$; $p= 0,472$												

В раннем детском возрасте (3-4 года), как видно из таблицы 5.3, преобладали фобические феномены (39,28% случаев) – в основном здесь речь идет о детских страхах – темноты, собак, насекомых и т.п. Так же во всех типах наблюдались случаи повышения двигательной активности с нарушениями внимания, которые были квалифицированы в рамках синдрома СДВГ. Наибольшая частота встречаемости утрированных кризов наблюдалась у I типа 2 подтипа (17,39%, против 10,71% в среднем).

Таблица 5.4 – Особенности протекания детских возрастных кризов (6-8 лет)

	Тип аттенуированной психотической симптоматики											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Характер детских возрастных кризов (6-8 лет)												
Нормальный	6	37,50	8	34,78	14	35,9	3	60,00	5	41,67	22	39,28
Сглаженный	9	56,25	14	60,87	23	58,97	2	40,00	6	50,00	31	55,36
Утрированный	1	6,25	1	4,35	2	5,13	-	-	1	8,33	3	5,36
$\chi^2= 1,149; p= 0,765$												
Содержание детских возрастных кризов (6-8 лет)												
Эпизэквиваленты	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бредоподобное фантазирование	1	6,25	-	-	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Симптоматическая лабильность	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Аффективные расстройства	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	1	8,33	2	3,57
Страх, дисморфофобии	9	56,25	6	26,09	15	38,47	1	20,00	3	25,00	19	33,93
Энурез, энкопрез, тики	1	6,25	2	8,70	3	7,69	2	40,00	1	8,33	6	10,71
Навязчивые расстройства, СДВГ	1	6,25	1	4,35	2	5,13	1	20,00	2	16,67	5	8,93
Отсутствие патологии	4	25,00	13	56,51	17	43,59	1	20,00	5	41,67	23	41,07
Критерий Краскела-Уоллеса $\chi^2= 4,330; p= 0,228$												
Критерий Манна-Уитни $z= -1,986; p= 0,047$												

В младшем школьном возрасте 6-8 лет сохранялась высокая встречаемость фобической симптоматики. Так же часто регистрировались энурез и СДВГ, единичные случаи энкопреза. Предположительно, уровень СДВГ был сопоставимо высоким и в детском возрасте, но именно с началом обучения в школе СДВГ начинал мешать адаптации и оказывался в центре внимания родителей. Наиболее высокий уровень фобий отмечался у I типа 1 подтипа ($p < 0,05$ по Критерию Манна-Уитни). Наиболее высокий уровень СДВГ отмечался у II типа, возможно из-за схожести кататонических нарушений и генерализованных гиперкинетических расстройств, играющих ведущую роль в структуре СДВГ.

[http://www.osoboedetstvo.ru/files/posts/klin_rek_autizm_simashkova.pdf]. Вместе с

тем следует отметить, что в большинстве случаев кризовый период протекал нормально или в сглаженном варианте, к утрированным вариантам относились лишь единичные случаи во всех типах.

Таблица 5.5 – Особенности протекания детских возрастных кризов (12-14 лет)

	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Характер детских возрастных кризов (12-14 лет)												
Нормальный	4	25,00	13	56,52	17	43,59	4	80,00	2	16,66	23	41,07
Сглаженный	9	56,25	4	17,39	13	33,33	1	20,00	5	41,67	19	33,93
Утрированный	3	18,75	6	26,09	9	23,08	0	0,00	5	41,67	14	25,00
Критерий Краскела-Уоллеса $\chi^2= 5,434$; p= 0,143												
Критерий Манна-Уитни z= -2,123; p= 0,034												
Содержание детских возрастных кризов (12-14 лет)												
Эпизэквиваленты	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бредоподобное фантазирование	1	6,25	-	-	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Симптоматическая лабильность	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Аффективные расстройства	5	31,25	10	43,48	15	38,46	3	60,00	6	50,00	24	42,85
Страх, дисморфофобии	2	12,50	5	21,74	7	17,95	-	-	1	8,33	8	14,29
Энурез, энкопрез, тики	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Навязчивые расстройства, СДВГ	2	12,50	1	4,35	3	7,69	-	-	1	8,33	4	7,14
Отсутствие патологии	6	37,50	7	30,43	13	33,33	2	40,00	4	33,34	19	33,93
$\chi^2= 0,251$; p= 0,969												

В раннем подростковом возрасте (12-14 лет) ведущей в содержании кризовых периодов во всех типах становится аффективная симптоматика, в подавляющем большинстве случаев представленная в виде аффективных колебаний циклотимного уровня, преимущественно в виде субдепрессивных переживаний. У обоих подтипов I типа, с отчетливым преобладанием 2 подтипа,

так же сохраняется высокий уровень фобических переживаний, правда в данном возрастном интервале детские страхи преимущественно сменяются дисморфофобиями, характерными для данного возраста. Так же резко возрастает встречаемость утрированного варианта протекания кризового периода, преимущественно у больных I типа 2 подтипа и у больных III типа ($p < 0,05$ по Критерию Манна-Уитни).

5.1.4 Характеристика экзогенных факторов детского возраста.

Отдельно стоит упомянуть о экзогенных факторах, оказывавших свое влияние на развитие исследуемых типов. Для оценки их влияния мы разделили их на две группы – экзогенные факторы детского возраста и экзогенные факторы инициального этапа (см. 4 глава). К экзогенным факторам детского возраста относились: развод родителей, неблагоприятные условия воспитания, жестокое обращение и раннее разлучение с матерью.

Таблица 5.6 – Экзогенные факторы детского возраста

Характеристика экзогенных факторов	Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
	I тип						II тип		III тип		Итого	
	1 подтип		2 подтип		I тип							
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Развод родителей	3	18,75	3	13,04	6	15,38	-	-	5	41,67	11	19,64
Неблагоприятные условия воспитания	3	18,75	4	17,39	7	17,96	1	20,00	2	16,66	10	17,86
Жестокое обращение	1	6,25	-	-	1	2,56	-	-	-	-	1	1,79
Раннее разлучение с матерью	2	12,50	-	-	2	5,13	-	-	-	-	2	3,57
Отсутствие экзогенных провокаций	7	43,75	16	69,57	23	58,97	4	80,00	5	41,67	32	57,14
Всего больных	16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Для «развода родителей» $\chi^2= 5,453$; $p= 0,141$												

В целом у исследуемых типов экзогенные факторы детского возраста встречались относительно редко. Из имеющихся наиболее частыми были такие

факторы, как развод родителей, который чаще всего встречался у больных III типа – вдвое больше, чем в среднем по типам (статистически на уровне тенденции $p=0,141$), и неблагоприятные условия воспитания, которые отмечались во всех исследованных типах.

5.1.5 Преморбидный склад личности

Описывая преморбидный склад личности, мы стремились отразить те конституционально-личностные особенности, которые оказывали свое влияние в первую очередь на поведение и социальные взаимодействия больных изучаемых типов в период до возникновения отчетливой картины заболевания. Речь прежде всего идет о акцентуации характера и расстройствах личности. Тем не менее, мы стремились отразить все, даже слабо выраженные особенности характера, имеющие тенденцию к четко определенному полюсу психопатии, но по своей степени интенсивности не достаточные даже до степени акцентуации характера. Полученные результаты продемонстрированы в таблице 5.7, в первой части которой мы отразили преобладающий у исследуемых больных склад личности, а во второй отобразили степень интенсивности данных расстройств. Под псевдопсихопатией мы подразумевали степень выраженности личностных аномалий, достаточную для постановки диагноза F21.8 – шизотипическое расстройство личности.

Преморбидный склад личности был представлен преимущественно (от 75% и более для всех типов) группой шизоидов. Чаще всего встречались сенситивные и мозаичные (среди которых в первую очередь истеро-) шизоиды.

Таблица 5.7 - Преморбидный склад личности

Конституционально-личностные особенности		Тип аттенуированной психотической симптоматики.											
		I тип						II тип		III тип		Итого	
		1 подтип		2 подтип		Итого I тип							
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего больных		16	100	23	100	39	100	5	100	12	100	56	100
Преморбидный склад личности													
Норма		1	6,25	1	4,35	2	5,13	-	-	1	8,33	3	5,36
Гипертимный		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Циклоидный		1	6,25	-	-	1	2,56	-	-	1	8,33	2	3,57
Возбудимый		1	6,25	1	4,35	2	5,13	1	20,00	-	-	3	5,36
Психастенический		1	6,25	3	13,04	4	10,26	-	-	-	-	4	7,14
Шизоиды	Стеничный	-	-	1	4,35	1	2,56	-	-	1	8,33	2	3,57
	Сензитивный	8	50,00	7	30,43	15	38,46	1	20,00	4	33,34	20	35,72
	Диссоциативный	3	18,75	8	34,78	11	28,21	2	40,00	5	41,67	18	32,14
	Пассивный	1	6,25	2	8,70	3	7,69	1	20,00	-	-	4	7,14
	Всего шизоиды	12	75,00	18	78,26	30	76,92	4	80,00	9	75,00	44	78,57
$\chi^2= 1,568; p= 0,667$													
Выраженность аномалии личности													
Нормальный склад, акцентуация характера		7	43,75	9	39,13	16	41,03	2	40	5	41,67	23	41,07
Психопатический склад		2	12,05	8	34,78	10	25,64	1	20	3	25,00	14	25,00
Псевдопсихопатия		7	43,75	6	26,09	13	33,33	2	40	4	33,33	19	33,93
$\chi^2= 0,206; p= 0,977$													

Качественная оценка преморбидного состояния выявила преобладание акцентуаций характера - 41,07%, что говорит о том, что в целом психопатические черты у изучаемой группы были не резко выражены. Так же отмечался низкий уровень психопатий среди пациентов I типа 1 подтипа (12,05%) и сравнительно ($p > 0,05$) высокий среди пациентов I типа 2 подтипа (34,78%).

5.2 Результаты клинико-биологических методов исследования

5.2.1. Клинико-иммунологические особенности юношеской депрессией с АПС.

В настоящее время в психиатрии наиболее востребованным становится междисциплинарный подход к изучению психических заболеваний. Все больше исследований направлено на поиск биологической основы эндогенных психических расстройств. Остаются нерешенными вопросы их патогенеза и патодинамики, особенно в контексте обусловленных болезнью биохимических аномалий. Установлено, что в оценке общего состояния пациентов с

эндогенными психическими расстройствами, существенное значение имеют выявляемые в их крови параметры иммунологической реактивности. Ранее в исследованиях центра, проведенных на больных с первым приступом было показано, что острая стадия заболевания сопровождается активацией воспалительных реакций (повышением энзиматической активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и функциональной активности α_1 -протеиназного ингибитора (α_1 -ПИ)), а наиболее тяжелые и высокопрогредиентные формы психических заболеваний сопровождаются активацией аутоиммунных реакций (повышением уровня аутоантител к нейроантигенам - S100 β и основному белку миелина (ОБМ)) [Клюшник Т.П. с соавт, 2014]. Все вышесказанное приобретает особую важность в контексте наиболее актуального на сегодняшний момент направления по поиску ранних маркеров шизофрении. Среди критериев «психотического риска» [Woodberry K. et al., 2016] ключевым является наличие т.н. «субпсихотических» симптомов, под которыми понимаются аттенуированные психотические переживания, не попадающие под критерии психоза. Чаще всего «субпсихотические» симптомы встречаются в структуре депрессий у лиц мужского пола юношеского возраста [Тиганов А.С., 2002; Каледа В.Г., 2010; Jarbin H. et al., 2003; Lauronen E., 2007, Wigman J. et al., 2012].

В рамках данной работы были сравнены иммунологические показатели пациентов в клинической группе данной работы, показатели больных, поступивших в стадии острого манифестного психоза и показатели «контрольной группы», которую составили психически и соматически здоровые испытуемые. Полученные результаты проиллюстрированы в табл. 5.8 и на рисунке 5.1.

При иммунологическом обследовании, повышенная активность ЛЭ и α_1 -ПИ, относительно контрольной группы, была выявлена у пациентов всех исследуемых типов ($p < 0,001$) и приближалась к таковым показателям у больных с манифестным психозом.

Таблица 5.8 Иммунологические показатели в исследуемой группе и группах сравнения.

Показатели	Больные с АПС (n=49)	Больные после первого психотического приступа (n=124)	Контрольная группа (n=30)
Активность ЛЭ, нмоль/мл×мин	242,0* (205,2; 261,4)	282,5**# (259,2; 318,7)	172,8 (151,2; 205,2)
Активность α1-ПИ, ИЕ/мл	44,0* (35,5; 50,6)	42,6* (34,3; 50,5)	32,8 (26,0; 39,0)
Уровень аАТ к S- 100В, ед. опт. плотн.	0,75 (0,59; 0,86)	0,66 (0,59; 0,81)	0,64 (0,54; 0,72)
Уровень аАТ к ОБМ, ед. опт. плотн.	0,76 (0,65; 0,88)	0,88* (0,69; 1,12)	0,65 (0,61; 0,78)

Данные представлены в виде: медиана (25-й; 75-й процентиля); сравнение данных до лечения с контрольными значениями (*) и между группами пациентов (#) проведено с использованием теста Манна – Уитни, ** - $p < 0,001$.

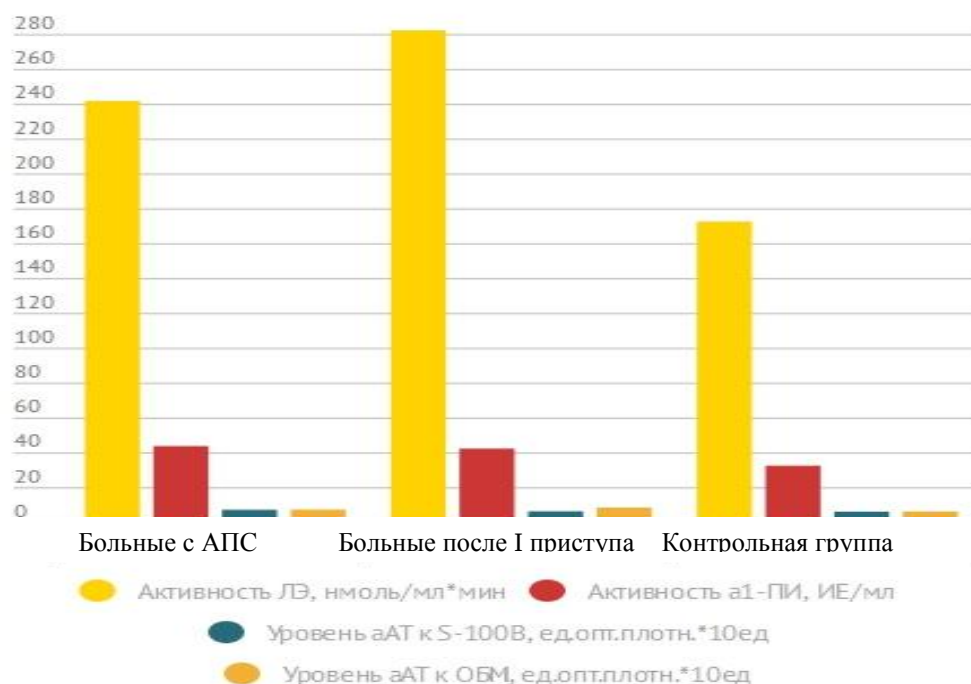


Рисунок 5.1 Сравнительные иммунологические профили больных с АПС

По результатам исследования установлено, что повышение энзиматической активности ЛЭ и функциональной активности α1-ПИ по сравнению с контролем характерно не только для больных с манифестацией психоза, но и для больных с юношеской депрессией с АПС ($p < 0,001$). Вместе с тем активность ЛЭ в группе с манифестным психозом достоверно выше по сравнению с больными исследуемой

группы ($p<0,001$). При этом только у больных с манифестным психозом было выявлено повышение среднего уровня аутоантител к ОБМ по сравнению с контрольной группой здоровых добровольцев ($p<0,001$).

Полученные данные позволяют сделать предположение о вовлеченности иммунных механизмов в патогенез юношеских депрессий с аттенуированными психотическими симптомами. Выявленные различия в степени выраженности иммунологических отклонений от контрольной группы у пациентов с различными клиническими типами свидетельствуют об их потенциальной возможности применения в качестве дополнительного дифференциально-диагностического критерия и прогностического фактора.

Таким образом, выявленные иммунологические различия у пациентов выделенных клинических типов свидетельствуют об их потенциальной возможности применения в качестве дополнительного дифференциально-диагностического критерия.

5.2.2. Нейрофизиологические особенности больных юношеской депрессией с аттенуированной психотической симптоматикой

Данный подраздел представляет результаты нейрофизиологических и нейровизуальных исследований, выполненных на части (61 пациент) клинической группы больных. Все испытуемые обследовались перед выпиской на фоне редукции психопатологических симптомов, на фоне проводимой терапии. Контрольная группа включала 40 подобранных по возрасту (16–25 лет) психически здоровых праворуких испытуемых мужского пола без наследственного отягощения по психическим и неврологическим заболеваниям.

Нейрофизиологические маркеры когнитивных функций.

У больных с юношескими депрессиями с АПС по сравнению с психически здоровыми испытуемыми были обнаружены статистически более высокие значения латентных периодов (ЛП) волны P300 слуховых ВП в парадигме oddball (рис. 5.3).

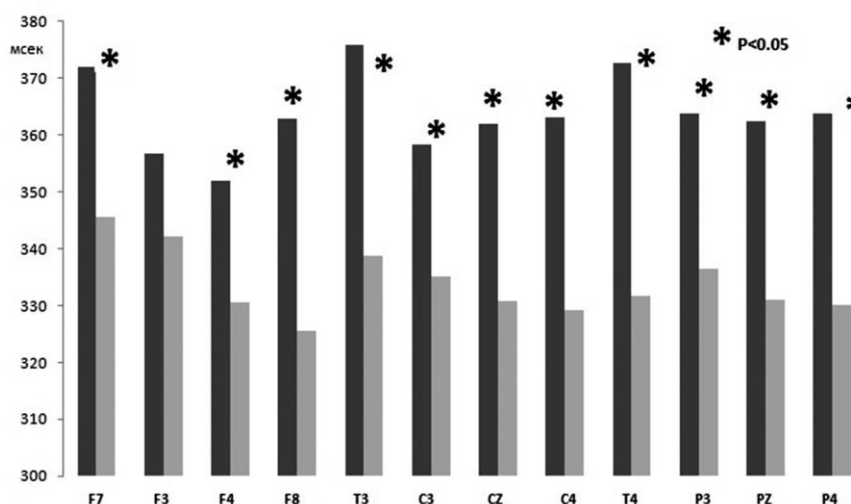
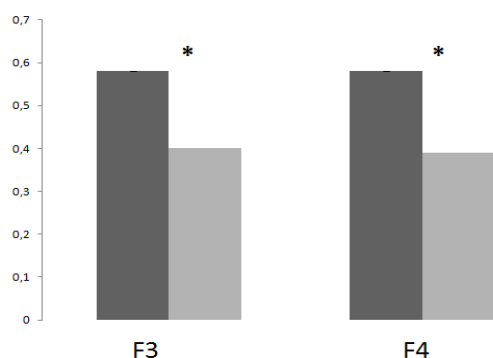


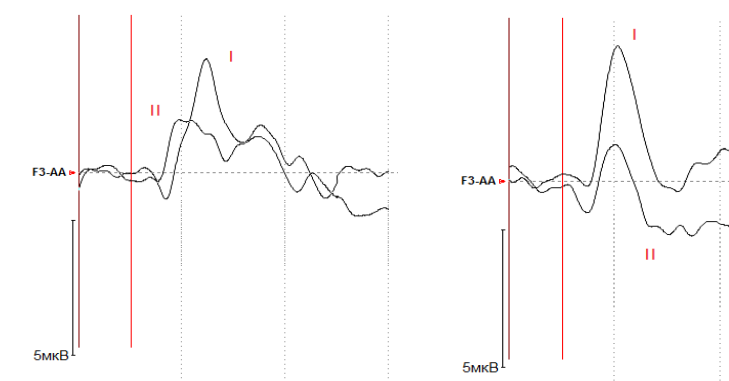
Рисунок 5.3 Величины ЛП Р300 в разных отведениях, усредненные в группах больных (черные столбики) и психически здорового контроля (серые столбики) и результаты межгруппового сравнения по этим показателям.

При анализе нейрофизиологических данных, полученных методом sensory gating, уровень статистической значимости межгрупповых различий был достигнут в отведениях F3 ($0,58 \pm 0,37$ vs $0,4 \pm 0,24$, $t=2,6$, $p=0,013$) также в F4 ($0,58 \pm 0,31$ vs $0,39 \pm 0,36$, $t=2,3$, $p=0,023$)². (см. рис. 5.4). Статистически значимых корреляций между тестируемыми нейрофизиологическими показателями и выраженностью психопатологических расстройств по шкале SOPS выявлено не было (не прошли коррекцию на множественность сравнений).



Черный – больные с депрессией с АПС

Серый – контрольная группа * $p < 0,05$



Больные с АПС

Контрольная группа

Рисунок №5.4 Отклонения в нейрофизиологических маркерах «сенсорного фильтра». Данные слуховых ВП в парадигме sensory gating.

Магнитно-резонансная томография.

Микроструктура проводящих путей (трактов белого вещества). Анализ межгрупповых различий выявил увеличение показателя радиальной диффузии (RD, $10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) в левой передней таламической лучистости у больных депрессией с АПС по сравнению с психически здоровым контролем ($0,572$ vs $0,555$ ($p=0,002$), соответственно) (другие результаты не прошли коррекцию на множественность сравнений). (см. рис. 5.5).

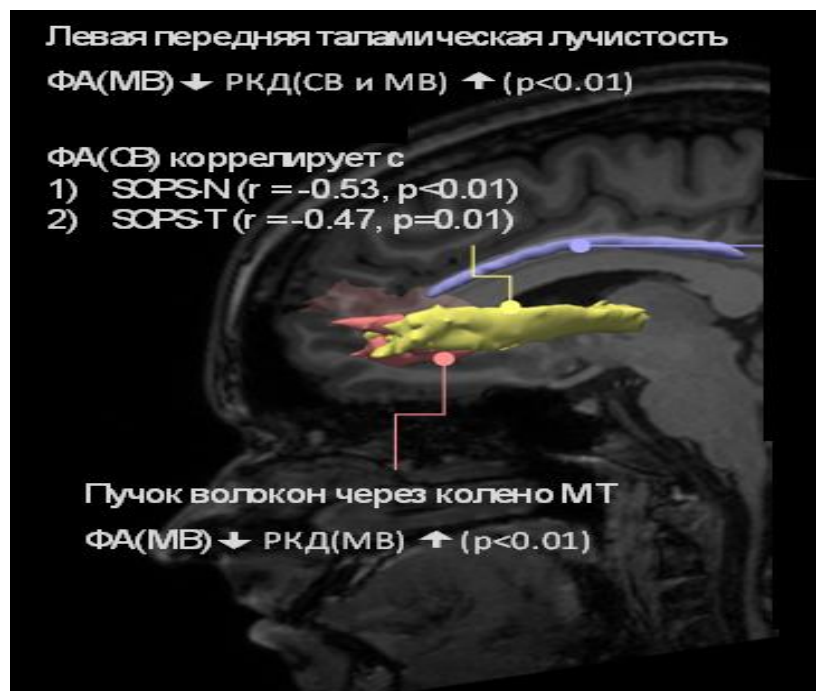


Рисунок 5.5 Нарушение микроструктуры трактов: передней таламической лучистости, волокон через колесо МТ.

Структурные особенности коры больших полушарий. Анализ по всему головному мозгу выявил снижение толщины коры в теменных, височных, лобных долях у больных депрессией с АПС по сравнению с психически здоровым контролем. Шесть кластеров были выявлены в левом и три – в правом полушарии (рис. 5.6).

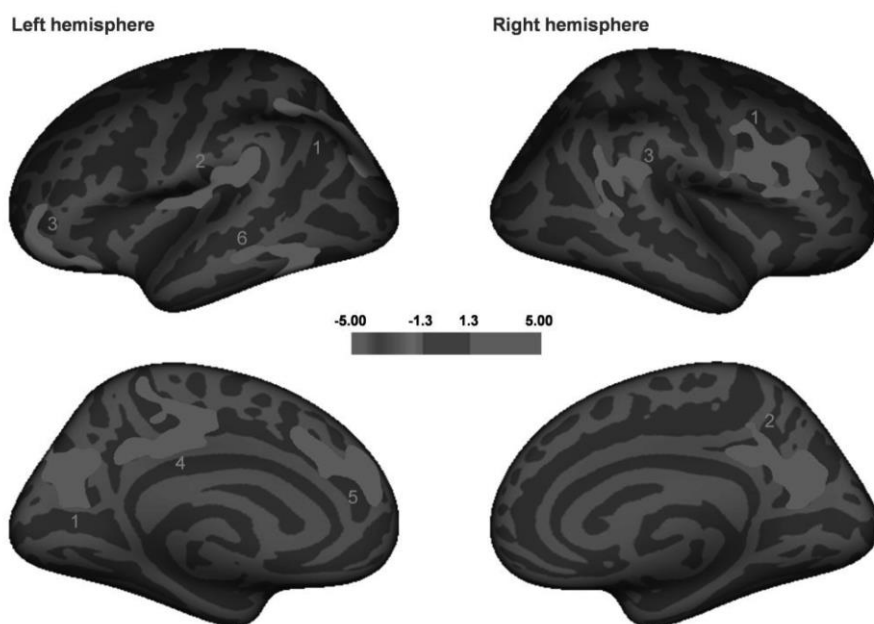


Рисунок 5.6. Карты с кластерами статистически значимого снижения толщины коры у больных депрессией с АПС по сравнению со здоровыми испытуемыми (обозначены цифрами). Кластеры нанесены на инфлированный стандартный кортикальный шаблон FreeSurfer, светло-серым цветом показаны извилины, темно-серым – борозды. Значения CWP представлены в соответствии со шкалой.

Уровень метаболитов в различных отделах головного мозга. Уровни тестируемых метаболитов не различались между группами ни в одной тестируемой области головного мозга. Статистический анализ уровней ГАМК показал снижение относительной концентрации тормозного нейромедиатора ГАМК в левом полушарии в группе больных депрессией с АПС (рис. 5.7, 5.8).

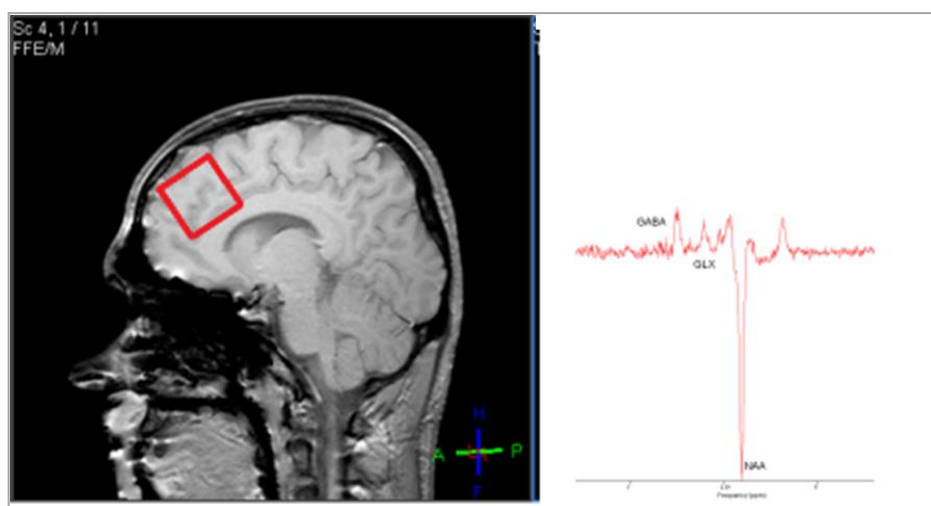


Рисунок 5.7 Нарушение метаболических показателей. Данные ^1H МР-спектроскопии (ПМР)

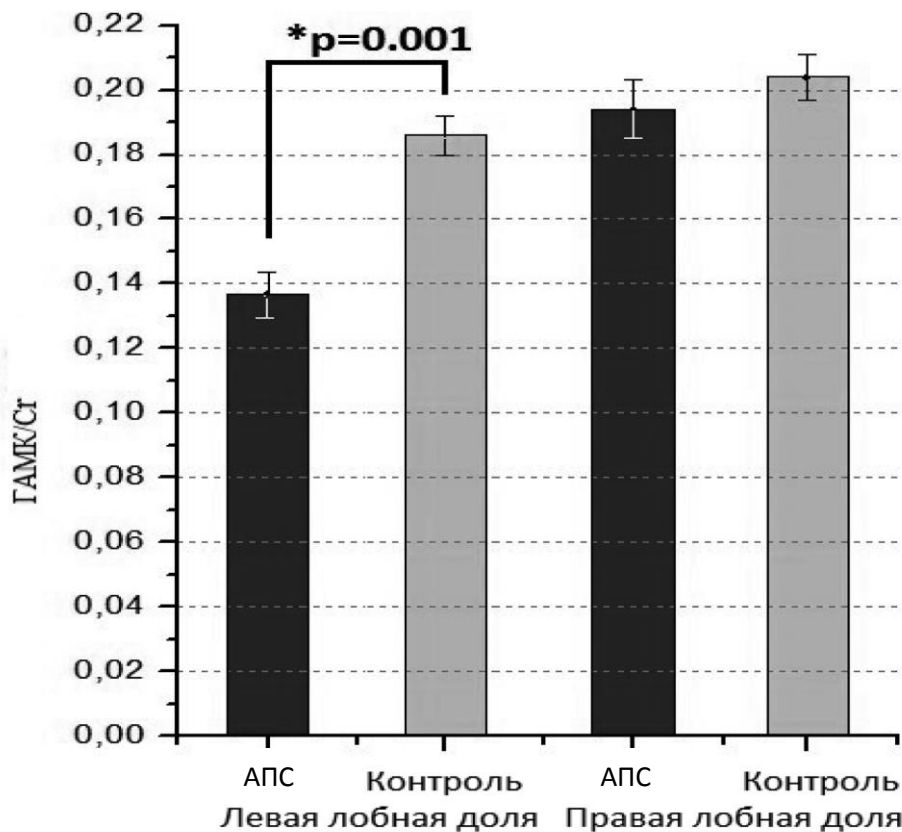


Рисунок 5.8. Уровень GABA/Cr в группе больных депрессией с АПС (черный столбик) и психически здорового контроля (серый столбик) в вокселе, расположенном в левой и правой лобной долях.

Изменения нейрофизиологических показателей позволили предположить нарушения в «фильтрации» информации головным мозгом (сходные данные в группах больных с депрессией с АПС были показаны ранее, в том числе у больных шизофренией), а также замедление ментальных процессов в диапазоне, ассоциируемом с процессами поддержания рабочей памяти – явление, регистрируемое при шизофрении. Следует отметить определенные расхождения в данных других авторов. Так, в ряде работ не были выявлены отклонения в параметрах P300 в группах больных с АПС, в то время как в других обнаружили снижение амплитуды волны P300 в теменных зонах у таких пациентов. Выявление нами отклонений только во временных (а не амплитудных) показателях процессов, маркером которых является волна P300, возможно, связано с фактом относительной компенсации и/или нормализации

соответствующих механизмов вследствие проводимой фармакотерапии (хотя корреляций между нейрофизиологическими показателями и средней дневной дозой нейролептиков в хлорпромазиновом эквиваленте в настоящей работе выявлено не было).

Передняя таламическая лучистость (ПТЛ) проходит через переднюю ножку внутренней капсулы и соединяет дорсомедиальные и передние ядра таламуса с префронтальной корой, вероятнее всего с ее дорсолатеральной частью, также входит в фронтоталамо-мозжечковую сеть и сеть между дорсолатеральной префронтальной корой и гиппокампом – изменения всех этих нейрональных сетей были описаны при шизофрении. Исходя из имеющихся данных о физиологической природе изменений показателей диффузии, обнаруженное в настоящей работе у больных из группы больных с АПС повышение радиальной диффузии без существенных изменений аксиальной диффузии в левой передней таламической лучистости может быть вызвано патологией миелиновых оболочек. Эти данные созвучны результатам других исследований, где были обнаружены изменения параметров микроструктуры белого вещества (фракционной анизотропии) в левой ПТЛ на ранних этапах шизофрении

Таким образом, можно предположить, что микроструктурные аномалии в одном из основных субкортикальных трактов, соединяющих таламус с префронтальной корой, могут играть существенную роль в патогенезе эндогенных психозов. Статистически значимых корреляций между выявленными аномалиями и клиническими характеристиками (выраженностью психопатологических расстройств и объемом проводимой фармакотерапии), однако, выявлено не было. К настоящему моменту всего несколько исследований использовали метод так называемой поверхностно базированной морфометрии для анализа кортикальной анатомии в группах пациентов с АПС. В ряде работ статистически значимых изменений в толщине коры в группах обнаружено не было, с другой стороны, W.H.Jung и соавт. сообщали о снижении толщины коры в префронтальной, передней поясной, нижней теменной коре, парагиппокампальной и верхней височной коре в группе АПС. Следует отметить,

что авторы, как правило, не обнаруживали статистически значимых корреляций с выраженностью психопатологии по шкале SOPS, что позволяет рассматривать данные структурные аномалии не как маркеры состояния (State marker), а как маркеры предрасположения к психическим заболеваниям (Trait marker). Уровни большинства тестируемых метаболитов не различались между группами ни в одной тестируемой области головного мозга, что несколько противоречит данным литературы. Так, например, у больных из группы депрессий с АПС был выявлен более высокий уровень индекса глутамат/глутамин, а в другом исследовании – глутамата в дорсолатеральной префронтальной коре. В этой области мозга у больных с АПС, в отличие от больных шизофренией было описано повышение уровня NAA и холинсодержащих веществ относительно креатина. Нормальные (или «нормализованные») метаболические показатели, которые определялись в настоящей работе, были связаны, скорее всего, с проводимой фармакотерапией (хотя корреляций с дневной дозой нейролептиков в хлорпромазиновом эквиваленте выявлено не было). Исключением стали данные о снижении уровня ГАМК. Нарушение процессов торможения, опосредуемых через ГАМК-эргическую систему головного мозга, является ключевым элементом ряда гипотез о нейрохимическом патогенезе шизофрении, однако, исследования по определению уровня ГАМК у больных АПС пока ещё единичны. Так, в доступной литературе была найдена лишь одна работа, авторы которой показали, что уровень ГАМК повышен у нелеченных больных АПС в хвостатых ядрах и медиальной лобной коре.

У больных с юношеской депрессией с АПС, был выделен комплекс нейробиологических и психофизиологических отклонений, сходных с теми, что регистрируются у больных шизофренией. Сюда относились структурные изменения головного мозга с максимальным вовлечением коры больших полушарий – снижение ее толщины было найдено во множественных локусах лобных, теменных, височных и затылочных долей. В значительно меньшей степени оказались патологичными проводящие пути (тракты белого вещества) – здесь аномалии (вероятно связанные с патологией миелиновых оболочек)

определялись только в передней таламической лучистости левого полушария – элементе нейрональной сети, связывающем таламус с префронтальной корой. Группа отличалась снижением ГАМК в левой лобной доле, замедлением процессов в диапазоне волны Р300, аномалиями нейрофизиологического маркера так называемого «сенсорного фильтра» с акцентом по лобным областям, что, исходя из известных данных о нейробиологической и психофизиологической значимости описанных выше параметров, можно трактовать как признаки снижения выраженности тормозных процессов, фильтрации поступающей информации, замедления процессов в диапазоне, ассоциируемом с поддержанием рабочей памяти. Метаболические показатели в дорсолатеральной префронтальной коре, таламусе, колене и валике мозолистого тела, однако, были «нормальными» (или нормализованными вследствие лечения).

5.2.3 Особенности нейропсихологического профиля больных юношеской депрессией с АПС

Целью данного этапа исследования было нейропсихологическое изучение когнитивных нарушений и выявление их мозговых механизмов при депрессии с АПС. Обследование проводилось на 70 пациентах, часть из которых в последующем вошла в катamnестическую группу, часть в клиническую группу пациентов*. Группа сравнения была репрезентативно отобрана автором среди здоровых лиц и составила 30 человек.

Так как данное исследование проводилось на начальных этапах работы – до разработки типологии, то в ней присутствует деление по нозологическому принципу (аффективное состояние, расстройство личности либо шизотипическое расстройство). Нейропсихологический профиль больных исследовался в течение первой недели после поступления в клинику с помощью метода: нейропсихологическое обследование по схеме А.Р.Лурия с использованием специально разработанной качественно-количественной шкалы (см. рис. 5.10, 5.11). Исследовались в первую очередь память, гнозис, праксис,

* Обследование проводилось старшим научным сотрудником к.п.н. И.В. Плужниковым

интеллектуальные процессы. Баллы по каждой из шкал (43 нейропсихологических теста, 438 пунктов оценки) суммировали и переводили в Т-баллы (от 0 до 3, где 0 отсутствие нарушений, 3 максимальная их выраженность), используемые для оценки индексов функционирования нейропсихологических факторов: произвольности, кинетический, кинестетический, тактильный, акустический (вербальный и невербальный), пространственный, зрительный, модально неспецифичный, энергетический, межполушарного взаимодействия.

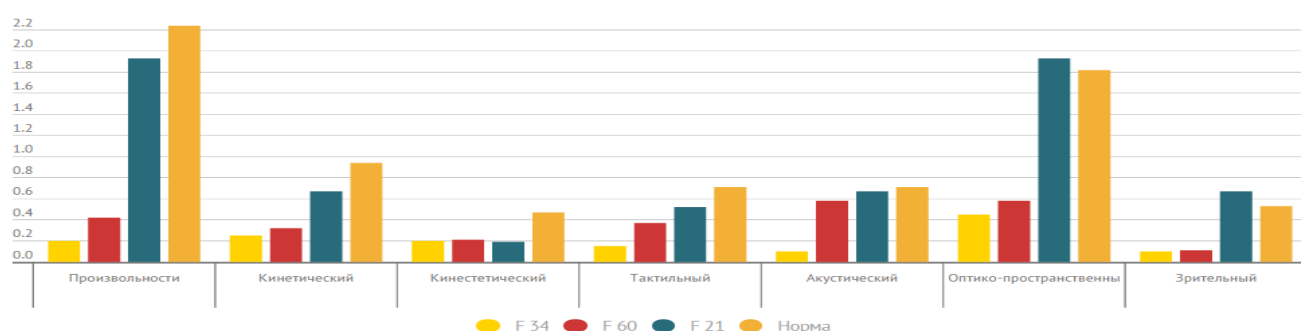


Рисунок 5.10 Нейропсихологический профиль, правое полушарие

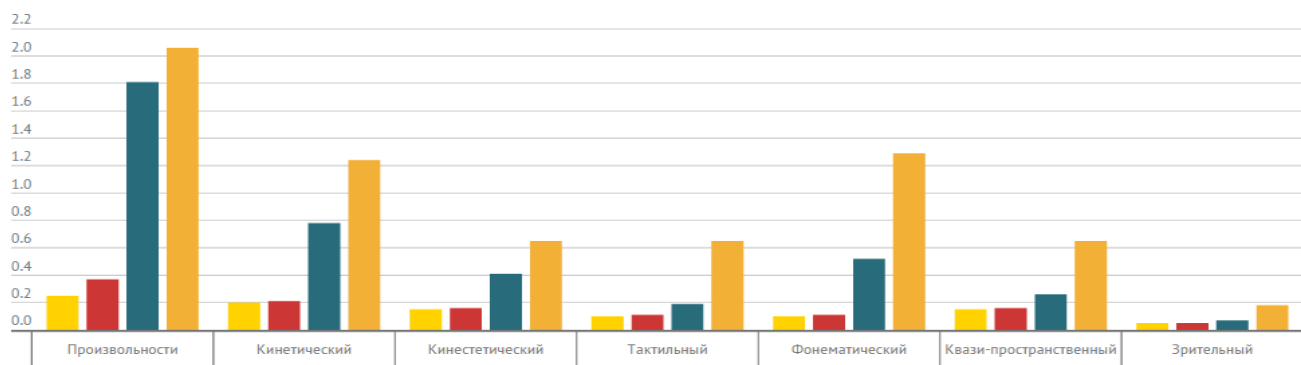


Рисунок 5.11 Нейропсихологический профиль, левое полушарие

Были получены следующие результаты: больные циклотимией практически не отличались от контрольной группы, за исключением повышения показателей по группам «невербальный акустический анализ и синтез» (за счет частых гностических ошибок при работе со сложными ритмическими структурами) и «энергетическое обеспечение активности» (за счет нарастания утомляемости). Больные с расстройствами личности имели существенные отличия по большему числу индексов, левополушарных – «произвольная регуляция деятельности» и

«кинетическая организация деятельности» (в обоих случаях – накопление ошибок по типу инертности, трудностей планирования и контроля, моторные реакции выбора) и, преимущественно, правополушарных – «Производственная регуляция деятельности» (ошибки по типу импульсивности при решении наглядно-образных задач, фрагментарность восприятия и хаотичность стратегии в работе с визуальным полем) и «оптико-пространственный анализ и синтез» (зеркальные и метрические ошибки). Так же отмечались, в меньшей степени выраженности, нарушения по индексам «модально-специфический фактор», «невербальный акустический анализ и синтез», «энергетическое обеспечение активности», «зрительный анализ и синтез». Больные с шизотипическим расстройством значительно отличались от группы нормы. Различий не наблюдалось только по левополушарным индексам – «зрительный анализ и синтез», «кинестетический фактор», «квазипространственный анализ и синтез»; правополушарном индексе «кинестетический фактор» и индексе «межполушарного взаимодействия». Кроме того так же наблюдалось повышение левополушарных индексов группы с «шизотипическим расстройством» по сравнению с группой «расстройства личности».

Проведенное исследование показало, что когнитивные нарушения являются неотъемлемой частью психопатологических расстройств, находящихся в зоне перекрытия аффективного, патохарактерологического и шизофренического спектра в юношеском возрасте, а нейропсихологический подход продемонстрировал свою адекватность в их оформлении и выдвижении гипотез о патогенетических звеньях рассматриваемых состояний. Так, больные циклотимией характеризуются негрубыми когнитивными расстройствами, в основе которых лежат, по видимому, нарушения в энергетическом обеспечении познавательной деятельности, ввиду дисфункции нижних отделов стволовых структур. Вероятно, нелокальная дисфункция указанных структур может быть причиной не только описанных нарушений, но и аффективной психопатологической симптоматики, практически полностью исчерпывая болезненные состояния данной когорты. Выявленные нарушения невербально-

акустического гнозиса скорее всего имеют не корковую (височную) природу, а обусловлены дисфункцией амигдаларно-темпорального пути, который так же участвует в патогенезе расстройств биполярного спектра. Нейропсихологическую картину, характерную для расстройств личности и шизотипического расстройства отличают две особенности. Первая – наличие неспецифического нейропсихологического симптомокомплекса: нарушение произвольной регуляции деятельности и снижение объема памяти в связи с повышенной тормозимостью следов и пространственных расстройств. Вторая – нейрокогнитивные нарушения, типичные для каждой группы. Для больных с расстройствами личности это накопление нейропсихологических симптомов, обусловленных «слабостью» задних отделов (вторичные и третичные ассоциативные зоны) правого полушария головного мозга: нарушения в сфере невербального акустического гнозиса, оптико-пространственного и зрительного предметного восприятия. Для больных с шизотипическим расстройством, помимо значительно большей глубины нейрокогнитивных расстройств, характерна так же обратная нейропсихологическая картина, отличающая их от пациентов с расстройствами личности – когнитивная симптоматика, связанная с дефицитом функций задних отделов левого полушария: парафазии, аграмматизмы, номинативные ошибки, трудности понимания сложных логико-грамматических конструкций, феномены, близкие к тактильной агнозии (больше в правой руке). Полученные данные согласуются с результатами других авторов, утверждающих, что дефицит «левополушарных» (больше вербальных) функций может считаться одним из центральных нейрокогнитивных эндофенотипов шизотипии как личностной черты, шизотипического расстройства как нозологической единицы и является важным предиктором высокого риска развития психоза. Так же следует дополнить, что именно в группе пациентов с шизотипическим расстройством наблюдался наиболее высокий уровень АПС и наиболее стойкая их персистенция.

Таким образом, было установлено увеличение степени выраженности и глубины когнитивных нарушений с изменением их качественной структуры в

континууме от непсихотических аффективных заболеваний, через расстройства личности шизоидного круга, к выраженной эндогенной шизотипичности, что следует учитывать при постановке диагноза и выборе терапевтической стратегии.

5.3 Результаты экспериментально-психологического исследования

Здесь представлены результаты экспериментально-психологического исследования группы больных юношескими депрессиями с неразвернутой психотической симптоматикой (44 чел.) в сопоставлении с когортой юношеских депрессий (103 чел.), и с когортой больных, поступавших с приступом юношеского эндогенного психоза (74 чел.), проведенного с позиций концепции патопсихологического синдрома [Критская В.П., Мелешко Т.К., 2015]. Все больные обследованы перед выпиской из стационара на этапе редукции остроты состояния.

Для выявления основных компонентов, входящих в структуру патопсихологического синдрома, специфичного для эндогенных психических расстройств, использованы 3 комплекса экспериментальных методик, направленных на:

1. Определение стилевых характеристик познавательной деятельности, прежде всего особенностей избирательности когнитивных процессов, отражающих характер использования в актуальной деятельности отраженных в опыте человека общепринятых категорий, понятий, речевых связей, образов. Критерием снижения избирательности являлся показатель использования латентных, нестандартных, необычных свойств и отношений предметов, речевых связей, перцептивных образов. Основным методическим приемом для определения уровня избирательности как одной из характеристик познавательного стиля явилось создание ситуаций неопределенности и дефицита информации при решении мыслительных и перцептивных задач (свободная классификация предметов, методика конструирования предметов по заданным признакам, «пиктограмма», идентификация неопределенных фигур, методика распознавания эмоционально-выразительных движений (жестов) и др.). Снятие

неопределенности здесь должно было происходить за счет преобразования и структурирования ситуации, что требовало активности субъекта.

2. характеристики уровня когнитивной деятельности:

а) Определение операционного уровня познавательных процессов (уровня формально-логического мышления и обобщения, способности к логическому анализу, оптимальности стратегии при решении мыслительных задач, использования категориальных признаков в процессе обобщения);

б) Определение уровня регуляции деятельности, учитывающего степень спонтанной активности больных при выполнении разных вариантов заданий и возможностей повышения уровня их деятельности под влиянием мотивирующих стимулов, а также оценку свойственного им характера планирования, целенаправленности и осуществления контроля своей деятельности;

3. Исследование социально-личностных характеристик пациентов, например, самооценок. В этих целях использовался модифицированный вариант «эксперимента с коммуникацией» (М.Коул, С.Скрибнер 1977), модифицированный опросник «Q-сортировка», метод направленного интервью.

Результаты исследования больных анализировались и обобщались на основе формализованной карты психологического статуса больных и сопоставлялись с соответствующими показателями в контрольной группе здоровых испытуемых того же возраста и пола (50 чел.). результаты исследования определялись исходя из качества выполнения испытуемыми заданий. Термин «снижение» означал степень отклонения от среднего показателя в контрольной группе здоровых. На этой же основе давались оценки уровня деятельности каждого из больных: 1-ый уровень – высокий, 2-ой уровень – средний, 3-ий уровень – низкий.

Поскольку не все анализируемые параметры психической деятельности поддавались количественной оценке, дополнительно был использован экспертный метод оценки полученных результатов. Наряду с экспериментально-психологическим методов в исследовании был реализован метод направленного интервью и биографический метод с привлечением анализа данных историй

болезни. Исследование больных проводилось после редукции острой психотической симптоматики перед выпиской больных из стационара.

Таблица 5.9 Сопоставления клинических групп больных с депрессией, депрессией с АПС, с ЮЭПП

Параметры психической деятельности	Депрессии, когорта (N103)		Больные с АПС (N 44)		Больные с ЮЭПП (N 74)	
	абс	%	абс	%	абс	%
<u>Избирательность</u>						
В пределах нормы	1	1.0	1	2.2	1	1.3
Нерезко снижен.	21	21.6	9	20.5	17	23.0
Выражен.снижен.	81	77.4	34	77.3	56	75.7
<u>Социальная перцепция</u>						
В пределах нормы	-	-	2	4.4	-	-
Нерезко снижен.	15	15.4	14	31.8	13	17.5
Выражен.снижен.	88	84.6	28	63.8	61	82.5
<u>Когнит.стиль:</u>						
Полезависимый	Оценка не производи лась	Оценка не произво дилась	11	25.0	41	55.4
Смешанный			23	52.0	10	13.5
Полезависимый			10	23.0	23	31.1
<u>Уровень обобщения</u>						
В пределах нормы	40	38.8	20	45.5	11	14.8
Нерезко снижен.	54	52.4	23	52.3	55	74.4
Сниженный	9	8.8	1	2.2	8	10.3
<u>Регуляция деятельности</u>						
Высокий уровень	35	34.0	3	6.8	3	4.1
Нерезко снижен.	51	49.5	28	63.6	41	55.4
Резко снижен.	17	16.5	13	20.6	30	40.5
<u>Самооценка</u>						
Адекватная	12	11.6	2	4.5	2	2.7
Заниженная	22	21.3	19	43.2	7	9.4
Завышенная	50	48.5	2	4.5	17	23.0
Противоречивая	19	18.6	21	47.8	48	64.9

Результаты исследования

В процессе проведенного исследования было установлено наличие как общих особенностей, так и существенных отличий, характеризующих основные проявления патопсихологического синдрома в сопоставляемых группах больных.

В таблице 5.9 представлены данные исследования стилевых характеристик познавательной деятельности, выраженные в показателях избирательности и социальной перцепции и когнитивном стиле.

Как следует из приведенных данных, для всех трех сопоставляемых групп больных характерно выраженное снижение показателей избирательности и социальной перцепции. Эти данные свидетельствуют о высокой представленности во всех группах лиц с выраженными шизоидными чертами,

отражающими низкий уровень социальной направленности. Различия между исследованными группами практически отсутствуют по параметру показателей избирательности.

Обращает на себя внимание статистически значимое различие между сопоставляемыми группами (по отношению к группе с АПС, при отсутствии различий между двумя другими группами) по социальной перцепции ($p=0.006$, по критерию хи-квадрат Пирсона). Более выраженное снижение этого показателя в группе депрессии можно связать с наличием в этой группе большего количества лиц с шизоидными чертами. Однако это предположение нуждается в специальной проверке. Большая степень выраженности снижения данного показателя в группе больных с развернутой психотической симптоматикой, по видимому свидетельствует о большем снижении социальной направленности у пациентов этой группы. Большой процент полезависимых представителей в группе с психотическим приступом позволяет предположить, что это качество направлено на компенсацию отмеченного дефицита социального функционирования.

Так же в таблице 5.9 представлены показатели уровня когнитивных процессов. Получены статистически значимые различия по основным анализируемым показателям когнитивной деятельности между сопоставляемыми клиническими группами: по параметру регуляции совместной деятельности ($p=0.01$) – данный показатель получил более низкое значение (т.е. более выраженное снижение) в группе депрессий с неразвернутой психотической симптоматикой по сравнению с группой депрессий, и более низкое значение для пациентов с развернутой психотической симптоматикой по сравнению с пациентами с АПС (на уровне тенденции), что говорит о более выраженной недостаточности когнитивных процессов той группы, у которой психотические черты выражены сильнее.

По уровню формально-логического мышления (уровню обобщения) статистически значимых различий группами депрессии и АПС не обнаружено. Для пациентов обеих групп оказалось нехарактерным резкое снижение этого

показателя. Однако при сравнении показателей этих групп с группой пациентов, перенесших психоз, отмечались значимые различия в сторону большего снижения уровня обобщения у пациентов с развернутой психотической симптоматикой.

Важной составляющей патопсихологического синдрома, специфичной для лиц шизоидного круга, являются социально-личностные характеристики, такие, например, как самооценка личности, отражающие степень социальной направленности пациентов. Пациенты всех групп были малоадекватны в самооценке собственной личности, при этом для пациентов группы депрессий была характерна завышенная самооценка (у 48.5%); для группы пациентов с АПС - заниженная самооценка (у 43%); а для группы пациентов с развернутой психотической симптоматикой наиболее характерны были неустойчивые противоречивые варианты самооценки (64.9%) Значимость различий по параметру личностных самооценок ($p=0.005$).

Проведенное сопоставление трех клинических групп больных позволяет сделать следующие выводы:

1. Наличие выраженного снижения избирательности когнитивных процессов и социальной перцепции свидетельствует о высокой представленности во всех сопоставляемых клинических группах лиц шизоидного спектра.

2. При анализе показателей уровня когнитивных процессов - по параметру регуляции совместной деятельности отмечалась более выраженная недостаточность когнитивных процессов той группы, у которой психотические черты выражены сильнее. Отсутствие выраженного снижения уровня обобщения в группах депрессии и АПС говорит об относительной интеллектуальной сохранности пациентов на начальных этапах заболевания. Выявляемые различия между данными группами и группой больных, перенесших психоз, в виде снижения уровня обобщения у пациентов последней группы, подчеркивает взаимосвязь сохранности логического мышления и степени выраженности заболевания.

3. Статистически значимые различия между сопоставляемыми клиническими группами больных по основным показателям социально-личностных характеристик (например, адекватности самооценок),

свидетельствуют об участии индивидуально-типологических особенностей личности больных (фактов «патоса») в формировании разных типологических вариантов депрессий, влиянии на характер выхода в ремиссию и адаптивные возможности пациентов. Так же нельзя не отметить влияние перенесенного психотического приступа на проявление отмеченной психотической патологии на стадии формирующейся ремиссии.

С целью выявления прогностических критериев редукции АПС и становления ремиссии сопоставлены 2 подгруппы пациентов: 1) с благоприятным и 2) неблагоприятным исходом. Качество выхода в ремиссию («исхода») определялось на клиническом уровне катamnестически через 5-6 лет после первого эпизода депрессии с АПС по критерию социально полезной деятельности (учебной или трудовой), по характеру межличностных отношений и отсутствию (или наличию) психопатологической симптоматики (см. 4 главу).

Для выявления прогностических критериев качества ремиссий использованы материалы экспериментально-психологического исследования пациентов, проведенного после перенесенного первичного эпизода депрессии с АПС. Полученные данные приведены в таблице 5.10.

Таблица 5.10. Депрессии с АПС (катамнез)

Параметры психической деятельности		Подгруппа с благоприятным исходом		Подгруппа с неблагоприятным исходом	
		абс	%	абс	%
Уровень обобщения	1. Высокий	4	36	1	8
	2. Нерезко сниженный	7	64	9	76
	3. Сниженный	-	-	2	16
Инициатива	1. Высокая	2	18	1	8
	2. Нерезко снижен.	4	36	3	25
	3. Сниженная	5	46	8	67
Регуляция деятельности	1. Саморегуляция	3	27	1	8
	2. Нерезко снижен.	8	73	8	67
	3. Резко снижен.	-	-	3	25
Самооценка	1. Адекватная	1	9	1	8
	2. Заниженная	5	46	4	38
	3. Завышенная	2	18	2	16
	4. Противоречивая	3	27	5	43
Планы	1. Реальные	8	73	4	33.3
	2. Нереальные	2	18	4	33.3
	3. Отсутствие	1	9	4	33.3
Когнитивный стиль	Полезависимый	2	18	5	42
	Смешанный	5	46	4	33
	Полнезависимый	4	36	3	25
Всего		11	100	12	100

Ввиду недостаточности для статистической обработки данных (11 и 12 чел. в каждой группе) различия, наметившиеся между сопоставляемыми группами, рассматриваются нами в виде тенденций.

Различия проявились:

1. В более высоком уровне формально-логического мышления (уровне обобщений) у пациентов группы благоприятного исхода и отсутствия в этой группе пациентов с резко сниженным уровнем этого показателя.

Эти данные согласуются с меньшим числом полнезависимых лиц в этой группе и большим числом лиц полнезависимых.

2. В более выраженной способности к когнитивной и волевой саморегуляции у представителей группы благоприятного исхода.

3. В меньшем количестве неустойчивых и противоречивых самооценок.

4. Связанных с этим построением реальных планов на будущее.

Все наметившиеся тенденции повышают адаптационные возможности пациентов. Они могут быть рассмотрены в качестве прогностически благоприятных для выхода в ремиссию.

Таким образом, по результатам анализа закономерностей течения изученных типов и подтипов были сделаны следующие выводы:

Наследственная отягощенность по приступообразной и вялотекущей шизофрении среди родственников всех степеней родства преобладала у больных I типа 2 подтипа. У больных I типа 1 подтипа преобладала отягощенность по аффективным заболеваниям среди родственников всех степеней родства.

Патология во время беременности, родов, младенческом возрасте оказывает влияние на развитие и функции нервной системы, в первую очередь, в области когнитивного дефицита (что отражается в некоторой тенденции к наличию данных осложнений у больных III типа в большей степени, чем у пациентов других типов) и отражается на психомоторном развитии (тенденция к наибольшему уровню задержанного и искаженного дизонтогенеза у больных III типа).

Детские возрастные кризы по характеру продемонстрировали малое количество утрированных кризов в возрасте 3-4 лет (которые наблюдались, в основном у I типа 2 подтипа), практически полное отсутствие утрированных кризов в возрасте 6-8 лет, и существенное увеличение числа утрированных кризов в возрасте 12-14 л (преимущественно у больных I типа 2 подтипа и у больных III типа). По содержанию отмечалось преобладание фобической симптоматики в возрасте 3-4 лет, сохранением преобладающего уровня фобической симптоматики в возрасте 6-8 лет с присоединением некоторого количества случаев энуреза, энкопреза, а так же увеличение встречаемости (а скорее выявляемости) СДВГ. К 12-14 годам наблюдается изменение картины содержания детских возрастных кризов, с выходом на первый план аффективной симптоматики и сосредоточением фобической симптоматики у пациентов I типа 2 подтипа с ее трансформацией в дизморфофобические переживания (что укладывается в склонность данного типа к сверхценным формированиям).

Экзогенные факторы детского возраста встречались относительно редко. Из имеющихся наиболее частыми были такие факторы, как развод родителей, который чаще всего встречался у больных III типа, и неблагоприятные условия воспитания, которые отмечались во всех исследованных типах.

Преморбидный склад личности был представлен преимущественно (более 75 % для всех типов) группой шизоидов. Чаще всего встречались сенситивные и мозаичные (среди которых в первую очередь истеро-) шизоиды.

Полученные клинико-иммунологические данные свидетельствуют о вовлеченности иммунных механизмов в возникновение юношеских депрессий с аттенуированными психотическими симптомами. Выявленные различия в степени выраженности иммунологических отклонений от контрольной группы у пациентов с различными клиническими типами свидетельствуют об их потенциальной возможности применения в качестве дополнительного дифференциально-диагностического критерия.

По данным лаборатории нейровизуализации и мультимодального анализа в исследуемой группе были выявлены отклонения в нейрофизиологических

маркерах «сенсорного фильтра», сходные с данными у больных шизофренией, что подчеркивает общность больных с АПС и с эндогенным процессом.

По данным структурного МРТ обследования головного мозга и диффузионно-взвешенной томографии с трактографией у пациентов с юношеской депрессией с АПС были обнаружены структурные изменения в виде снижения толщины коры а так же нарушение микроструктуры трактов, которые коррелировали со степенью выраженности психотической симптоматики, оцененной по шкале SOPS. Так же у данной группы были обнаружены нарушения метаболических показателей, по данным ¹H МР-спектроскопии (ПМР) в виде снижения концентрации ГАМК в лобной области левого полушария, что аналогично данным, полученным у больных шизофренией.

Согласно полученным данным нейро-психологического профиля в исследуемой группе отмечалось снижение всех показателей по отношению к норме, особенно выраженной у больных с аффективными заболеваниями и в меньшей степени, у пациентов с шизотипическим расстройством. Наиболее выраженные отличия наблюдались в уровне производительности (оба полушария), по оптико-пространственным характеристикам (правое полушарие), и по фонематическим характеристикам (левое полушарие), что говорит о снижении функционирования у исследуемых типов больных, с преобладанием изменений в указанных областях.

Согласно результатам экспериментально-психологического исследования в виде сопоставления группы депрессивных больных, больных с АПС и группы больных, перенесших психотический приступ, были сделаны выводы о

- Наличие заметного снижения избирательности когнитивных процессов и социальной перцепции, что свидетельствует о высокой представленности во всех сопоставляемых клинических группах лиц шизоидного спектра.

- более выраженной недостаточности когнитивных процессов той группы, у которой психотические черты выражены сильнее; об относительной интеллектуальной сохранности пациентов на начальных этапах заболевания и

прогрессировании степени нарушения логического мышления на фоне перенесенного психоза.

- статистически значимые различия между сопоставляемыми клиническими группами больных по основным показателям социально-личностных характеристик (например, адекватности самооценок), свидетельствуют об участии индивидуально-типологических особенностей личности больных (фактов «патоса») в формировании разных типологических вариантов депрессий, влиянии на характер выхода в ремиссию и адаптивные возможности пациентов. Так же нельзя выявляется влияние перенесенного психотического приступа на проявление отмеченной психотической патологии на стадии формирующейся ремиссии.

По результатам сравнения пациентов с благоприятными и неблагоприятными исходами были получены тенденции в виде: более высокого уровне формально-логического мышления, более выраженной способности к когнитивной и волевой саморегуляции, меньшем количестве неустойчивых и противоречивых самооценок и связанных с этим построением реальных планов на будущее у пациентов из группы благоприятного исхода, что повышает адаптационные возможности пациентов данной группы и может быть рассмотрено в качестве прогностически благоприятных факторов для выхода в ремиссию.

Глава 6

Особенности терапевтической и социально-реабилитационной тактики

6.1 Основные подходы к терапии больных с АПС в структуре депрессии.

Как было отмечено рядом исследователей [Наджаров Р.А. с соавт., 1983; Тиганов А.С., 2002; Цуцельковская М.Я., Каледа В.Г., Олейчик И.В., и др. 2002; Голубев С.А., 2010; McClellan J. et.al., 2001; Madaan V. et.al., 2008], психологические и биологические параметры юношеского возраста, относящегося к одному из основных кризовых периодов, требуют особого внимания при проведении лечебных мероприятий. Так же у изученных больных отмечалась худшая, чем у пациентов зрелого возраста, переносимость психофармакотерапии [Curry J., Rohde R., Simons A. et.al., 2006; Vitiello B., 2009], что вызывало трудности подбора схемы терапии. Помимо того, ряд особенностей больных юношеского возраста, например неприятие авторитетов, присущий им негативизм, легкомысленное отношение к заболеванию, становились причиной существенных затруднений в подборе терапии и обосновывали недостаточную критику таких пациентов к своему состоянию. Данные особенности учитывались при разработке терапевтической тактики.

Были проанализированы основные подходы к терапии больных юношеского возраста. В связи с тем обстоятельством, что большинство обследованных больных впервые в жизни начинают принимать психофармакотерапию, лечение начиналось с низких доз лекарственных препаратов, темпы наращивания доз устанавливались индивидуально в зависимости от переносимости и эффективности. Проводимое динамическое наблюдение за соматоневрологическим состоянием пациентов и контроль лабораторных показателей осуществлялись с учетом спектра побочных явлений и осложнений, присущих назначаемым препаратам, а также анамнестических данных об аллергических, инфекционных или хронических соматических заболеваниях. Препаратами выбора являлись атипичные антипсихотики

(рисперидон, оланзапин, кветиапин), показавшими лучшую переносимость при длительном их применении. На этапе профилактического лечения дозы назначаемых препаратов зависели от состояния больного и в целом были ниже, чем на этапе купирующей терапии. При эскалации симптоматики на этапе поддерживающей терапии в первую очередь увеличивалась доза принимаемого препарата, при неэффективности добавлялся другой антипсихотик и/или стабилизатор настроения. При необходимости применялись препараты из других групп (бензодиазепины, ноотропы). Депрессивная симптоматика, развивающаяся у больных на этом этапе, требовала дополнительного назначения антидепрессантов. Широко применялся спектр современных антидепрессантов: сертралин, флувоксамин, венлафаксин, дулоксетин, циталопрам, эсциталопрам, пароксетин.

Так же важным, ввиду имеющегося у ряда данных пациентов риска манифестации эндогенного заболевания, являлся вопрос о правомочности назначения превентивной терапии.

Лечение больных с АПС в структуре юношеской депрессии в зависимости от основной цели условно было разделено на 2 этапа: купирующей и поддерживающей терапии. Последовательно рассмотрим каждый из этапов терапии применимо к пациентам изучаемых типов.

6.2 Купирующая терапия

По результатам проведенного исследования были выявлены закономерности в назначении антипсихотической терапии у больных различных типов. Следует упомянуть, что по данным современной литературы есть данные как за, так и против назначения антипсихотиков у больных с аттенуированной психотической симптоматикой: «Лечение нейролептиками больных на этом этапе позволяет предупредить или отсрочить манифестацию заболевания» (Yung A. R., Nelson B., 2011); «Возможно лечение малыми дозами нейролептиков» (Berger G., 2012); «Назначение альтернативных лекарственных препаратов (антидепрессанты, адаптогены, омега-3 жирные кислоты)» (Amminger G., 2010;

Cornblatt B., 2012); «Нейролептическая терапия приносит больше вреда, чем пользы» (Bentall R., 2002). По нашим данным была выявлена неэффективность монотерапии антидепрессантами подобных состояний. Для купирования аттенуированной психотической симптоматики все больные нуждались в назначении антипсихотиков. По результатам анализа проведенного (без учета разделения больных на изучаемые типы АПС) лечения были выявлены следующие закономерности оказавшихся эффективными терапевтических тактик:

Для больных I типа 1 подтипа - препаратами выбора оказались преимущественно атипичные антипсихотики (кветиапин, оланзапин, арипипразол) в средней суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 263,4 мг/сут. Установлено, что психопатологические феномены I типа 1 подтипа на фоне проведения психофармакотерапии редуцируются довольно быстро и не склонны к последующей персистенции. Учитывая благоприятный 5-тилетний исход таких состояний можно сделать предположение, что наличие этой симптоматики требует назначения только курсового купирующего лечения. Проведение длительной противорецидивной терапии представляется необоснованным.

Для лечения пациентов с расстройствами I типа 2 подтипа применялся широкий спектр нейролептиков, начиная от классических (бутирофенон, зуклопентиксол), заканчивая современными антипсихотиками последнего поколения (палиперидон, азенапин) суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 243,2 мг/сут. Наличие в структуре психического расстройства I типа 2 подтипа психопатологических симптомов демонстрирует наиболее неблагоприятный, в плане неполной редукции и последующей длительной персистенции психопатологической симптоматики, исход у больных с таким типом расстройств. Такие больные требуют проведения динамического наблюдения с обязательным назначением поддерживающего лечения.

В терапии пациентов с II типом расстройств, применялись как атипичные, так и традиционные нейролептики (рисперидон, клозапин, флупентиксол,

трифлуоперазин, перициазин). При этом средняя суточная доза составила 188,7 мг/сут в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент. Для лечения пациентов с состояниями III типа применялись атипичные антипсихотики (кветиапин, оланзапин, арипипразол) в средней суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 152,6 мг/сут. Симптоматика II и III типов оказывала выраженное негативное влияние лишь в момент ее эскалации. Проведение длительной противорецидивной терапии таких больных не дало однозначного результата. Учитывая в целом относительно благоприятный исход таких состояний можно предположить, что оптимальной терапевтической тактикой будет наблюдение этих больных с решением вопроса о назначении психофармакотерапии в каждом конкретном случае и проведении психотерапевтических мероприятий для улучшения показателей социально-трудовой адаптации пациентов. При этом продолжительность АПС не оказывала влияние на первоначальный выбор препарата, однако отсутствие ожидаемой динамики АПС на фоне терапии (уменьшение продолжительности и интенсивности) служило показанием для коррекции терапии. Такой подход к терапии позволил существенно снизить частоту манифестаций по сравнению с результатами наблюдений за аналогичными группами больных без антипсихотической терапии – см. 4 главу (рисунок 4.4 метаанализ Каплана-Мейера [Fusar-Poli P. et al, Arch Gen Psy, 2012]). Вместе с тем следует уточнить, что в данных наблюдениях авторы не давали указания на наличие или отсутствие антидепрессивной терапии в схеме пациентов, а все пациенты в нашем исследовании получали антидепрессивную терапию в достаточных дозировках для купирования остроты аффективных переживаний.

Так же был проведен анализ эффективности краткосрочной психотерапии данных больных в условиях стационара.

Многими исследователями было показано, что раннее психотерапевтическое вмешательство способствует своевременному заложению основ приспособительного поведения, во многом определяющего уровень последующей социальной адаптации, к ним относятся как формы

эмоционального реагирования на начало заболевания, варианты личного, субъективного отношения к перенесенному состоянию, особенности внутренней объяснительной модели болезни, так и дальнейший выбор направленности и содержания приспособительного поведения, диапазон вариаций которого колеблется в широких пределах от защитно-компенсаторного отказа от лечения до принятия роли хронического пациента [Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. 2007; Fleischhacker C., Schulz E., Terper K. et al. 2005]. Это представляется особенно значимым для больных юношеского возраста с их особой уязвимостью к самостигматизации, низкому уровню комплаентности и формированию осложнений социального характера [Маричева, М.А. 2012]. Таким образом, определяется актуальность проведения краткосрочной психотерапии в условиях стационара с определением мишеней психосоциального вмешательства на основании особенностей клинко-психопатологической структуры аттенуированных психотических расстройств, соответствующих критериям высокого риска по шизофрении.

Психотерапевтическая помощь в период лечения больного в психиатрическом стационаре имеет ряд особенностей, одной из которых является непродолжительное время психотерапевтического консультирования, ограниченное, с одной стороны, возможным наличием острого состояния у пациента, а с другой стороны, его выпиской при наступлении ремиссии. Таким образом, психотерапевтическое вмешательство может состоять всего из нескольких сеансов, что, наряду с самим наличием психического заболевания, ограничивает круг возможных техник и подходов поддерживающей психотерапии [Бойко О.М. 2014].

Больные с I типом 1 подтипом психопатологических феноменов по механизму развития острого чувственного бреда, чье течение характеризовалось быстрой редукцией симптомокомплексов субпсихотического спектра и, практически, полной нормализацией психического состояния, а так же пациенты с III типом расстройств по механизму патогномоничных для шизофренического спектра расстройств мышления (шизоформными расстройствами мышления),

характеризующиеся, не смотря на нарастание негативной симптоматики, относительно благоприятным прогнозом в сфере субъективной оценки качества жизни, были отнесены к одной категории, т.к. являются наиболее благоприятными с точки зрения прогноза динамики позитивной составляющей АПС, и предусматривают широкое применение психотерапевтических методов. Иногда с больными I типа 1 подтипа и III типа было целесообразно смещать акцент с индивидуальной психотерапии на групповую, которая позволила более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности путем активного участия в межличностных отношениях. Групповая психотерапия могла использоваться в различных формах: арт-терапия, групповая дискуссия, психодрама и др. Возможно так же было использование рациональной психотерапии, т.к. больные I типа 1 подтипа и частично III типа доступны в плане апелляции к логическому мышлению, где в качестве лечебных факторов выступает разъяснение, переубеждение, авторитет психотерапевта. В комплексе с индивидуальной и групповой терапией применялась так же семейная терапия, направленная на изменение межличностных отношений, и имеющая своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье.

Ко второй категории были отнесены больные I типа 2 подтипа психопатологических феноменов по механизму развития интерпретативного бреда, являющиеся наиболее неблагоприятными с точки зрения редукции аттенуированной психотической симптоматики, даже при условии проведения длительной адекватной профилактической психофармакотерапии, а так же пациенты II типа расстройств, развивающихся по механизму острой кататонической дезорганизации с неблагоприятным исходом в рамках АПС. Основными задачами психотерапии таких больных было максимально возможная социальная адаптация и смягчение реакции пациентов в ответ на болезненные ситуации, предотвращение изоляции больных в обществе, формирование критического отношения к болезни и т.д. С такими больными было целесообразно проводить краткосрочную психотерапию с установлением реалистичных целей. Такими целями могли выступать, например, помощь в

преодолении каких-то проблемных жизненных ситуаций, в приобретении нового опыта, разъяснении механизмов ухудшения состояния больного. Опыт групповой психотерапии (психодрама, поведенческая, психотерапия, групповой психоанализ, психодинамическая образная психотерапия) для пациентов I типа 2 подтипа и II типов так же мог быть полезен с точки зрения активации дополнительных возможностей изменения своего поведения. Поведение психотерапевта с такими больными должно было быть более побуждающим, директивным, психотерапевт должен был брать на себя большую ответственность за события и т.п.

Таким образом разработка методов психологической помощи в зависимости от типа расстройств АПС способствует более глубокому пониманию и расширению представлений о механизмах психотерапевтического воздействия у больных психиатрического стационара, как с относительно благоприятным, так и особенно с неблагоприятным прогнозом. Модель комбинированной терапии, объединяющая психофармакотерапию и психотерапию, позволит в практической медицине значительно повысить эффективность лечебно-реабилитационного воздействия у пациентов психиатрического стационара и способствовать оптимизации психотерапевтической помощи больным.

6.3 Поддерживающая терапия.

На момент выписки катamnестической группы больных, описанные выше рекомендации еще не были разработаны, все больные с АПС в структуре юношеской депрессии получали рекомендации на прием терапии в зависимости от выставленного диагноза. Больным группы аффективных расстройств рекомендовался поддерживающий прием антидепрессивной терапии с приемом антипсихотиков низких дозировках (или полной отмене антипсихотической терапии во время ремиссии, в зависимости от степени редукции АПС), с возобновлением антипсихотической терапии во время рецидива аффективного состояния. Больным группы расстройств личности рекомендовали прием поддерживающей терапии в виде адекватной перенесенному депрессивному

эпизоду антидепрессивной терапии в сочетании с постоянным приемом низких дозировок нейролептической терапии. Больным с вялотекущей шизофренией было рекомендовано долгосрочное продолжение приема комплексной поддерживающей терапии в сочетании нейролептиков и антидепрессантов в дозах, оказавшимися достаточными для купирования состояния и не вызвавшими ухудшения при снижении дозировок препаратов перед выпиской больных. Во всех описанных группах в качестве поддерживающей терапии использовались те же антипсихотики, которые оказались эффективны при купировании состояния в стационаре.

Ввиду различных изначальных рекомендаций для различных нозологий, комплаенс пациентов к поддерживающей терапии рассматривался исходя из деления пациентов по нозологическим диагнозам. В процессе проведенного исследования было установлено, что на этапе становления ремиссии у больных не была достигнута полная приверженность терапии ($35,9 \pm 2,6$ баллов из возможных 55) (см. табл. 6.1). При анализе уровня комплаенса было выявлено, что основным фактором, снижающим комплаентность, было «отношение к медикации». Больные были уверены во «вредном» влиянии психофармакотерапии на здоровье, считали, что лекарства могут «зомбировать», «превратить в овощ», имелась склонность относить имеющуюся остаточную психопатологическую симптоматику на счет побочных явлений терапии. Больные пытались на этапе назначения лечебных отпусков самостоятельно снизить дозы препаратов, уменьшали кратность приема, объясняя такое поведение тем, что выздоровели и более не нуждаются в высоких дозах терапии. Некоторые имели установку принимать назначенную схему лечения в течение 1-2 месяцев с последующим полным прекращением лечения. При изучении факторов, связанных с пациентом, было выявлено, что больные признавали эффективность текущей психофармакотерапии и значительное уменьшение психопатологических расстройств за время стационарного лечения. В меньшей степени на комплаентность влияли факторы, связанные с близким окружением и лечащим врачом.

Таблица 6.1 Результаты обследования больных по Шкале медикаментозного комплаенса* (указаны средние баллы со стандартным отклонением)

Пункты шкалы	Аффективные заболевания	Психопатии	Шизотипическое расстройство	Всего
1.Отношение к медикации	24,5±4,2	13,8±3,8	21,6±4,7	19,9±4,2
2 Факторы, связанные с пациентом	12,7±2,1	8,2±4,3	8,5±3,5	9,8±3,3
3 Факторы, связанные с близким окружением	4,6±1,5	2,3±1,9	2,9±1,8	3,2±1,7
4 Факторы, связанные с лечащим врачом	3,4±0,9	2,3±1,7	2,9±1,4	2,9±1,3
Всего:	45,2±2,2	26,6±2,9	35,9±2,8	35,9±2,6

Помимо общих черт, присущих всем пациентам, были выявлены особенности формирования комплаенса по группам больных. У больных с аффективными заболеваниями комплаентность была наилучшей, при этом достоверно более высокие результаты ($p<0,05$) были получены по фактору «отношение к медикации». У пациентов в целом была сформирована установка на прием поддерживающей терапии. Несмотря на высокие значения по субшкале «факторы, связанные с пациентом», больные легкомысленно относились к возможности рецидивирования заболевания, полагали, что достаточный отдых и рациональный режим дня даже в большей степени, чем лекарства способны стабилизировать состояние. Пациенты считали, что они самостоятельно могли бы справиться с болезнью, не прибегая к помощи врача, а уж тем более к стационарированию. По фактору, связанному с близким окружением были получены достоверно ($p<0,05$) более высокие результаты. В семьях больных с аффективными заболеваниями устанавливалось адекватное отношение к болезни с полным пониманием необходимости продолжения терапии и с настроенностью на создание эффективного терапевтического альянса.

Комплаентность больных с расстройством личности была наиболее низкой. Отношение к медикации характеризовалось попытками уклонения от терапии.

* [Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д. 2007]

Больные либо негативно относились к факту лечения, либо нарочито бравировали этим. Имела место «парадоксальная стигматизация», когда больные сами охотно рассказывали о своем заболевании в компании сверстников. Также выявлялось формирование вторичной выгоды от болезни, когда пациенты добивались от родственников освобождения от ответственности и нагрузок, повышенного внимания или материальных ценностей. Больным нередко была свойственна симуляция тяжести состояния и формирование госпитализма. Комплаенс снижали и факторы, связанные с пациентом - коморбидные злоупотребления психоактивными веществами. Близкие родственники больных этой группы наиболее негативно относились к приему длительной поддерживающей психофармакотерапии, они утверждали, что длительное лечение «разрушает» здоровье, утрировали тяжесть побочных явлений и требовали дополнительных обследований для установления и немедленного устранения причины заболевания. Родственники демонстрировали резко протестные реакции на советы врача, имели установку на нетрадиционные способы терапии и достоверно реже ($p < 0,05$), чем из других групп были настроены на создание терапевтического альянса.

Несмотря на более высокую общую комплаентность, больные группы шизотипического расстройства в целом были схожи с пациентами с психопатией, но имели свои особенности. У них выявлялось своеобразное отношение к медикации с парадоксальным сочетанием положительной установки на лечение и существенных погрешностей в приеме психофармакотерии. У таких больных нередко развивался страх стигматизации, когда прием терапии подтверждал наличие психического заболевания перед окружающими, при этом степень самостигматизации была невысока. Негативно влияли на комплаенс и факторы, связанные с пациентом – наличие когнитивных расстройств, а также формальная критика к перенесенному состоянию или ее отсутствие. Близкие родственники также имели неоднозначную реакцию на необходимость проведения длительной психофармакотерапии, избирательно приобретали препараты, отказывались от покупки тех лекарств, которые, по их мнению, имели выраженные побочные

явления. При этом из-за слабого терапевтического альянса, родственники не стремились консультироваться с врачом, больше доверяя средствам массовой информации и знакомым.

Таким образом было установлено, что у больных с АПС в структуре депрессии юношеского возраста на этапе становления ремиссии не достигается полная комплаентность. В первую очередь, это связано с общим негативным отношением к медикации. Также немаловажную роль играют психопатологические особенности больных, не позволяющих создать адекватную внутреннюю картину болезни. Сопутствующее дискредитирующее влияние на комплаенс оказывает неадекватное отношение ближайших родственников и трудности в создании терапевтического альянса. Знание особенностей формирования комплаенса у больных из группы высокого риска по шизофрении способствует проведению дополнительных реабилитационных мероприятий как для самого больного, так и для его окружения, способствующих проведению успешной профилактике развитию такого высокоинвалидизирующего заболевания как шизофрения.

В рамках изучаемой типологии длительность приема поддерживающей терапии распределилась следующим образом: Больные с I типом 1 психопатологических феноменов по механизму развития острого чувственного бреда, после выписки принимали поддерживающую терапию в среднем 8 мес ($\pm 1,5$ мес), далее самостоятельно прекращали лечение. У больных с I типом 2 подтипом симптомов субпсихотического спектра по механизму развития интерпретативного бреда длительность поддерживающего лечения была наибольшей (61,5% случаев принимали психофармакотерапию на протяжении всего периода катамнеза). Пациенты с II типом расстройств, развивавшихся по механизму кататонической дезорганизации после выписки принимали поддерживающую терапию в среднем $1,8 \text{ мес} \pm 1,5 \text{ мес}$. У пациентов с III типом расстройств с шизоформными расстройствами мышления, длительность поддерживающей терапии была различной от $6 \text{ мес} \pm 1,4 \text{ мес}$ (у 66,7%) до

постоянного приема на всем протяжении катamnестического наблюдения (33,3%).

Таким образом было установлено, что больные с АПС в структуре юношеской депрессии нуждаются в комплексном терапевтическом подходе. Купирующая терапия проводилась в виде сочетания медикаментозной терапии и краткосрочной психотерапии в условиях стационара, которая потребовала различных подходов для различных выделенных типов. Для больных I типа 1 подтипа адекватным и достаточным оказалось назначения только курсового купирующего лечения. Для лечения пациентов I типа 2 подтипа требовалось проведение динамического наблюдения с назначением поддерживающего лечения. В терапии пациентов с II и III типом расстройств, оптимальной терапевтической тактикой являлось наблюдение этих больных с решением вопроса о назначении психофармакотерапии в каждом конкретном случае и проведении психотерапевтических мероприятий. Для проведения краткосрочной терапии в условиях стационара больные были разделены на 2 категории. Первую составили больные с I типом 1 подтипом и с III типом расстройств, являющиеся благоприятными в плане прогноза динамики АПС, и предусматривающие широкое применение психотерапевтических методов. Ко второй категории были отнесены больные I типа 2 подтипа и II типа расстройств, с неблагоприятным прогнозом в рамках АПС. С более узким перечнем психотерапевтических целей - социальная адаптация и смягчение реакция пациентов в ответ на болезненные ситуации, предотвращение изоляции больных в обществе, формирование критического отношения к болезни. Эффективность занятий в данной группе повышалась с более директивным поведением психотерапевта. За время проведения катamnестического исследования было установлено, что у больных с АПС не достигается полная комплаентность. В первую очередь, это связано с общим негативным отношением к медикации, в меньшей степени с психопатологическими особенностями больных и неадекватным отношением родственников к терапии.

Заключение

Актуальность настоящего исследования определяется высокой встречаемостью сочетания депрессивных и аттенуированных (транзиторных, неразвернутых) психотических симптомов (АПС) в юношеском возрасте, который является кризовым как для начала аффективных расстройств [Олейчик И.В., 2011; Richmond T., 2005; Fassler D., 2006], так и для манифестации эндогенных психозов шизофренического спектра [Ротштейн В.Г., 2014; Davidson et al., 2005; Lauronen E., 2007]. Характерный для юношеских депрессий полиморфизм клинической картины отличается стертостью и атипией симптомов, рудиментарностью собственно тимического компонента [Владимирова Т.В., 1987; Цуцельковская М.Я. и др. 2003; Олейчик И.В., 2010; Мазаева Н.А. и др. 2008], преобладанием апато-динамического аффекта над дисфорическим, тревожным и тоскливым [Олейчик И.В., 2007], наличием выраженных когнитивных расстройств, достигающих уровня «наплывов», «обрывов» и «параллельности» мыслей [Олейчик И.В., 1997], депрессивными расстройствами с идеями самообвинения, самоуничужения, дисморфофобической симптоматикой [Этингоф А.М., 2004; Олейчик И.В., 2007], сверхценными расстройствами в виде метафизических доктрин и особого мировоззрения с депрессивной оценкой себя и окружающих [Крылова Е.С. 2004], психопатоподобными расстройствами, деликventным поведением, злоупотреблением ПАВ. Вышеперечисленные особенности данных состояний и их высокий полиморфизм вызывают трудности дифференциально-диагностической и нозологической оценки. В свою очередь несвоевременная либо неполная диагностика данных состояний приводит к отсроченному назначению адекватной психофармакотерапии, что определяет отсутствие клинического эффекта терапии, либо существенная отсрочка его наступления, что, в некоторых случаях, повышает вероятность манифестации эндогенного психоза [Stafford M. et al., 2013; van der Gaag M. et al., 2013].

Таким образом, отсутствие единого подхода к ведению больных с юношескими депрессиями с аттенуированной психотической симптоматикой,

неработанность ее клинической типологии, отсутствие четких, структурированных терапевтических рекомендаций, перечня препаратов первой линии выбора, обоснованных сроков проведения терапии, а также условий ее прекращения приводит к необходимости проведения тщательного клинко-психопатологического анализа таких состояний и разработке единой тактики дифференциальной диагностики и лечения.

При проведении исследования было изучено 140 больных мужского пола, которые в юношеском возрасте перенесли депрессивный эпизод с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС). Все указанные больные составили две группы – клиническую (84 человека) и катамнестическую (56 человек), которые по возрасту и социально-демографическим характеристикам к моменту начала заболевания не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$), что позволило экстраполировать сведения, полученные при анализе катамнестического материала, на всю когорту включенных в исследование больных.

Подробное изучение клинко-психопатологических особенностей проанализированных депрессивных эпизодов с АПС выявило их неоднородность, на основании чего была разработана их типология, с выделением 3 типов: I тип – с преобладанием бредовых расстройств (89 пациентов – 63,6%), II тип – с элементами кататонической дезорганизации (24 больных – 17,1%), III тип – с шизоформными расстройствами мышления (27 случаев – 19,3%). В связи с неоднородностью и полиморфизмом бредовых расстройств, среди I типа было выделено два подтипа: 1 – с элементами острого чувственного бреда (39 больных – 27,9%) и 2 – с элементами интерпретативного бреда (50 пациентов – 35,7%).

У пациентов с I типом аттенуированные психотические переживания были представлены преобладанием бредовых расстройств, выраженных в виде идей отношения (вплоть до формирования избегающего поведения), отрывочных идей воздействия, управления, идей «сглаза, порчи». Отмечались элементы инсценировки, символического значения, нарушения сопровождались аффектом недоумения, тревогой, страхом «сойти с ума»; нестойкими явлениями

деперсонализации, дереализации. Нередко возникали элементарные обманы восприятия. Отмечались сверхценные идеи, преимущественно ипохондрического и дисморфофобического содержания, которые на высоте аффекта приближались к бредовому уровню. У этой же группы отмечались кратковременные, менее часа, чаще всего однократные эпизоды с галлюцинаторной симптоматикой, которые редуцировались самостоятельно.

У больных, I типа 1 подтипа (клиническая группа 23 человека, катанестическая группа 16 человек) аттенуированные психотические переживания отличались внезапностью возникновения, по типу «озарения», характеризовались фрагментарностью, непоследовательностью, нестойкостью, отсутствием логического обоснования. Необходимо отметить, что даже на высоте состояния обычно сохранялась, по меньшей мере, частичная критика к имеющимся переживаниям, всегда отсутствовала бредовая ретроспекция. Чаще имели место расстройства, в виде нарушения восприятия, наплывами чувственных образов с их яркой визуализацией и чувственной живостью, а так же ощущением особого значения происходящих вокруг событий. Отмечались элементы инсценировки, более частыми были симптомы положительного и отрицательного двойника; символического значения, когда каждое действие, жест, нейтральное высказывание окружающих таили в себе угрозу жизни или собственности больного. У больных нередко возникал аффект недоумения, состояние тревоги со страхом «сойти с ума»; отмечались нестойкие явления деперсонализации, дереализации. Психопатологическая картина состояния часто дополнялась элементарными обманами восприятия – окликами, тактильными галлюцинациями, фотопсиями, отмечались парейдолические иллюзии, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, которые так же могли сопровождаться аффектом недоумения и беспокойством, но воспринимались пациентами как нереальные и не вызывали сильного страха или охваченности. У этого же подтипа отмечались кратковременные, менее часа, чаще всего однократные психотические эпизоды со звучанием «голосов» внутри головы, которые редуцировались самостоятельно.

В целом, в основе приведенных элементов чувственного бреда лежали нарушения чувственного восприятия. Несмотря на относительно высокую степень выраженности психотических переживаний у больных данного подтипа, формирование характерного феномена «бредового настроения» отмечалось у них крайне непродолжительное время, возникало на высоте состояния и отличалось неразвернутостью, абортивностью симптоматики. К нему можно отнести ощущение приобретения окружающим неясного смысла, сопровождающееся чувством особого значения происходящего вокруг, элементами растерянности.

У больных I типа 2 подтипа (клиническая группа 27 человек, катамнестическая группа 23 человека) аттенуированные психотические переживания были представлены преобладанием интерпретативного механизма бредообразования с доминированием идей отношения, отрывочными идеями воздействия, управления, преследования, идеями «сглаза, порчи», основанными на ложном понимании и ложном толковании происходящих вокруг больного событий. У больных возникало ощущение постороннего взгляда, недоброжелательного отношения, временами состояние доходило до ощущения «надвигающейся угрозы». Была характерна аффективная напряженность, подозрительность, настороженность, нередко отмечалось чувство тревоги. Часто формировалось кратковременное избегающее поведение, вплоть до полного отказа покидать пределы дома. Так же отмечались отдельные идеи бредового регистра ипохондрического и дисморфофобического содержания (реже идеи вины, нигилизма, необычного религиозного или «магического» содержания), которые формировались на высоте аффекта. На высоте состояния на короткое, крайне непродолжительное время отмечалась утрата критики к состоянию, формировалось бредовое поведение, однако на фоне ослабления аффективной напряженности больные старались найти логическое объяснение своим переживаниям. Описанные состояния отличались схожестью с первым периодом развития первичного бреда, «периодом предвестников» («первичного бредового настроения» по К. Jaspers).

Для больных с II типом аттенуированных психотических расстройств (клиническая группа 19 человек, катamnестическая группа 5 человек) были характерны кратковременные эпизоды с отдельными симптомами кататонического спектра с элементами застывания, повышением мышечного тонуса, субступорозными состояниями с замедленностью и уменьшением объема движений, элементами восковой гибкости, эпизодами парциального мутизма, оскудением мышления и речи. Кроме этого у части больных субкататонические расстройства были представлены внезапными нарушениями поведения с преходящей дискоординированностью произвольных движений, с тенденцией к импульсивности, манерности, ауто- или гетероагрессией. При данном подтипе депрессий с АПС ни один пациент не демонстрировал смены гиперкинетического и гипокинетического полюса – всегда отмечался только один из типов нарушений. Так же были характерны явления малой кататонии, представленные вычурностью мимики и моторики, гримасничаньем, «гимнастическими» [Кербиков О.В., 1949] сокращениями лицевой мускулатуры, утратой пластичности движений, отдельными речевыми и двигательными стереотипиями, эхо-симптомами, непродолжительными двигательными итерациями. При этом после редукции кататонических расстройств, больные не могли понять, почему совершали данные действия, называли их «необъяснимыми».

У пациентов с III типом аттенуированной психотической симптоматики (клиническая группа 15 человек, катamnестическая группа 12 человек) наблюдались массивные шизофреноподобные расстройства мышления в виде обрывов, наплывов, путаницы мыслей, кратковременных затруднений в экспрессии, восприятии, неожиданных ассоциаций, нецеленаправленности, аморфности суждений, соскальзываний, паралогии, нарушения структуры речи, семантических нарушений, персевераций, неологизмов. Больные жаловались на резкое снижение концентрации внимания, памяти, снижения скорости обработки информации, переключаемости, беглости речи, говорили, что прежде богатый словарный запас стал крайне скудным, считали себя «поглупевшими»,

«неспособными к диалогу». Мысли не поддавались контролю, отмечались наплывы абстрактных бессодержательных образных представлений.

По результатам оценки степени выраженности аттенуированной психотической симптоматики по шкале оценки продромальных симптомов SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms) отмечался ряд особенностей – АПС у пациентов I типа 1 подтипа и II типа на момент поступления была выражена сильнее, чем у пациентов I типа 2 подтипа и пациентов III типа, что согласуется с клиническими наблюдениями, описанными в 3 главе. Причем высокие значения у I типа 1 подтипа обусловлены, в основном, за счет высоких баллов по субшкале «позитивные симптомы», тогда как у II типа - за счет субшкалы «общие симптомы». Преимущественно здесь речь идет о таких явлениях, как «дисфоричное настроение» и «двигательные нарушения». Также отмечалось некоторое превалирование баллов по субшкале «негативные симптомы» у больных I типа 2 подтипа по сравнению с остальными типами. III тип характеризовался наиболее низкими балами как по всей шкале SOPS, так и по отдельным ее субшкалам.

На момент выписки уровень АПС у изучаемых типов существенно не отличался друг от друга, в первую очередь в связи с тем, что выписка пациентов производилась после редукции психопатологической симптоматики, хотя для достижения подобной положительной динамики у разных больных требовалось различное количество времени и различные дозировки препаратов. Тем не менее, пациенты II типа на момент выписки продемонстрировали тенденцию к более выраженной степени АПС. Так же отмечалась меньшая степень выраженности «негативных симптомов» по шкале SOPS на момент выписки у пациентов I типа 1 подтипа и у пациентов II типа по отношению к пациентам I типа 2 подтипа и III типа.

По результаты оценки выраженности депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS) на момент поступления выявлялся более высокий уровень депрессивных расстройств у пациентов I типа 2 подтипа, за счет большего количества случаев депрессии средней степени тяжести, более редкой

встречаемости депрессий легкой и тяжелой степени. Однако стоит отметить, что у пациентов I типа 1 подтипа отмечалась несколько большая частота встречаемости депрессий тяжелой степени. На момент поступления отмечался менее выраженный уровень депрессивных расстройств у больных III типа.

На момент выписки степень выраженности депрессивных расстройств была сопоставима друг с другом. И, тем не менее, следует отметить некоторую тенденцию к большей степени выраженности депрессивной симптоматики у пациентов I типа 2 подтипа и, в меньшей степени, пациентов III типа.

В процессе проведенного исследования были выявлены разные временные соотношения развития и обратной динамики АПС и депрессивных расстройств. Соотношение по времени возникновения и степени интенсивности аффективных и аттенуированных психотических переживаний характеризуется рядом закономерностей.

Аттенуированная психотическая симптоматика I типа 1 подтипа развивалась на высоте депрессивных расстройств и характеризовалась, обычно, крайней непродолжительностью и высокой степенью интенсивности.

Формирование аттенуированной психотической симптоматики по механизму интерпретативного бреда (I тип 2 подтип) преимущественно происходило параллельно с депрессивными переживаниями. Данная закономерность отмечалась и на этапе обратного развития состояния. Отмечалась относительно невысокая интенсивность АПС и заметно большая продолжительность данных переживаний.

Для больных II типа было характерно развитие депрессивных расстройств вслед за аттенуированными психотическими переживаниями, которые характеризовались высокой интенсивностью и, обычно, малой продолжительностью.

Аттенуированные психотические симптомы, представленные у III типа, возникали до начала клинических проявлений депрессии и не могли быть объяснены исключительно структурой аффекта. Кроме того, наблюдалось усиление данных переживаний с присоединением аффекта, ослабление их

параллельно с редукцией аффекта и сохранение расстройств мышления после редукции аффекта. Так же отмечалась низкая степень выраженности аттенуированной психотической симптоматики и заметно большая ее продолжительность.

Применимо к описанию встречавшихся разновидностей депрессий, следует отметить, что они соответствовали клиническим особенностям депрессий, характерных для этого возраста, а так же психопатологическим особенностям, описанным Т.В. Владимировой (1987) и Олейчиком И.В. (2008) в классификационных закономерностях юношеских эндогенных депрессий, отражающей специфические возрастные проявления депрессивного синдрома. В изучаемой группе больных, по сравнению с другими работами [Владимирова Т.В. 1987, Олейчик И.В. 2008], отмечалось меньшее содержание депрессий с картиной «юношеской астенической несостоятельности» (примерно треть от общего числа случаев у указанных исследователей, против одной пятой в нашем исследовании) и большее число случаев среди видов «метафизических», «гебоидных» и «психастеноподобных» депрессий (практически вдвое для каждого вида), при сохранении процентного соотношения среди остальных видов («дисморфофобических», «деперсонализационных» и «с психогенным содержанием»), что позволяет сделать вывод о влиянии АПС на психопатологическую структуру юношеских депрессий.

Полученные клинко-иммунологические данные (исследование проводилось совместно с лабораторией нейроиммунологии, руководитель лаборатории - д.м.н., проф. Т.П. Ключник) свидетельствуют о вовлеченности иммунных механизмов в возникновение юношеских депрессий с аттенуированными психотическими симптомами. Выявленные различия ($p < 0,05$) в степени выраженности иммунологических отклонений от контрольной группы у пациентов с различными клиническими типами свидетельствуют об потенциальной возможности их применения в качестве дополнительного дифференциально-диагностического критерия.

По данным нейровизуализационного исследования совместно с лабораторией нейровизуализации и мультимодального анализа (руководитель - д.б.н., проф. И.С. Лебедева) в исследуемой группе были выявлены отклонения в нейрофизиологических маркерах «сенсорного фильтра», сходные с данными у больных шизофренией [Лебедева И. С., Каледа В.Г., и др. 2010г], что позволяет предположить общность юношеских депрессий с АПС и эндогенных психических расстройств, и рассматривать в ряде случаев эти состояния, как ранние этапы заболевания. По данным структурного МРТ обследования головного мозга и диффузионно-взвешенной томографии с трактографией у пациентов с юношеской депрессией с АПС были обнаружены структурные изменения в виде снижения толщины коры, а также нарушения микроструктуры трактов, которые коррелировали со степенью выраженности психотической симптоматики. Также у данной группы были обнаружены нарушения метаболических показателей, по данным ¹H МР-спектроскопии (ПМР) в виде снижения концентрации ГАМК в лобной области левого полушария, что аналогично данным, полученным у больных шизофренией.

Согласно полученным данным нейро-психологического профиля (совместно со ст.н.с. Плужниковым И.В.) в исследуемой группе отмечалось снижение всех показателей по отношению к норме. Наиболее выраженные отличия наблюдались в уровне производительности (оба полушария головного мозга), по оптико-пространственным характеристикам (правое полушарие), и по фонематическим характеристикам (левое полушарие), что говорит о снижении функционирования у исследуемых типов больных, с преобладанием изменений в указанных областях.

Согласно результатам экспериментально-психологического исследования (исследование проводилось совместно с ст.н.с. Т.К. Мелешко и ст.н.с. В.П. Критская, руководитель отдела медицинской психологии - к.п.н., С.Н. Ениколопов) в виде сопоставления изучаемой группы и группы депрессивных больных юношеского возраста без АПС [Олейчик И.В. 2011], а так же группе больных, перенесших манифестный приступ [Каледа В.Г. 2007] были сделаны

выводы о наличии выраженного снижения избирательности когнитивных процессов и социальной перцепции, что свидетельствует о высокой представленности в обеих сопоставляемых клинических группах лиц шизоидного спектра; отсутствие выраженного снижения уровня обобщения в обеих сопоставляемых группах, что отражает относительную интеллектуальную сохранность исследованных больных на начальных этапах заболевания; наличии статистически значимых различий между сопоставляемыми клиническими группами больных по основным показателям патопсихологического синдрома: когнитивной деятельности (мотивации, регуляции, психической активности), а также по социально-личностным характеристикам (межличностному общению, адекватности самооценок, интересам, построению планов на будущее), что свидетельствует о появлении индивидуально-типологических особенностей личности больных в формировании разных типологических вариантов депрессий и влияет на характер выхода в ремиссию и адаптивные возможности пациентов. Так же отмечался более выраженный уровень снижения социальной направленности, уровня обобщения у больных с манифестным приступом.

У обследованных больных выявлена относительно высокая наследственная отягощенность среди родственников 1 степени родства преимущественно по приступообразной шизофрении и эндогенным аффективным заболеваниям.

Детские возрастные кризы по своему характеру продемонстрировали малое количество утрированных их форм в возрасте 3-4 лет (которые наблюдались, в основном у I типа 2 подтипа), практически полное отсутствие утрированных кризов в возрасте 6-8 лет, и существенное увеличение их числа в 12-14 л (преимущественно у больных I типа 2 подтипа и у больных III типа). По содержанию отмечалось преобладание фобической симптоматики в возрасте 3-4 лет, сохранение преобладающего уровня фобической симптоматики в возрасте 6-8 лет с присоединением некоторого количества случаев энуреза, энкопреза, а так же увеличение встречаемости отдельных симптомов СДВГ. К 12-14 годам наблюдается изменение картины содержания детских возрастных кризов, с выходом на первый план аффективной симптоматики и сосредоточением

фобической симптоматики у пациентов I типа 2 подтипа с последующим присоединением к ней дисморфофобических переживаний.

Экзогенные факторы детского возраста встречались относительно редко, чаще всего у больных III типа. Из имеющихся наиболее частыми были такие факторы, как развод родителей и неблагоприятные условия воспитания.

Преморбидный склад личности был представлен преимущественно (более 75 % для всех типов) группой шизоидов. Чаще всего встречались сенситивные и мозаичные (среди которых преобладали истерошизоиды).

По результатам анализа закономерностей течения юношеских депрессий с АПС выявлены следующие закономерности:

1) Их возникновению в большинстве случаев предшествовал длительный (до 6 лет, в среднем 2-5 лет) инициальный этап с преобладанием аффективных расстройств (55,36%), который характеризовался рудиментарностью собственно тимического компонента, когнитивными расстройствами, преимущественно на уровне нарушения концентрации внимания, выраженной атипией проявлений, обусловленных патопластическим влиянием юношеского возраста. Отмечается так же высокая представленность психопатоподобного (гебоидного) инициального этапа, характеризующегося деликвентным поведением, злоупотреблением ПАВ, агрессивным и аутоагрессивным поведением. Характеристики инициального этапа у разных типов отличались – у I и III типа преобладали аффективные расстройства. У пациентов II типа чаще встречался психопатоподобный вариант.

2) Течение инициального этапа характеризовалось общим снижением социального функционирования, нарастания социально-трудовой и учебной дезадаптации. Данная закономерность отмечалась при оценке по шкале PAS (Premorbid Adjustment Scale), согласно которой уровень адаптации снижался, оставаясь, тем не менее, в границах «среднего» уровня преморбидного функционирования. Только I тип 2 подтипа в возрасте «старше 19 лет» демонстрировал низкий уровень преморбидного функционирования.

При анализе пятилетнего течения депрессий с АПС было выделено пять разновидностей:

1) с единичным депрессивным эпизодом - больные, однократно госпитализированные в психиатрический стационар, выписывались с редукцией симптоматики и в дальнейшем демонстрировали полную как симптоматическую, так и функциональную ремиссию. Чаще такое течение встречалось у больных I типа 1 подтипа.

2) рецидивирующее течение – характеризовалось восстановлением доморбидного уровня социального функционирования после выраженной редукции психопатологических расстройств. Однако в дальнейшем за пятилетний срок катамнестического наблюдения у них вновь развивались повторные депрессии сходной психопатологической структуры с возобновлением АПС, степень выраженности которых была сопоставима с таковой в первом депрессивном эпизоде. Такое течение было характерно для больных с II типом АПС.

3) рецидивирующее течение с усложнением симптоматики – характеризовалось присоединением к персистирующим АПС расстройств иных регистров (неврозоподобных, психопатоподобных). Депрессии характеризовались ослаблением признаков витальности, «стиранием» тимического компонента, искажением депрессивной триады, затяжным течением, ухудшением социально-трудовой адаптации и качества жизни, что чередовалось с периодами неполной ремиссии с сохранением имеющейся психопатологической симптоматики на резидуальном уровне, что было характерно для пациентов со I типом 2 подтипом АПС.

4) с хронификацией симптоматики – с сохранением на момент выписки стойкой гипотимии, неполном восстановлении когнитивных функций. Последующая динамика депрессивных расстройств носила непрерывный, флюктуирующий характер - на фоне экзацербации болезненного процесса в последующих эпизодах отмечалась нарастающая атипия аффективных расстройств, которые становились все более выхолощенными, стереотипными. В

дальнейшем определялась тенденция к их стабилизации на одном уровне с формированием отчетливых, стойких негативных расстройств со значительным снижением или утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией, утратой интересов и/или формированием патологических влечений, сужением круга общения и невозможностью устойчивых отношений. Такое течение наиболее часто встречалось у больных III типа.

5) с развитием психотического приступа - течение заболевания отличалось рецидивирующим характером с развитием повторных депрессий, с АПС большей степени выраженности, чем при первой депрессии. Манифестный приступ развился в среднем через 1,5 года после первой депрессии с АПС, при этом в большинстве случаев его структура определялась как галлюцинаторно-бредовая с острым началом, массивностью психотических расстройств, сочетанием симптомов острого чувственного и интерпретативного бреда. У большинства пациентов (5 из 6) приступ развился через месяц после отмены антипсихотической терапии, или резкого снижения ее дозировок.

На момент катамнеза среднее специальное и высшее образование получили, либо находились на завершающем этапе получения высшего образования более половины (53,57%) больных. Более трети (37,5%) прекратили обучение. Лишь незначительное число пациентов (8,93%) продолжали получение образования на момент катамнеза. Порядка 70% больных на момент катамнеза были трудоустроены, среди которых большинство работали на квалифицированной и специализированной работе. Только 30,36% пациентов на момент катамнеза не работало. При сравнении типов наиболее высокий уровень образования отмечался у пациентов I типа 1 подтипа - завершили образование, или находились на завершающем этапе его получения 62,5% больных, что является наибольшей частотой среди изучаемых типов. В этом же подтипе отмечалось наименьшее количество пациентов, прекративших обучение до его завершения – 25%. Наиболее низкий уровень образования отмечался у пациентов I типа 2 подтипа: на долю больных, завершивших образование, пришлось 47,83%, что является наименьшим среди изучаемых типов. Так же у данного подтипа была

самая высокая частота встречаемости пациентов, прервавших обучение – 43,48%. Ввиду данных результатов следует говорить о более высоком потенциале к получению образования у больных I типа 1 подтипа, и, соответственно, о более низком для пациентов I типа 2 подтипа. Наиболее высокий уровень трудового статуса на момент катамнеза продемонстрировали больные I типа 1 подтипа – частота встречаемости пациентов, работающих на квалифицированных и специализированных работах у этого подтипа была максимальной – 43,75%. Наиболее низкий уровень трудового функционирования был у пациентов III типа – весьма низкая (25%) частота встречаемости больных, работавших на квалифицированных и специализированных работах, в сочетании с самой высокой среди изучаемых типов (58,34%) встречаемостью неработающих больных, которая превышала среднюю по типам (30,36%) практически в двое. Так же стоит обратить внимание на пациентов II типа, среди которых пациенты, работающие на неквалифицированных работах (60%), встречались практически вдвое чаще, чем в среднем по изучаемым типам (33,93%). Сравнительный уровень трудовой адаптации в целом подтверждает наблюдения об уровне функционирования на момент катамнеза с наиболее высокими результатами у больных I типа (в основном за счет 1 подтипа) преимущественно за счет повышения уровня трудового функционирования (41,03%); со средними результатами у больных II типа, продемонстрировавшими преимущественно (60%) прежний уровень функционирования; и с наиболее низкими у пациентов III типа, со снижением уровня трудового функционирования в половине случаев.

На момент катамнеза по результатам SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms) отмечался менее выраженный уровень АПС у больных III типа. По шкале HDRS (Hamilton Rating Scale for Depression) на момент катамнеза так же отмечался менее выраженный уровень депрессивных расстройств у больных III типа.

Для интегративной оценки исходов на момент 5-ти летнего катамнеза было выделено 4 уровня используемых для оценки состояния больных юношеского возраста: «Благоприятный» исход на момент 5-ти летнего катамнеза, что

эквивалентно понятию «выздоровление» и выражалось в отсутствии психопатологической симптоматики на протяжении как минимум 2 лет, предшествующих катamnестической оценке, с высоким уровнем качества жизни по всем сферам и полной социально-трудовой адаптацией (90-71 балл по шкале PSP), что чаще всего встречалось при течении заболевания с единичным депрессивным эпизодом, и было характерно для больных I типа 1 подтипа (наилучший среди больных всех типов уровень образования и трудового статуса). «Относительно благоприятный» исход на момент 5-ти летнего катamnеза, выражающийся в сохранении психопатологической симптоматики, прежде всего когнитивных расстройств, на субклиническом уровне, сохранении или некотором снижении уровня учебно-трудовой адаптации с восстановлением прежних социальных контактов и довольно высоким качеством жизни как минимум по 3 ее сферам (70-51 балл по шкале PSP), что обычно наблюдалось при рецидивирующем течении депрессии и наиболее часто встречалось при II типе АПС. «Относительно неблагоприятный» исход в виде сохранения психопатологической симптоматики (аффективной, неврозоподобной, психопатоподобной, «субпсихотической») с отчетливым снижением как учебно-трудовой, так и социальной адаптации, и ухудшением качества жизни с ограничением сфер интересов (50-31 балл по шкале PSP). Подобный уровень функционирования чаще всего встречался при рецидивирующей разновидности течения депрессии с усложнением симптоматики у больных I типа 2 подтипа. «Неблагоприятный» исход для больных представлен персистенцией клинически значимой психопатологической симптоматикой (аффективной, неврозоподобной, психопатоподобной, «субпсихотической», а также отчетливых когнитивных расстройств) в сочетании со стойкой негативной симптоматикой, социально-трудовой дезадаптацией, утратой интересов, сужением круга общения (30-20 баллов по шкале PSP), что было характерно для разновидности течения депрессии с хронификацией симптоматики и наиболее часто встречалось при III типе АПС. В целом на момент 5-ти летнего катamnестического обследования у больных юношеской депрессией с АПС отмечался благоприятный исход.

Нозологическая дифференциация больных на момент выписки из клиники представлена следующим образом: расстройства настроения (биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4), депрессивный эпизод (F32 (кроме F32.3)), рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0, F33.1, F33.2), хроническое расстройство настроения (F34.)), расстройство личности (F60); и шизотипическое расстройство (F21). Среди изученных типов отмечалась большая встречаемость аффективных заболеваний 43,57%, относительно расстройства личности 27,14% и шизотипического расстройства 29,29%. Отмечается преобладание шизотипического расстройства у пациентов II типа, которая составила половину всех случаев. Так же следует отметить высокую встречаемость аффективных расстройств - 51,85% у больных III типа.

На момент катмнеза отмечается уменьшение числа больных аффективной патологией (с 43,57% до 33,93%) и психопатией (с 27,14% до 19,64%) за счет увеличения числа больных вялотекущей шизофренией (с 29,29% до 35,72%), которая была выставлена у этих больных ввиду нарастание негативной симптоматики, преимущественно в виде апатии и абулии, и случаев манифестации психоза (10,71%). Наиболее выраженное изменение диагнозов отмечалась среди «аффективной патологии» у больных III типа, частота встречаемости которой уменьшилась вдвое и перестала занимать лидирующую позицию среди изучаемых типов, уступив ее I типу. Аналогично существенные изменения претерпел диагноз «психопатия» у больных I типа 1 подтипа.

Было установлено, что больные с АПС в структуре юношеской депрессии нуждаются в комплексном терапевтическом подходе с разработкой индивидуальной тактики для каждого типа аттенуированных психотических расстройств.

Выделено два основных этапа терапии изученных больных: купирующая и поддерживающая. Купирующая терапия проводилась в виде сочетания медикаментозной терапии и краткосрочной психотерапии в условиях стационара, которая потребовала различных подходов для каждого из выделенных типов.

Для больных I типа 1 подтипа препаратами выбора оказались преимущественно атипичные антипсихотики. Психопатологические феномены I типа 1 подтипа, на фоне проведения психофармакотерапии быстро редуцируются и не были склонны к последующей персистенции. Наличие этой симптоматики требовало назначения только курсового купирующего лечения нейролептиками.

Для лечения пациентов I типа 2 подтипа применялся широкий спектр нейролептиков. Психопатологические симптомы I типа 2 подтипа демонстрировали наиболее неблагоприятный исход, в плане неполной редукции и последующей длительной персистенции психопатологической симптоматики. Такие больные требовали проведения динамического наблюдения с назначением поддерживающего лечения.

В терапии пациентов с II типом расстройств, применялись как атипичные, так и традиционные нейролептики. Для лечения пациентов III типа применялись преимущественно атипичные антипсихотики. Оптимальной терапевтической тактикой для таких больных являлось их наблюдение с решением вопроса о назначении психофармакотерапии в каждом конкретном случае и проведении психотерапевтических мероприятий для улучшения показателей социально-трудовой адаптации пациентов.

Для проведения краткосрочной терапии в условиях стационара больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили больные с I типом 1 подтипом, ввиду быстрой редукции АПС и практически полной нормализацией психического состояния, а так же пациенты с III типом расстройств, характеризующиеся благоприятным прогнозом в сфере дальнейшей социальной адаптации и субъективной оценкой качества жизни, т.к. являются наиболее благоприятными с точки зрения прогнозов динамики АПС. К таким пациентам широко применялись такие психотерапевтические методы как арт-терапия, индивидуальная психотерапия, рациональная и семейная психотерапия.

Ко второй категории были отнесены больные I типа 2 подтипа, являющиеся наиболее неблагоприятными с точки зрения редукции АПС, а так же пациенты со II типом АПС, с преобладанием неблагоприятных исходов. Основными задачами

психотерапии таких больных было максимально возможная социальная адаптация и смягчение реакции пациентов в ответ на болезненные ситуации, предотвращение изоляции больных в обществе, формирование критического отношения к болезни, помощь в преодолении проблемных жизненных ситуаций, в приобретении нового опыта, разъяснении механизмов ухудшения состояния больного. Групповая психотерапия для таких пациентов полезна больше с точки зрения активации возможностей коррекции поведения.

Длительность поддерживающей терапии и применяемые фармакологические группы определялись степенью выраженности и уровнем редукции АПС к моменту выписки из стационара. Так, для больных с полной редукцией симптоматики была предпочтительна последующая антидепрессивная терапия для снижения риска возникновения признаков дистресса и предотвращения повторного развития активной фазы болезни. При неполной редукции АПС либо при длительной ее предыдущей персистенции оптимальным являлось продолжение проведения комплексной терапии с сочетанием антидепрессантов и мягких нейролептиков в небольших дозах, что способствовало двойному действию - долечиванию активной фазы процесса и снижению степени его прогрессивности. В случае упорной персистенции АПС клинические рекомендации были наиболее жесткими. Для таких больных было рекомендовано продолжение амбулаторной сочетанной терапии нейролептиками и препаратами других классов, подобранными на этапе купирующего лечения.

За время проведения катаретического исследования было установлено, что у больных с АПС в структуре депрессии юношеского возраста на этапе становления ремиссии не достигалась полная комплаентность. В первую очередь, это было связано с общим негативным отношением к медикации. Также немаловажную роль играли психопатологические особенности больных, не позволяющие установить адекватную внутреннюю картину болезни. Сопутствующее дискредитирующее влияние на комплаенс оказывало неадекватное отношение ближайших родственников и трудности в создании терапевтического альянса. Знание особенностей формирования комплаенса у

больных из группы высокого риска по шизофрении способствовало проведению дополнительных реабилитационных мероприятий как для самого больного, так и для его окружения, способствующих проведению успешной профилактики такого высокоинвалидизирующего заболевания как шизофрения.

Таким образом, полученные в процессе настоящего исследования данные о взаимосвязи аттенуированной психотической и аффективной симптоматики в структуре юношеской депрессии, неоднородность клинических проявлений АПС у больных, различия дальнейшего течения и исходов заболевания привели к необходимости проведения дифференциальной оценки для своевременного установления нозологической природы, определения прогноза с выработкой адекватной тактики ведения больных, позволяющей минимизировать патологическое влияние эндогенного процесса на ранних этапах.

Выводы

1. Психопатологические особенности аттенуированной психотической симптоматики (АПС) в структуре депрессий юношеского возраста определяются нейробиологическими и психологическими особенностями пубертатного возраста, отличаются феноменологической незавершенностью, фрагментарностью и кратковременностью психотических симптомов, атипией, различной степенью выраженности и продолжительности депрессивного аффекта, многообразием вариантов динамики психопатологических феноменов, взаимосвязи депрессивного аффекта и АПС, наличием критики к имеющимся переживаниям.
2. Клинически и прогностически наиболее информативной является дифференциация изученных состояний на основе доминирующих психопатологических расстройств, что позволило выделить три типа аттенуированной психотической симптоматики: юношеские депрессии характеризующейся преобладанием бредовых расстройств (I тип), с преобладанием острой кататонической дезорганизации (II тип), с преобладанием шизоформных расстройств мышления (III тип). В соответствии с преимущественными механизмами формирования бредовых расстройств, I тип был разделен на два подтипа – с преобладанием АПС по типу острого чувственного бреда (1 подтип), и с преобладанием АПС по типу интерпретативного бреда (2 подтип).
- 2.1. Аттенуированная психотическая симптоматика I типа 1 подтипа развивалась на высоте депрессивных расстройств и характеризовалась крайней непродолжительностью и высокой степенью выраженности, возникала преимущественно в структуре метафизической депрессии. АПС I типа 2 подтипа характеризовалась меньшей выраженностью, но большей продолжительностью, развивалась параллельно с депрессивными расстройствами, возникала преимущественно в структуре психастеноподобных депрессий.

2.2. Для больных АПС II типа было характерно развитие депрессивных расстройств вслед за аттенуированными психотическими симптомами представленными явлениями «малой кататонии», которые характеризовались высокой интенсивностью и, обычно, малой продолжительностью, наиболее часто встречались в структуре гебоидных депрессий.

2.3. АПС III типа, представленная выраженными расстройствами мышления с «обрывами», «наплывами», «паралельностью» мыслей, с нарушением возможности речевого контакта, возникала до начала клинических проявлений депрессии, отчетливо усиливалась на фоне присоединения аффективных расстройств, ослаблялась параллельно с редукцией аффекта, при этом в дальнейшем полностью не редуцировалась. Отмечалась низкая степень выраженности АПС данного типа и заметно большая ее продолжительность, встречалась преимущественно в структуре депрессий с картиной «юношеской астенической несостоятельности».

3. На основании клинико-катамнестической части исследования уточнены дифференциально-диагностические и прогностические критерии оценки течения юношеских депрессий с АПС с выделением пяти разновидностей течения.

3.1. С единичным депрессивным эпизодом – с формированием в дальнейшем полной как симптоматической, так и функциональной ремиссии с «благоприятным исходом» на момент катамнеза в виде высокого уровня качества жизни по всем сферам и полной социально-трудовой адаптацией (90-71 бал по шкале PSP). Чаще такое течение встречалось у больных I типа 1 подтипа,

3.2. Рецидивирующее течение – характеризовалось восстановлением доморбидного уровня социального функционирования после выраженной редукции психопатологических расстройств, с развитием повторных депрессий сходной психопатологической структуры с АПС. Такое течение было характерно для больных с II типом АПС и чаще всего встречалось в

рамках «относительно благоприятного» исхода с сохранением или некоторым снижением уровня учебно-трудовой адаптации с восстановлением прежних социальных контактов и довольно высоким качеством жизни (70-51 балл по шкале PSP).

3.3. Рецидивирующее течение с усложнением симптоматики – характеризуется присоединением расстройств иных регистров (неврозоподобных, психопатоподобных. Депрессии характеризовались ослаблением признаков витальности, «стиранием» тимического компонента, искажением депрессивной триады, затяжным течением, ухудшением социально-трудовой адаптации и качества жизни. Данная разновидность течения была наиболее характерна для пациентов с I типом 2 подтипом АПС и чаще всего встречалось в рамках «относительно неблагоприятного» исхода, с отчетливым снижением как учебно-трудовой, так и социальной адаптации, ухудшением качества жизни с ограничением сфер интересов (50-31 балл по шкале PSP).

3.4. С хронификацией симптоматики – с сохранением на момент выписки стойкой гипотимии, неполном восстановлении когнитивных функций. Последующая динамика депрессивных расстройств носила непрерывный, флюктуирующий характер - на фоне экзацербации болезненного процесса в последующих эпизодах отмечалась нарастающая атипичная аффективных расстройств с формированием отчетливых, стойких негативных расстройств со значительным снижением или утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией, утратой интересов и/или формированием патологических влечений, сужением круга общения и невозможностью устойчивых партнерских отношений. Такое течение наиболее часто встречалось у больных III типа и отмечалось в рамках «неблагоприятного» исхода, с социально-трудовой дезадаптацией, утратой интересов, сужением круга общения (30-20 баллов по шкале PSP).

3.5 С развитием психотического приступа - течение заболевания отличалось рецидивирующим характером с развитием повторных депрессий сходной

психопатологической структурой, но с большей степенью выраженности АПС. Манифестный приступ развивался на фоне отмены поддерживающей терапии (в среднем через 1,5 года после первой депрессии с АПС), в большинстве случаев характеризовался галлюцинаторно-бредовой структурой с острым началом, с сочетанием симптомов острого чувственного и интерпретативного бреда.

4. Депрессии юношеского возраста с АПС характеризовались рядом пато- и нейропсихологических, а также нейробиологических особенностей сближающих их как с юношескими депрессиями без психотической симптоматики, так и с депрессивно-бредовыми состояниями при первых психотических приступах, что позволяет рассматривать АПС в структуре юношеских депрессий в сочетании с наследственной отягощенностью, в качестве факторов ультравысокого риска манифестации шизофрении.
5. Тактика ведения больных с АПС в структуре юношеской депрессии определяется необходимостью комплексного, персонифицированного подхода, учета психобиологического возрастного фактора, привлечением как фармакотерапии, так и психотерапевтических и социо-реабилитационных методик, различающихся в зависимости от степени интенсивности расстройств и выделяемого типа АПС, и направленных не только на эффективное купирование симптоматики острого периода, но и на восстановление социальной и трудовой адаптации, формирование у больного адекватного отношения к заболеванию. Длительная поддерживающая терапия позволяет достичь более низкого уровня манифестации психоза, в сравнении с аналогичными исследованиями без антипсихотической терапии.

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.

1. АПС в структуре депрессий юношеского возраста необходимо рассматривать в качестве фактора ультра-высокого риска манифестации шизофрении.
2. При нозологической оценке юношеской эндогенной депрессии, имеющей в своей структуре АПС, необходимо учитывать особенности течения АПС различных типологических разновидностей, выделенных в данном исследовании.
3. При индивидуальном прогнозе следует анализировать условия формирования, особенности преморбидного этапа, психопатологические особенности АПС в структуре юношеской депрессии, отображенные в разработанной типологии.
4. Подходы к персонифицированной психофармакотерапии и психотерапии, разработанные в данном исследовании для изученных больных, оптимизируют оказываемую им специализированную помощь.
5. Результаты проведенного исследования возможно использовать при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, а так же медицинских психологов, нейропсихологов, специалистов по функциональной диагностике (ЭЭГ, МРТ), работающих на базе психиатрических клиник и диспансеров.
6. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

Список литературы

1. Абаскулиев АА О роли психических травм в происхождении шизофрении. Сборник трудов института психиатрии им. Асатиани, Тбилиси 1958; 5: 7-9.
2. Алфимова М.В., Голимбет В.Е. Гены и нейрофизиологические показатели когнитивных процессов: обзор исследований. Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2011. Т. 61. № 4. С. 389-401.
3. Андриенко Е.В., Платонова Т.П., Тиганов А.С. Некоторые виды доманифестных расстройств при приступообразно-прогредиентной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;12: 31-35. doi:10.17116/jnevro201411412131-35
4. Бархатова А.Н. Эндогенный юношеский приступообразный психоз с кататоническими расстройствами в структуре первого приступа, дис. . канд. мед. наук: шифр спец. 14.00.18 / М., 2005. 291 с.
5. Бархатова А.Н. // Особенности юношеского эндогенного приступообразного психоза с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа // Психиатрия. 2005. № 3(15) (15). С. 38-44. 28 стр
6. Беляков М.И. Психогенные депрессии в судебно-психиатрической клинике//Пробл. судеб. психиатрии. -М., 1959. -Вып. 8. -с. 167 -189.
7. Бойко О.М. Краткосрочное проблемно-ориентированное психологическое консультирование в рамках психиатрического стационара: анализ возможностей на примере случая из практики. Журнал «Консультативная психология психотерапия». 2014, №3, 207-208
8. Борисова О. А. Клинические особенности доманифестных состояний у больных эндогенным аффективным психозом // Журн. невропат, и психиатр. 1989. - № 4. - С. 58-74.
9. Братусь Б.С. Аномалии личности.-М., 1988.-301 с.
10. Вертоградова О.П. Психопатологические аспекты острого бреда // Вопросы общей психопатологии М.,1976. - В. 2. — С. 63-67.
11. Вертоградова О.П., Волошин ВМ. О возрастных различиях депрессивного аффекта // Сравнительно-возрастные аспекты нервных и психических заболеваний: Тез. докл. 24-26 марта 1982 г. / Под ред. В.В.Ковалева. - Свердловск, 1982.-С.8-10.
12. Владимирова ТВ. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза) // Дисс. канд. мед. наук.-М, 1987.-284 с.

13. Выгодский Л.С. Проблемы возрастной периодизации // Вопросы психологии.- 1972.-Вып.2.-С.114-123
14. Германова К.Н., Психогенные депрессии у больных шизофренией дисс. канд. мед. наук. М-2017 (в процессе защиты)
15. Голубев С.А. Юношеская приступообразная шизофрения, протекающая с доминированием галлюцинаторных расстройств в структуре первого приступа: дис. канд. мед. наук: шифр спец. 14.00.18 /М., 2010. 270с.
16. Дементьева, Н.Ф. Бредовое восприятие как компонент чувственного бреда / Н.Ф. Дементьева // Казанский мед. журнал. 1975. Т. 56. № 1. С. 30-32.
17. Дементьева, Н.Ф. К разграничению понятия «чувственный» и «образный» бред /Н.Ф. Дементьева // Вопросы общей психопатологии под ред. О.П. Вертоградовой. 1976. С. 70-83.
18. Демчева Н.К., Кузнецов С.В., Михайлов В.И. Формирование, клиника и динамика негативной симптоматики на инициальном этапе шизофрении // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2015, №10, с.13-20.
19. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катамнестическое клинко-нейропсихологическое исследование. Дисс. Канд. Мед. наук. М-2010 с204
20. Иконников Д.В., Реакции отказа при вялотекущей шизофрении Дисс. Канд. Мед. наук. М-2005 с 198
21. Ильина Н.А., Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии) Дисс. Докт. Мед. наук М-2006 с 343
22. Каледа В.Г. Первый приступ юношеского эндогенного психоза (клинико-психопатологическое, клинко-патогенетическое и клинко-катамнестическое исследование) диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ГУ "Научный центр психического здоровья РАМН". Москва,2007
23. Каледа В.Г. Закономерности течения и исхода приступообразных эндогенных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте (катамнестическое исследование) Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008;108.(9). 11-23.
24. Каледа ВГ. Юношеский эндогенный приступообразный психоз (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты

- первого приступа): дисс. .докт. мед. наук, шифр спец. 14.01.06./ М., 2010.- 356 с.
25. Каледа В.Г. Юношеская шизофрения: особенности психопатологии, клиники и терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 11-2. С. 26-33.
 26. Каледа В.Г. // Шизоаффективный психоз, манифестирующий в юношеском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98. № 9. С. 12-16.
 27. Каледа В.Г. // Психопатологические особенности первого психотического эпизода юношеского эндогенного психоза и его типологические разновидности // Психиатрия. 2006. № 4-6(22-24) (22-24). С. 7-15.
 28. Каменева Е.Н. Начало шизофрении // Начальные состояния психических заболеваний. М., 1959. - С. 13-26
 29. Кербиков О.В. Острая шизофрения. -М., 1949
 30. Ключник Т.П., Омельченко М.А., Сарманова З.В., Зозуля С.А., Отман И.Н., Дупин А.М., Каледа В.Г. Возможность использования иммунологических показателей для оценки риска манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими расстройствами юношеского возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114. № 10-1. С. 97-101.
 31. Копейко Г.И., Олейчик И.В. // Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107. № 3. С. 4-17.
 32. Концевой В.А., Шизофрения, протекающая в форме шубов// дисс. Докт. Мед. наук. 1975
 33. Копейко Г.И, Олейчик И.В. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий //Журн. неврол. и психиатр. -2007. Т. 107, № 3. - С. 4-17.
 34. Корнетов Н.А. Психогенные депрессии (клиника, патогенез), -Томск, 1993, -240 с.
 35. Корсакова Н.К., Плужников И.В. // К вопросу о природе «гипофронтальности» при эндогенных психических расстройствах юношеского возраста. // Актуальные проблемы подростково-юношеской

- психиатрии Материалы Всероссийской научно-практической конференция с международным участием, посвященной памяти профессора М.Я. Цуцульковской. 2015. С. 128-132.
36. Коул М., Скрибнер С. Культура и мышление, Москва, 1977
37. А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, Н.А. Пенчул - Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. – Т.17. – №1. – С.103-107.
38. Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства. СпецЛит 2015, 495 стр.
39. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмониная О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы. Часть 1. уязвимость-диатез-стресс. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 2. С. 3-7.
40. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмониная О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 81-88.
41. Кравченко Н.Е. К вопросам клиники и терапии непсихотических депрессивных состояний у подростков // Современная терапия психических расстройств. 2006, № 2. - С. 35-39.
42. Кравченко Н.Е., Динамика расстройств аффективного круга, предшествующих первым приступам шизофрении\ Журнал «Трудный пациент» июль 2009
43. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. Институт психологии РАН. Москва, 2015. 389 стр.
44. Крылова Е.С. Юношеских депрессии с симптомокомплексом «метафизической интоксикации» (типология, диагностика, прогноз и вопросы терапии) // Дисс. канд. мед. наук. М., 2004. - 295 с.
45. Лебедева И. С., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Абрамова Л.И., Голимбет В.Е., Петрайкин А.В., Семенова Н.А., Ахадов Т.А. Нейрофизиологические маркеры когнитивных нарушений при приступообразной шизофрении // Психиатрия. 2010. Т. 4. С. 7–11.

46. Лекомцев В.Т., Уваров Р.А., Матвеева Н.В., Панченко Е.А. К типологии депрессий у детей и подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2000, № 4. С. 23-29.
47. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1979. - 335 с.
48. Ломов Б.Ф. и др., Основы инженерной психологии: учебник 1986
49. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии. Методические рекомендации // Спб, НИПНИ им. В.М.Бехтерева – 2007 - С.26.
50. Маричева, М.А. Особенности копинг-стратегий у юношей, перенесших первый психотический приступ // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Том 14. – № 6. – С.55-61
51. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. Иванова Е.И. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии// Современная терапия Психических расстройств. 2008. - № 2. - С. 23-28.
52. Мазаева Н.А. Подростковый возраст и шизофрения // Психиатрия (научно-практический журнал). — 2008. №2. — С.16-27
53. Мовина Л.Г. К вопросу о ранней диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Доктор.Ру. 2007. - № 5. - С. 51-53.
54. Наджаров Р. А., Смулевич А. Б. Клинические типы шизофрении: рук-во по психиатрии/под ред. А. В. Снежневского. -М.: Медицина, 1983. -С. 304-355.
55. Незнанов Н.Г. Психиатрия. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009
56. Николаев Ю.С. О своеобразном бредовом синдроме физического недостатка // Тр. психиатр, клиники I Мед. ин-та. 1949. - № 9. - с. 150-160.
57. Озерецковский С.Д. Особенности диагностики и лечения депрессий у подростков. Методические рекомендации Л. 1990; 34
58. Олейчик И.В. Юношеские депрессии с «ювенильной астенической несостоятельностью» (психопатология, диагностика, прогноз): автореф. дис. . канд. мед. наук: шифр спец. 14.00.18 / М.,1997. 24с.
59. Олейчик И.В., Арпох В.В. Новые подходы к лечению юношеских депрессий с преобладанием когнитивных расстройств//Материалы Всероссийской научной конференции «Актуальные проблемы пограничной психиатрии».-С-Пб, 1998.-С. 132-134.

60. Олейчик И.В. Юношеские эндогенные депрессии (клиника, основные нозологические формы, терапия) диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ГУ "Научный центр психического здоровья РАМН". Москва, 2008
61. Олейчик И.В. // Юношеские эндогенные депрессии (современное состояние проблемы) // Психиатрия. 2010. № 5(47) (47). С. 56-69.
62. Олейчик И.В., Эндогенные депрессии юношеского возраста (клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое и фармако-терапевтическое исследование) Дисс. докт. мед. наук. М. 2011. с 334
63. Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;2: 10-19.
64. Омельченко М.А. Юношеский эндогенный психоз с маниакально-бредовой структурой первого приступа (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты). диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГУ "Научный центр психического здоровья РАМН". Москва, 2011
65. Пекунова Л.Г. Особенности доманифестных состояний больных юношеской злокачественной и малопрогрессирующей шизофренией (сравнительное клиническое изучение): дис. . канд. мед. наук: шифр спец. 14.00.18 / М., 1974. 233 с.
66. Плужников И.В., Омельченко М.А., Крылова Е.С., Каледа В.Г. Нейропсихологическая синдромология непсихотических психических расстройств юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013. Т. 113. № 12-1. С. 19-25.
67. Попилина С.В. Интерпретативный бред в острых психотических состояниях // В кн.: Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1974. - Т. 67. - С. 7379.
68. Попович У.О. Ипохондрический бред в структуре приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза (клинико-психопатологические, клинико-патогенетические и прогностические аспекты) диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГУ "Научный центр психического здоровья РАМН". Москва, 2015

69. Ротштейн В.Г. Шизофрения: возраст больных к периоду начала заболевания // Журнал неврологии и психиатрии, 2014, №12, с. 23-30.
70. Рыбальский М.И. Бред. М.: Медицина, 1993.
71. Сергеева О.Е., Доманифестный этап юношеского эндогенного приступообразного психоза (психопатологические и патогенетические аспекты) Дисс. канд. мед. наук. М. 2012. с 214
72. Скугаревская М.М., Синдром ослабленного психоза – новый диагноз в психиатрии? Психиатрия и психофармакотерапия. 2014;16(2): 40-43
73. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства. — М., 1997
74. Смулевич А.Б., Коллюцкая Е.В., Алмаев Н.А., Ильина Н.А., Тухватулина Л.Ш. Постстрессовый синдром и эндогенные заболевания. В кн. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. М.2004; 147-159
75. Смулевич А.Б. Учение А.В. Снежневского и концепция позитивной-негативной шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6. № 2. С. 52-54.
76. Смулевич. А.Б. Неманифестные этапы шизофрении – психопатология и терапия // Журнневрол и психиатр им. С.С.Корсакова, 2005 – 105(5), С.4-10.
77. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. 2-е изд. М.: МЕД пресс информ; 2007
78. Смулевич А.Б., Депрессии при психических и соматических заболеваниях 4-е издание, переработанное и дополненное. "Медицинское информационное агентство" 2015. 640 стр.
79. Снежневский А.В. Общая психопатология. //Курс лекций. Валдай. 1970. - 205 с.
80. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики / А.С.Тиганов // Депрессия и коморбидные расстройства: сб. науч. тр. НЦПЗ РАМН / под ред. А.Б. Смулевича. М, 1997. - С. 1226.
81. Тиганов А.С., современные проблемы психопатологии, клиники и патогенеза шизофрении // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра/ Под ред. А.Б. Смулевича М., 1999. с 33-34

82. Тиганов А.С. Клиническая психиатрия и проблемы изучения новых психофармакологических средств // Журн. неврол. и психиат. — 2002. № 10. - С. 3-6.
83. Тиганов А.С. Психиатрия. Руководство для врачей М.: Медицина, 2012 I том, 476-477
84. Тиганов А.С. К вопросу о патоморфозе шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 11-2. С. 3-5.
85. Циркин С.Ю. Клинические особенности синдрома Кандинского-клерамбо при шизофрении и вопросы прогноза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. Т. 80. № 5. С. 731.
86. Цуцульковская М.Я. Особенности клиники непрерывно текущей шизофрении, начинающейся в подростковом и юношеском возрасте. Т. 1, 2 //Дисс. докт. мед. наук.-М,- 1967.-703 с.
87. Цуцульковская М.Я., Пекунова Л.Г., Михайлова В.А. Преморбидная личность больных юношеской приступообразной шизофренией // Журнал невропат, и психиатр. 1977. - Т. 77. - № 4. - С. 547-557.
88. Цуцульковская М.Я., Михайлова Е.С., Владимирова Т.В., Олейчик И.В. К нозологической дифференциации эндогенных депрессий юношеского возраста (клинико-психофизиологическое исследование) // Материалы XII съезда психиатров России. – М., 1995. С. 413-414.
89. Цуцульковская М.Я., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, топология, нозологическая оценка, лечение) // Пособие для врачей. М., 2000. - 32 с
90. Цуцульковская М.Я., Каледа В.Г. Олейчик И.В., и др. О необходимости специальных подходов к психофармакотерапии эндогенных расстройств юношеского возраста. Материалы IX Российского Национального Конгресса «Человек и лекарство» Москва. -2002.-С. 491.
91. Цуцульковская М.Я., Копейко Г.И, Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Журн. Психиатрия. 2003, № 5.-С. 21 - 28.
92. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия, 1998, 1:94-102

93. Шевалев Е.А. О границах бредаобразования//Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. -1940. -Т. IX, вып. 3-4. -С. 3-15.
94. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И. О некоторых особенностях течения приступообразной шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1979.-№6.-С. 770-779.
95. Шумаков В.М. Реакции больных различными формами шизофрении на психотравмирующие вредности. Ж. невропатол. психиатр. им. С.С. Корсакова. 1966;11:1688-1692
96. Этингоф А.М., 2004. Юношеские дисморфофобические депрессии (типология, диагностика, прогноз) // Дисс. канд. мед. наук.-М., 2004.-253 с.
97. Addington J Epstein I Liu L French P Boydell KM Zipursky RB . A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis . Schizophr Res . 2011 ; 125 : 54 – 61
98. AmmingerGP, SchaeferMR, PapageorgiouK, etal. Omega 3 fatty acids reduce the risk of early transition to psychosis in ultra-high risk individuals: a double-blind randomized, placebo-controlled treatment study. Schizophr. Bull. 2007;33 Suppl:418–419
99. Amminger GP, Schaefer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Cotton SM, Harrigan SM. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychiatric disorders. Arch. Gen. Psychiatry. 2010;67:146–154
100. Andreasen N, Olsen S. Negative v positive schizophrenia: definition and validation. Arch. Gen. Psychiatry. 1982;39:789–794
101. Andreasen N, Grove W. Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia. Psychiatry Psychobiol. 1986;1:108–121
102. Armando M, Nelson B, Yung AR, Ross M, Birchwood M, Girardi P, et al. Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. Schizophr Res (2010) 119(1–3):258–65. doi:10.1016/j.schres.2010.03.001
103. Arnsten AF. Catecholamine modulation of prefrontal cortical cognitive function. Trends Cogn Sci (1998) 2(11):436–47. doi:10.1016/S1364-6613(98)01240-6
104. Arseneault LM, Cannon M, Witton J, Murray M. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. Br. J. Psychiatry. 2004;184:110–117

105. Barnes TRE, Leeson VC, Mutsatsa SH, Watt HC, Hutton SB, Joyce EM. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 2008;193:203–209
106. Bentall RP, Morrison AP: More harm than good: The case against neuroleptics to prevent psychosis. *Journal of Mental Health* 2002; 11:351-356
107. Berger GE, Proffitt T-M, McConchie M, Yuen JP, Wood SJ, Amminger P. Ethyl-eicosapentaenoic acid in first-episode psychosis: a randomized, placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychiatry*. 2007;68:1867–1875
108. Berze J., Gruhle H. *Psychologie der Schizophrenie*. Monogr Gesamtgeb Neur Psychiat. Springer, Berlin. 1929
109. Birchwood M., McMillan J.F., Smith J. Early intervention. In *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia* (eds. M. Birchwood & N. Tarrier). Chichester: Wiley -1992.
110. Birchwood M. McGorry P.D., Jackson H.J. Early intervention in psychosis: the critical period. The recognition and management of early psychosis a preventive approach.// Cambridge, UK, -1999. -P.226- 264.
111. Birchwood M, Girardi P, et al. Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophr Res* (2010) 119(1–3):258–65. doi:10.1016/j.schres.2010.03.001
112. Birmaher B., Williamson D.E., Dahl R.E. et al. Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004.-Vol. 43. - P. 63-70.
113. Boks M.P.M., Rietkerk T., Beek M.H.V.De., Sommer I.E., Kahn R.S., Koning T.J.De. Reviewig the role of the genes g72 and DAAO in glutamate neurotransmission in schizophrenia/ *European Neuropsychopharmacology*. 2007. T. 17. № 9. C. 567-572.
114. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond. *Schizophr Bull* (2010) 36(1):36–42. doi:10.1093/schbul/sbp094
115. Brent D.A., Weersing V.R. Depressive disorders in childhood and adolescence. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, eds, et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford, England: Blackwell Publishing Ltd. 2008. -P.587-613.

116. Brent B.K., Thermenos H.W., Keshavan M., Seidman L.J. // Gray matter alterations in schizophrenia high-risk youth and early-onset schizophrenia: A review of structural MRI findings // *Child and adolescent psychiatry of North America* 2013; 22(4):689-714
117. Brewer WJ, Wood SJ, Phillips LJ, et al. Generalized and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: a review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophr. Bull.* 2006;32:538–555
118. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35(2):383–402.
119. Callieri B. // Contribution to the study of the dermatozoic, zooptic and zoopathic psychotic experience // Article in *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria* 23:109-48 1962 with 2 Reads
120. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:28–37.
121. Carrión RE, Goldberg TE, McLaughlin D, Auker AM, Correll CU, Cornblatt BA. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168:806–813.
122. Choi J.-S., Chon M.-W., Kang D.-H., Jung M., Kwon. J. Gender Differences in the Prodromal Symptoms of First-episode Schizophrenia // *J Korean Med Sci* 2009;24: 1083-1088.
123. Clarke M.C., Kelleher I., Clancy M., Cannon M. Predicting risk and the emergence of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012. T. 35. № 3. C. 585-612.
124. Cohen D. Context, cortex and dopamine, a connectionist approach to behavior and biology in schizophrenia // *Psych. Review* 2002v. 99 p. 45-77
125. Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stern P. Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophr. Res.* 2007;91:112–116
126. Compton MT, Goulding SM, Walker EF. Cannabis use, first-episode psychosis, and schizotypy: a summary and synthesis of recent literature. *Curr. Psychiatry Rev.* 2007;3:161–171

127. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns: 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1971. - 165 S.
128. Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: G. Thieme 1958, 165 S.; Erstausgabe; Orig.-Broschur gr. 80.26 ctp
129. Cooper S.J., Montgomery R.C., MacFlynn G., Lynch G., Kelly C., King D.J. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. // Schizophrenia Research. 2000;45:47-56. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00205-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00205-4)
130. Cornblatt, B, Carrión, RC, Addington, J. (2012) Risk factors for psychosis: impaired social and role functioning. Schizophrenia Bulletin 38: 1247–1257
131. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. J. Clin. Psychiatry. 2007;68:546–557
132. Curry J., Rohde P., Simons A., et al. Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006. - Vol. 45. - P. 1427-1439
133. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. Hosp. Community Psychiatry. 1989;40:1041–1046
134. D'Souza DC, Abi-Saab WM, Madonick S, Forselius-Bielen K, Doersch A, Braley G. δ -9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. Biol. Psychiatry. 2005;57:594–608
135. Davidson M., Caspi A., Noy S. The treatment of schizophrenia: from premorbid manifestations to the first episode of psychosis. Dialogues in clinical neuroscience // Early stages of schizophrenia. 2005. - № 1. P. 7-16.
136. Delaney C., McGrane J., Cummings E. Morris D.W., Tropea D., Gill M., Corvin A., Donohoe G. Preserved cognitive function is associated with suicidal ideation and single attempts in schizophrenia. // Schizofr.Res. 2012;140(1-3):232-236. doi:10.1016/j.schres.201206/017
137. Dhossche D., Wilson C., Wachtel L. Catatonia in childhood and adolescence: Implication for the DSM-5 // Primary Psychiatry 2010. - Vol.17(4). - P.35-39.
138. Dickson H. Laurens K, Cullen A, Hodgins S.// Meta-analyses of cognitive and motor function in youth aged 16 years and younger who subsequently develop schizophrenia. // Psychol. Med 1(1):1-13

139. Perlis R., Uher R., Ostacher M., Goldberg J., Trivedi M., Rush A., Fava M. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder // Arch Gen Psychiatry. 2011. 68(4):351-60 doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.179
140. Edwards J., McGorry, P. D. Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services. -2002. -London: Martin Dunitz.
141. Edwards J., Harris M.G., Bapat S. Developing services for the first-episode psychosis and the critical period. // Br. J. Psychiatry. 2005. -Vol.187. -P.91-97
142. Fassler D. Adolescent Depression: Early Recognition Leads to Successful Treatment // The Prevention Researcher. 2006. - Vol. 13, № 1. - P. 8-9.
143. C. Fleischhacker, E. Schulz, K. Tepper et al. Long-Term of Adolescent Schizophrenia // Schizophr Bull. – 2005. – Vol. 31. – P. 769-780
144. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, Barlati S, Yung AR, Howes O, et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. (2012) 69(6):562–71. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1592
145. Fusar-Poli P, Valmaggia L, McGuire P: Can antidepressants prevent psychosis? The Lancet, 2007; 370: 1746-1748
146. Forbes NF, Carrick LA, McIntosh AM, Lawrie SM. // Working memory in schizophrenia: a meta-analysis // Psychol Med. 2009 Jun;39(6):889-905. doi: 10.1017/S0033291708004558. Epub 2008 Oct 23.
147. Giuliano AJ, Li H, Meshulam-Gately RI, Sorenson SM, Woodberry KA, Seidman LJ. Neurocognition in the psychosis risk syndrome: a quantitative and qualitative review. Current Pharmaceutical Design. 2012;18(4):399–415
148. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the ‘right stuff?’ Schizophr. Bull. 2000;26:119–136
149. Gross G. Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen // Schizophrenie und Zykllothymie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart: Thieme, 1969.-S. 177-187
150. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. BSABS: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. Berlin, Germany: Springer; 1987
151. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // Br J Soc Clin Psych. -1968. Vol. 6. - P. 278-296.

152. Hafner H., an der Heiden W. The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies/ European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1999. T. 249. № 10. C. S14-S26.
153. Hafner H., Maurer K., Trendler G. et al. Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls // Schizophr. Res. - 2005. -Vol. 77, № 1.-P. 11-24
154. Heinssen RK, Insel TR. Preventing the onset of psychosis: not quite there yet. Schizophr Bull 2015;41:28–9.
155. Henry L.P., Harris M., Amminger P. et al. Early psychosis prevention and intervention centre long-term follow-up study of first episode psychosis: methodology and baseline characteristics.// Early Int Psychiatry. -2007. -Vol.1. - P.49-60
156. Hernandez L., Sokolov, B. Abnormalities in 5-HT_{2A} receptor mRNA expression in frontal cortex of chronic elderly schizophrenics with varying histories of neuroleptic treatment // J Neurosci Res. 2000. - Vol. 59. - P. 218-225.
157. Hoefgen B., Schulze T., Ohlraun S. et al. The power of sample size and homogenous sampling: association between the 5-HTTLPR serotonin transporter polymorphism and major depressive disorder // Biol Psychiatry. -2005. Vol. 57(3). - P. 247-251
158. Horan T., Blanchard W., Emotional J., responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping // Schiz Res, 2003;60:271-283
159. Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen // Fortschr. Neurol. Psychiat. -1966. -Bd. 34, №.4.-S. 409-426.
160. Jarbin H, von Knorring AL. Diagnostic stability in adolescent onset psychotic disorders. Eur Child Adolesc Psychiatr. 2003;12(1):15–22
161. Jaspers K. / Allgemeine Psychopathologie // Springer, 3. Aufl.-Berlin.- 1923.-498 S
162. Johanna TW Wigman Nina Devlin, Ian Kelleher, Aileen Murtagh, Michelle Harley, Anne Kehoe, Carol Fitzpatrick, Mary Cannon // Psychotic symptoms, functioning and coping in adolescents with mental illness // BMC Psychiatry 2014 14:97 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-97>

163. Kaleda V.G. The course and outcomes of episodic endogenous psychoses with juvenile onset (a follow-up study)/ *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2009. T. 39. № 9. C. 873-884.
164. Kaymaz, N. and Drukker, M. and Lieb, R. and Wittchen, H.-U. and Werbeloff, N. and Weiser, M. and Lataster, T. and Van Os, J. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking populations-based samples? A systematic review and meta-analyses, enriched with new results. *Psychological Medicine*, 2012;42(11): 2239-2253
165. Keefe RSE, Sweeney JA, Hongbin G, Hamer RM, Perkins DO, McEvoy JP. Effects of olanzapine, quetiapine, and risperidone on neurocognitive function in early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. *Am. J. Psychiatry*. 2007;164:1061–1071
166. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Lynch F, Fitzpatrick C, Devlin N, Molloy C, Roddy S, Clarke MC, Harley M, Arseneault L, Wasserman C, Carli V, Sarchiapone M, Hoven C, Wasserman D, Cannon M. Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies. *British Journal of Psychiatry*. 2012;201:26–32.
167. Kelly C, Hadjinicolaou AV, Holt C, Agius M, Zaman R. Meta-Analysis of Medical and Non-Medical Treatments of the Prodromal Phase of Psychotic Illness in At-Risk Mental States. *Psychiatra Danubia* 2010; 22(1); 56-62
168. Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M. et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence // *J Affect Disord*. 1993. - Vol. 29, № 2-3. - P. 85-96.
169. Klosterkötter J., 2001 et al. The schizophrenia proneness instrument (SPI-A) – a tool for the assessment of basic symptoms. *Eur Psychiatry* 21:27
170. Klosterkötter J, Gross G, Huber G, Wieneke A, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Evaluation of the ‘Bonn scale for the assessment of basic symptoms—BSABS’ as an instrument for the assessment of schizophrenia proneness: a review of recent findings. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 1997;5:137–150.
171. Koreen AR, Siris SG, Chakos M, et al (1993) Depression in first episode psychosis. *American Journal of Psychiatry*;150: 1643–7

172. Lauronen E. Course of illness, outcome and their predictors in schizophrenia (The Northern Finland 1966 Birth Cohort study) // *Acta Universitatis Oulensis D Medica* 910. Oulun Yliopisto, Oulu, 2007. - 115 p.
173. Larry J. Seidman, Eric C. Meyer, Anthony J. Giuliano, Hans C. Breiter, Jill M. Goldstein, William S. Kremen, Heidi W. Thermenos, Rosemary Toomey, William S. Stone, Ming T. Tsuang, Stephen V. Faraone // *Auditory working memory impairments in individuals at familial high risk for schizophrenia // Neuropsychology*. 2012 May; 26(3): 288–303. doi: 10.1037/a0027970; PMID: PMC3539430; NIHMSID: NIHMS369014
174. Leeson VC, Barnes TRE, Hutton SB, Ron MA, Joyce EM. IQ as a predictor of functional outcome in schizophrenia: a longitudinal, four-year study of first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* 2009;107:55–60
175. Lewis C.C., Simons A.D. Adolescent Depression: The International Encyclopedia of Depression // Ingram R.E. (Ed). -New York: Springer Publishing Company. 2009. - P. 5 - 9.
176. Lewis S. The European First Episode Schizophrenia Network. // *Br J Psychiatry* .-2002,-Vol. 181.-P1-2.
177. Lewi's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook / fourth edition. Ed.: A.Martin, F.R Volkmar. -Philadelphia- Baltimore -New York London: Lippincott Williams& Wilkins. - 2007. -1062 p.
178. Liddle P. The symptoms of chronic schizophrenia: are-examination of the positive–negative dichotomy. *Br. J. Psychiatry*. 1987;151:145–151
179. MacCabe JH, Wicks S, Lofving S, David AS, Berndtsson A, Gustafsson JE, Allebeck P, Dalman C. Decline in cognitive performance between ages 13 and 18 years and the risk for psychosis in adulthood: a Swedish longitudinal cohort study in males. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):261–270. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.43.
180. Madaan V., Dvir Y., Wilson D. Child and adolescent schizophrenia: Pharmacological approach // *Expert Opinion in Pharmacotherapy* 2008. -Vol.9.-P.2053-2068.
181. Malla A, Payne J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr. Bull.* 2005;31:650–671

182. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005;62:975–983
183. Mastrigt S., Addington J. Assessment of premorbid function in the first episode schizophrenia: modifications to the Premorbid Adjustment Scale // *J Psychiatry Neurosci*. 2002. - Vol. 27 (2). - P. 92-10.
184. Maurer K, Hörrmann F, Trendler G, Schmidt M, Häfner H. Früherkennung des Psychoserisikos mit dem Early Recognition Inventory (ERIRAOS). Beschreibung des Verfahrens und erste Ergebnisse zur Reliabilität und Validität der Checkliste, *Nervenheilkunde*, 2006, vol. 1–2 (pg. 11-16)
185. McClellan J., Werry J. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40, 4S–23S 10.1097/00004583-200101000-00006
186. McGorry PD, Nelson B, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: twelve-month outcome. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(4):349–56
187. McGlashan TH. Psychosis treatment prior to psychosis onset: ethical issues. *Schizophr Res*. 2001;51:47-54
188. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller T, Woods SW, et al. Randomized, Double-Blind Trial of Olanzapine Versus Placebo in Patients Prodromally Symptomatic for Psychosis. *Am J Psychiatry* 2006; 163; 790-799
189. McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW. Pre-onset detection and intervention research in schizophrenia psychoses: current estimates of benefit and risk. *Schizophr. Bull.* 2001;27:563–570
190. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al: Randomised controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with sub threshold symptoms *Archives of General Psychiatry* 2002; 59:921-928
191. McGorry PD, Yung A, Phillips L. Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res* 2001;51:17-29.
192. McGorry P.D., Killackey E., Yung A.R. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. // *Med J Aust.*-2007.-Vol.187.-P.8-10

193. McGorry P., Nordentoft M., Simonsen E. Introduction to "Early psychosis: a bridge to the future" *Br J Psychiatry Suppl* 2005;48: 1-3.
194. McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2000;45:175–184
195. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller T, Woods SW, et al. Randomized, Double-Blind Trial of Olanzapine Versus Placebo in Patients Prodromally Symptomatic for Psychosis. *Am J Psychiatry* 2006; 163; 790-799
196. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 2007;164:1791–1802
197. Meltzer HY, Thompson PA, Lee MA, Ranjan R. Neuropsychologic deficits in schizophrenia: relation to social function and effect of antipsychotic drug treatment. *Neuropsychopharmacology.* 1996;14:S27–S33
198. Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology.* 2009;23:315–336
199. Meyer EC, Carrión RE, Cornblatt BA, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, McGlashan TH, Perkins DO, Tsuang MT, Walker EF, Woods SW, Heinssen R, Seidman LJ group N. The relationship of neurocognition and negative symptoms to social and role functioning over time in individuals at clinical high risk in the first phase of the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin.* 2014;40:1452–1461.
200. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW, et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q.* 1999;70:273-287
201. Miller TJ, McGlashan TH, Lifshey Rosen J, et al. . Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity, *Am J Psychiatry* , 2002, vol. 159 (pg. 863-865)
202. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead DO, Ventura J, McFarlane CA. Prodromal assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr. Bull.* 2003;29:703–715.
203. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW et al (1999) Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q* 70(4): 273–287.

204. Moncrieff J. Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006;114:3–13
205. Monroe S., Simons A. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders // *Psychological Bulletin.*, 1991; 110(3):406-425
206. Morrison AP, French P, Parker S, Roberts M, Stevens H, Bentall RP, et al. Three Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for the Prevention of Psychosis in People at Ultrahigh Risk. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33(3); 682-687
207. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R.// Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2000, Volume 101, Issue 4 P.323-329
208. Myin Germeys I., van Os J. Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis // *ClinPsycholRev.* 2007;27:409-424
209. Nellisery M., Feinn R., Covault J. et al. Alleles of a functional serotonin transporter promoter polymorphism are associated with major depression in alcoholics // *Alcohol Clin Exp Res.* 2003. - Vol. 27 (9). - P. 1402-1408.
210. Nelson B, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: twelve-month outcome. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:349–356.
211. Neves-Pereira M., Cheung J., Pasdar A. et al. BDNF gene is a risk factor for schizophrenia in a Scottish population // *Mol Psychiatry.* 2005. - Vol. 10 (2). -P. 208-212.
212. Neves-Pereira M., Mundo E., Muglia P. et al. The brain-derived neurotrophic factor gene confers susceptibility to bipolar disorder: evidence from a family-based association study // *Am J Hum Genet.* 2002. - Vol. 71 (3).-P. 651-655.
213. Nobile M., Cataldo M., Giorda R. et al. A case-control and family-based association study of the 5-HTTLPR in pediatric-onset depressive disorders // *Biol Psychiatry.* 2004. - Vol. 56 (4). - P. 292-295.
214. Nothen M.M., Cichon S., Hemmer S., Hebebrand J., Remschmidt H., Lehmkuhl G., Poustka F., Schmidt M., Catalano M., Fimmers R., Komer Ju., Rletschel M.,

- Propping P. Human dopamine D4 receptor gene: frequent occurrence of a null allele and observation of homozygosity/ Human Molecular Genetics. 1994. T. 3. № 12. C. 2207.
215. Niessen M.A., Dingemans P.M., R. van de Fliert, Becker H.E., Nieman D.H., Linszen D. Diagnostic validity of the Eppendorf Schizophrenia Inventory (ESI): a self-report screen for ultrahigh risk and acute psychosis Psychol Assess, 22 (2010), pp. 935-944
 216. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. Schizophr. Res. 2004;72:29–39
 217. O`Hare T., Shen C., Sherrer M Differences in trauma and posttraumatic stress symptoms in clients with schizophrenia spectrum and major mood disorders // Psychiatry Res. 205(1-2), 85-89, 2013
 218. Parker G., Roy K. Adolescent depression: a review //Austr.N.Z. J. Psychiatry.-2001.-Vol. 35,№ 5. -P. 572-580.
 219. Parnas J, Handest P, Jansson L, Sæbye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. Psychopathology. 2005;38:259–267
 220. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am. J. Psychiatry. 2005;162:1785–1804
 221. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. Schizophr. Bull. 2001;27:73–92
 222. Pluzhnikov I.V., Kaleda V.G. Neuropsychological findings in personality disorders: A.R. Luria approach. sychology in Russia: State of the Art. 2015. T. 8. № 2. C. 113-125.
 223. Rao U., Chen L.A. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders //Dialogues ClinNeurosci.-2009.-Vol. 11.-P.45-62.
 224. Remichmidt H. Подростковый и юношеский возраст // В кн.: Проблемы становления личности/ Пер с нем. –М.: Мир, 1994 – 320с.
 225. Richmond, T. K., & Rosen, D. S. (2005). The treatment of adolescent depression in the era of the black box warning. Current Opinion in Pediatrics, 17, 466-472.

226. Rohde P. Adolescent Depression: Treatment. In: The international encyclopedia of depression. Rick E. Ingram Springer Publishing Company New York. 2009: 4-13
227. Robert K. Heinssen, and Thomas R. Insel Schizophrenia Bulletin Advance Access published November 11, 2014doi:10.1093/schbul/sbu161
228. Ruhrmann S, Bechdolf A, Kühn KU, Wagner M, SchultzeLutter F, Janssen B, Maurer K,Häfner H, Gaebel W, Möller HJ, Maier W, Klosterkötter J: LIPS study group, “Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis”, British Journal of Psychiatry 2007; 191(suppl. 51):s88-s95
229. Rurhmann S., Schultze-Lutter F., Salokangas R., Heinimaa M., Linszen D., Dingemans P., Birchwood M., Patterson P., Juckel G., Heinz A., Morrison A., Lewis S., von Reventlow H., Klosterkotter J. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European Prediction of Psychosis Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):241-251 doi:[10.1001/archgenpsychiatry.2009.206](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.206)
230. Saraceno B. New knowledge and new hope to people with emerging mental disorders // Early Int in Psychiatry .-2007.-Vol.1-P.3-4.
231. Sawaguchi T, Goldman-Rakic PS. D1 dopamine receptors in prefrontal cortex: involvement in working memory. *Science* (1991) 251(4996):947–50. doi:10.1126/science.1825731
232. Schimmelmann B., Michel C., Schaffner N., Schultze-Lutter F. What percentage of people in the general population satisfies the current clinical at-risk criteria of psychosis? *Schizophr Res*. 2011;125(1): 99-100 doi:10.1016/j.schres.2010.09.018
233. Schimmelmann B., Walgner P., Schultze-Lutter F. The significance of at-risk symptoms of psychosis in children and adolescents. *Can J Psychiatry*. 2013;58(1): 32-40
234. A.Schmidt, S.Borgwardt, *Frontiers in Psychiatry*, Apr. 2015 Working memory capacity and psychotic-like experiences in a general population sample of adolescents and young adultsTim B. Ziermans pp. 7-16
235. Schultze-Lutter F, Klosterkotter J. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms – prediction list, BSABS-P. Cologne, Germany: University of Cologne; 2002

236. Schultze-Lutter F., Wieneke A., Picker H., Rolff Y., Steinmeyer E. M., Ruhrmann S., et al. (2004). The schizophrenia prediction instrument, adult version (SPI-A). *Schizophr. Res.* 70(Suppl.), 76–77
237. Schultze-Lutter F., McDonald C., Schulze K., Murray R., Wright P. // Prediction of psychosis is necessary and possible. // *Schizophrenia: Challenging the Orthodox*. Taylor & Francis, London, New York, 2004, 81-90.
238. Schultze-Lutter F., Prediction and Early Detection of First-Episode Psychosis *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*, 2007;II: 207-267
239. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version (SPI-A). Rom: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.; 2007
240. Schultze-Lutter Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept *Frauke Schizophrenia Bulletin* vol. 35 no. 1 pp. 5–8, 2009 doi:10.1093/schbul/sbn139
241. Schultze-Lutter F, Stephan Ruhrmann Julia Berning Wolfgang Maier Joachim Klosterkötter Basic Symptoms and Ultrahigh Risk Criteria: Symptom Development in the Initial Prodromal State *Schizophr Bull* (2010) 36 (1): 182-191. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn072>
242. Siris S., Addington D., Azorin J., Falloon I., Hirsch S. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA // *Schizophrenia Research*. 2001; 47(2-3):185-197
243. Simon AE, Velthorst E, Nieman DH, et al. Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: A systematic review. *Schizophr Res.* 2011;132:8–17.
244. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. //Translated by Hamilton MW. London. Grüne & Stratton. - 1959. - 487 p.
245. Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:f185
246. Staring A.B., Van der Gaag M., Van den Berge M., Duivenvoorden H.J., Mulder C.L. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. // *Shizofr.Res.* 2009; 115(2-3):363-369. doi:10.1016/j.schres.2009.06.015
247. Takahashi T., Wood S. J., Yung A. R., Phillips L. J., Soulsby B., McGorry P. D., et al. (2009b). Insular cortex gray matter changes in individuals at ultra-high-risk

- of developing psychosis. *Schizophr. Res.* 111, 94–102. [10.1016/j.schres.2009.03.024](https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.024)
248. Tandon R, DeQuardo J, Taylor S, et al. Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: Biological markers and relationship to outcome. *Schizophr. Res.* 2000;45:191–201
 249. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res.* 2013;149:56–62
 250. Van der Heiden W, Hafner H. The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2000;250:292–303
 251. Van Os J., Jones P., Sham P. et al. Risk factors for onset and persistence of psychosis.// *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*-1998-Vol.33. P.596-605.
 252. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A (2000) // Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? // *Schizophr Res* 45:11–20
 253. Varghese D., Scott J., Welham J., Bor W., Najman J., O'Callaghan M., Williams G., McGrath J. Psychotic-like experience in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults // *Schizophr Bull.* 2011 Mar;37(2):389-93. doi: 10.1093/schbul/sbp083
 254. Velthorst E., Neiman D., Becker H., van der Fliet R., Dingemans P., Klaassen R., de Haan L., van Amelsvoort T., Linszen D. Baseline differences in clinical symptomatology between ultra high risk subjects with and without a transition to psychosis // *Schizophr Res.* 2009. 109(1-3):60-5 doi: 10.1016/j.schres.2009.02.002
 255. Vitiello B., Correll C., van Zwieten-Boot B., et al. Antipsychotics in children and adolescents: increasing use, evidence for efficacy and safety concerns I I *Eur Neuropsychopharmacol* 2009. - Vol .19. - P.629-635.
 256. Walker E. Developmentally moderated expressions of the neuropathology of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1994;20:453–480
 257. Walker EF, Cornblatt BA, Addington J, et al. The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and symptom progression: a naturalistic study of the North American Prodrome Longitudinal sample. *Schizophr. Res.* 2009;115:50–57

258. Wigman J., van Nierop M., Vollebergh W., Lieb R., Beesdo-Baum K., Wittchen H., van Os J. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity--implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull.* 2012;38(2): 247-57. doi: 10.1093/schbul/sbr196. Epub 2012 Jan 18.
259. Woodberry K.A., Shapiro D.I., Bryant C., Seidman L.J. Progress and Future Direction in Research on the Psychosis Prodrome: A Review for Clinicians. *Harvard Review of Psychiatry* 2016;24(2).
260. Woods SW, Addington J, Cadenhead S, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, et al. Validity of the Prodromal Risk Syndrome for First Psychosis: Findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35(5); 894-908.
261. Woods SW, Tully EM, Walsh BC, Hawkins KA, Callahan JL, Cohen SJ, et al. Aripiprazole in the Treatment of the Psychosis Prodrome. An Open-Label Pilot Study. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 191(s51); 96-101
262. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, Ward JL, Thompson K. The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS). Melbourne, Australia: University of Melbourne; 2000
263. Yung AR, McGorry PD The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996;22(2): 353–370
264. Yung A., Phillips L., Yuen H., McGorry P. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res* 2004. 1;67(2-3):131-42. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00192-0
265. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005;39(11-12): 964-71.
266. Yung A.R., Nelson B., Baker K., Buckby J.A., Baksheev G., Cosgrave E.M. / Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia *Aust. NZ J. Psychiatry*, 43 (2009), pp. 118-128
267. Young J.F., Gallop R., Mufson L. Mother-child conflict and its moderating effects on depression outcomes in a preventive intervention for adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 2009.-Vol.38.- P. 696-704.

268. Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, Francey SM, PanYuen H, Simmons MB, Ross ML, Kelly D, Baker K, Amminger GP, Berger G, Thompson AD, Thampi A, McGorry PD: Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:430-40
269. Young E.A., Breslau N. Saliva cortisol in posttraumatic stress disorder a communiti epidemiologic studi // *Biol. Psichiatry*.2004;56(3):205-209. doi:10.016/j.biopsych.2004.05.011
270. Ziermans T., Schothorst P., Sprong M., van Engeland H. Transition and remission in adolescents at ultra-high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2011;126(1-3): 58-64 doi:10.1016/j.schres.2010.10.022
271. Ziermans T. B., Schothorst P. F., Schnack H. G., Koolschijn P. C., Kahn R. S., van Engeland H., et al. (2012). Progressive structural brain changes during development of psychosis. *Schizophr. Bull.* 38, 519–53010.1093/schbul/sbq113
272. Zuckerbrot R. A., Maxon L., BSN, Pagar D., Davies M. Adolescent Depression Screening in Primary Care: Feasibility and Acceptability.-*Pediatrics*, 2007, vol. 119,N1.-P. 101-108.
273. Zuckerbrot R.A., Cheung A.H., Jensen P.S. et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management // *Pediatrics*. 2007. - Vol. 120. - P. 1299-1307

Приложение 1

Наблюдение № 1

I тип 1 подтип (с аттенуированной психотической симптоматикой с преобладанием элементов острого чувственного бреда).

Больной Б-ов Н.П. 1992 г.р.

Анамнез (собирается по сведениям, полученным от больного, родственников, по данным медицинской документации).

Наследственность отягощена эндогенным заболеванием по линии матери (диагноз неизвестен).

Линия отца.

Дед. Сведений мало. Умер в возрасте 50 лет. Работал инженером. Злоупотреблял алкоголем. По характеру был замкнутым, малообщительным.

Бабушка 77л. Работала банковским служащим, в настоящее время на пенсии. По характеру активная, общительная, добрая, отзывчивая, гостеприимная. Много времени проводила за воспитанием внуков.

Отец 50л. Работал инженером-наладчиком оборудования. По характеру самостоятельный, ответственный, временами вспыльчивый, несколько замкнутый, «трудоголик». Увлекается просмотром фильмов, охотно занимается ремонтом по хозяйству. Страдает артрозом нижних конечностей.

Дядя 57 лет. Работал инженером, перенес инфаркт миокарда, в настоящее время на пенсии. По характеру добрый, отзывчивый, открытый, гостеприимный.

Линия матери.

Дед 77л. Работал прорабом электромонтажником, в настоящее время на пенсии. Неоднократно лечился в ПБ, диагностирована шизофрения, подробности неизвестны. Злоупотреблял алкоголем. По характеру строгий, холоден с близкими, малообщительный, самодостаточный. В последнее время увлекается чтением. Перенес инфаркт миокарда.

Бабка – умерла в возрасте 55 л от онкологического заболевания крови. Работала делопроизводителем при военном штабе. По характеру строгая, малообщительная, легкоранимая, мало внимания уделяла воспитанию детей.

Мать – 52 года. Закончила художественное училище, работала преподавателем младших классов. После родов (пробанда и брата) перенесла депрессивное состояние, когда «не справлялась» со своими обязанностями, высказывала идеи самообвинения, самоуничужения. Состояние обошлось самостоятельно. В последующем отмечались повторные депрессивные состояния, во время которых обращалась к психотерапевту, лечения не принимала. В настоящее время не работает, увлекается живописью, домохозяйка. По характеру открытая, общительная, эмоциональная, ранимая.

Дядя - 57 лет. Работал инженером. По характеру замкнутый, самодостаточный, строгий, злоупотребляет алкоголем. Увлекается дачным хозяйством. Отмечались выраженные вспышки агрессии без существенного повода.

Двоюродный брат - 26 лет. Сведений мало, известно, что был комиссован из армии по поводу агрессивного поведения.

Брат - 27л. Страдает психическим заболеванием, диагноз неизвестен. Работает инженером-наладчиком оборудования. По характеру вспыльчивый, бывает агрессивен, в то же время активный, общительный, заботливый, много времени уделяет младшим братьям. В возрасте 14л присутствовал при совершенном приятелем убийстве – по решению суда в течение 4-х лет находился на принудительном лечении в ПБ. Увлекается мотоциклами.

Брат близнец - 23г. Учится на лечебном факультете ПМГМУ. Увлекается баскетболом, компьютерными играми. Во время службы в армии был обследован в ПБ и комиссован с диагнозом «острое расстройство адаптации». Всегда трудно привыкал к новым условиям во время дальних поездок, часто плакал. По характеру общительный в кругу семьи, близких друзей, но с трудом заводит новые знакомства, испытывает трудности в общении с малознакомыми людьми. Отмечает трудности концентрации внимания.

Родился от второй, нормально протекавшей беременности, вторым из двойни. Закричал сразу, к груди был приложен на вторые сутки. В возрасте до 2-х мес. перенес 3 остановки сердца, был экстренно прооперирован по поводу «незаращения овального окна». В младенчестве рос спокойным, хорошо спал, хорошо сосал, своевременно прибавлял в весе. Раннее психомоторное развитие по возрасту, ходить начал в 11 мес, к году произносил отдельные слова, фразовая речь с 1,5 лет. Рос активным, общительным, непоседливым. С 3-х лет посещал ДДУ, постоянно находился вместе с братом, однако охотно проводил время и с другими детьми. Нравилось привлекать к себе внимание, с удовольствием выступал на детских утренниках. Обладал богатым воображением, любил фантазировать. Рано научился читать. В дошкольном возрасте пытался писать стихи, сочинял фантастические рассказы, которые вслух зачитывал окружающим. Нравилось представлять себя героем просмотренного фильма, наделял себя его качествами. Одновременно был ранимым, впечатлительным, с детства и до 14 лет отмечался страх темноты, просил не выключать ночник в комнате. В школу пошел с 7 лет. Адаптировался легко, практически сразу познакомился со всеми одноклассниками, появились друзья. На уроках первое время оставался неусидчивым, затем, увлекшись преподаваемым материалом, с удовольствием слушал объяснения учителей. Учеба давалась легко, получал оценки «хорошо» и «отлично», обладал хорошей памятью, сразу усваивал преподаваемый материал. В средних классах предпочитал точные науки, особенно нравилась математика. Не любил уроки английского языка из-за необходимости уделять длительное время подготовке домашних заданий. Тяготился бездеятельностью, сдерживался постоянно чем-то занимать себя. Посещал различные спортивные секции, занимался стрельбой, теннисом, плаванием. По характеру оставался общительным, открытым, доброжелательным. Делился с родными всеми своими переживаниями, просил совета. В подростковом возрасте (с 13-14 лет) впервые стали возникать колебания настроения с периодами подавленности, апатии, утраты интереса, когда снижалась потребность в общении, залеживался дома, несколько

ухудшалась успеваемость. Данная симптоматика возникала преимущественно в осенне-зимнее время. Такие эпизоды сменялись периодами повышения активности с увлеченностью, ощущением бодрости, снижением потребности во сне, чаще в весенне-летний сезон. С 15 лет начал проявлять интерес к противоположному полу, встречался с одноклассницей, ухаживал за ней. В последних классах школы решил поступать в Педагогический университет, занимался с репетиторами. Летом 2010 года (17 лет) поступил на бюджетное отделение. В сентябре приступил к учебе. С этого времени отчетливо повысился фон настроения, чувствовал себя активным, бодрым, с удовольствием посещал занятия в ВУЗе. В первый же день занятий познакомился с девушкой, стал проводить с ней много времени. К концу осени настроение выровнялось, продолжал посещать занятия, в свободное время встречался с девушкой. С начала 2011 года (18 лет) вновь стали возникать кратковременные, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней эпизоды сниженного настроения, во время которых винил себя в каких-либо бытовых неудачах. Нарушился сон с трудностями засыпания, стал постепенно набирать вес (15 кг за полгода). Накануне экзаменационной сессии в конце 1-ого курса (весна 2011г) в течение 1 недели имел место отчетливый подъем настроения, когда ощущал прилив сил, энергии, сократилась потребность в сне, казалось, что «все по плечу», легко сдал сессию на хорошие отметки, практически не готовясь к ней.

Во время летних каникул в августе 2011 года вместе с девушкой поехал в Крым в палаточный лагерь, обеспечивающий проживание и питание за участие в раскопках. Фон настроения вновь снизился. Стал тревожным, беспокойным. Опасался, что палатка слишком сильно шатается от ветра и может на него упасть. Дополнительно прикреплял палатку не предусмотренными в ее конструкции кольшками, специально искал и клал на вбитые колья большие камни. Возобновился имевшийся в детстве страх темноты, который в просоночном состоянии стал сопровождаться ощущением постороннего присутствия, казалось, будто кто-то наблюдает за ним из темноты. В эти моменты образно представлял,

что за ним наблюдает «фигура из темноты с красными глазами», хотя никогда ее не видел. В лагере общался только с девушкой, практически не участвовал в общих сборах, объяснял игнорирование компании неприятием спиртного и курения. После возвращения из лагеря фон настроения оставался преимущественно сниженным. Сохранялись нарушения сна, ощущение постороннего присутствия в темноте – засыпал с включенным светом. Приступив к учебе на втором курсе, отметил постепенное ухудшение концентрации внимания, сосредоточения, с трудом успевал за объяснениями преподавателей. Появилась и стала нарастать несвойственная ему ранее тревожность, нерешительность в принятии решения, склонность к сомнениям, опасениям. Считал, что не сможет справиться с учебой, что будет отчислен. Будущее представлял в мрачном свете. Ощущал замедление течения мыслей, их вязкость, тугоподвижность. С трудом мог найти нужное слово в беседе, внешне производил впечатление несколько растерянного. Перестал делиться своими переживаниями с родными, отдалился от друзей, расстался с девушкой. В институте испытывал трудности во время устных ответов, получал за них более низкие отметки, чем за выполненные письменные задания. В целом успеваемость значительно снизилась. В свободное время находился дома, ни к чему не испытывал интерес, бездумно слушал музыку через плеер, занимал себя компьютерными играми, не проявляя увлеченности. Состояние постепенно ухудшалось, начал пропускать лекции. 17 октября 2011 года, возвращаясь с занятий, внезапно стал тревожным, напряженным. Возникло ощущение, что за ним ведется слежка, при этом понимал нереальность переживаний, испугался своего состояния, испытывал острое недоумение, не мог понять, что с ним происходит. Казалось, что за каждым деревом, мимо которого он проходил, притаился незнакомец, который может внезапно напасть на него. Пытался избавиться от этого страха, «взять себя в руки», убедить себя в абсурдности такой идеи. Внезапно услышал оклик за спиной, однако, оглянувшись, понял, что ослышался. Подойдя к дому, возникло ощущение, что на крыше находится снайпер, который получил задание его убить. Не смог совладать со страхом, в

ужасе побежал обратно в институт. Данное состояние продолжалось в течение двух часов. В дальнейшем пытался успокоиться, рационально проанализировать ситуацию. Понимал, что его «игра воображения», однако не мог объяснить свою реакцию на это. Опасался, что не сможет себя контролировать, попросил знакомого проводить его до дома. Подойдя к дому, успокоился. Вечером того же дня рассказал о случившемся родителям. Решил, что с его психическим состоянием что-то происходит. Боялся, что это может повториться, что может «сойти с ума». Самостоятельно настоял на консультации у психиатра, по его направлению был проконсультирован и госпитализирован в клинику НЦПЗ.

Психическое состояние при поступлении.

Ориентирован всесторонне правильно. Выглядит соответственно возрасту, одет непритязательно. Сидит в напряженном положении, ссутулившись, сложа руки на коленях. Внешне подавлен, мимика обеднена. Взгляд печальный, избегает визуального контакта. Голос тихий, монотонный, эмоционально маломодулирован. Отвечает в плане заданного, по существу. Темп речи несколько замедлен. Спонтанная речь обеднена, преимущественно односложно отвечает на вопросы. Признает, что перенес «необычное» состояние, считает, что это связано с психическими проблемами, опасается, что может заболеть серьезным психическим заболеванием, ищет помощи. Подробно рассказывает о случившемся. Обеспокоен тем, что трудно подбирать слова во время беседы. Жалуется на отчетливое снижение настроения с преобладанием неуверенности в себе, утомляемости даже при минимально психической нагрузке, винит себя в несостоятельности, снижении продуктивности. В утренние часы отмечается ухудшение фона настроения, ощущает отчетливую тревожность, нежелание начинать новый день, опасается бытовых неудач. Сон нарушен с трудностями засыпания. Аппетит не изменен. Суицидальные мысли отрицает. Настроен на лечение и обследование в клинике НЦПЗ.

Состояние в динамике.

В отделении первое время оставался подавленным, держался одиноко, избегал общения с соседями по палате. Ничем не был занят, залеживался в постели. В беседе с врачом жаловался на периодически возникающую тревогу, беспокойство о будущем. Опасался, что не сможет продолжить обучение в ВУЗе, что не справиться с учебной программой. Будущее представлялось в мрачном свете. Не мог решить, продолжить ли обучение или готовиться к оформлению академического отпуска. Был фиксирован на своих сомнениях. Жаловался, что они «выматывают» его. В дальнейшем на фоне терапии возникла кратковременная инверсия полюса аффекта. Настроение стало приподнятым, ощущал эйфорию, отмечал, что все ранее беспокоящие мысли о неопределенности будущего внезапно его «отпустили», чувствовал приятную легкость, «освобождение». Стал активным общительным, охотно общался с соседями по палате, стремился быть в центре внимания. В дальнейшем настроение вновь снизилось. Приступив к самостоятельным занятиям по учебной программе, вновь отметил ухудшение концентрации внимания, не мог сосредоточиться. Возникли опасения повторения состояния. В дальнейшем фон настроения постепенно выравнился, начал пользоваться прогулками, лечебными отпусками, во время которых восстановилась прежняя активность, общался с друзьями, возобновил отношения с девушкой. К моменту выписки планировал продолжить обучение в ВУЗе. Был выписан на поддерживающей терапии: Trifluoperazini 5 мг/сут, Fluvoxamini 100 мг/сут, Oxcarbazepini 600 мг/сут.

Катамнез.

После выписки в конце ноября 2011 года возобновил учебу. Первое время усвоение материала давалось с трудом, не мог сразу понять объяснения преподавателей, тяготился этим. Был фиксирован на том, что «голова плохо работает», вновь возникли опасения, что не справиться с обучением, что ему придется отчислиться из института. Жаловался матери, что сильно устает. Тем не менее, сдал зимнюю сессию без задолженностей, однако решил перевестись на заочную форму обучения в другой ВУЗ (МГУПИ). С марта 2012 года начал

встречаться со своей девушкой, летом поехал с ней в поход, во время которого девушка вела себя крайне агрессивно, могла ударить, поцарапать при несогласии с ней. Решил с ней расстаться, однако через 2 мес «не выдержал женских слез» и возобновил отношения, проживал вместе с девушкой на отдельной квартире. Устроился на работу системным администратором. Последующие два года одновременно и работал, и учился, с нагрузкой справлялся. Несмотря на частые конфликты с девушкой, настроение было ровным, пытался решить размолвки, дорожил отношениями. Состояние оставалось стабильным, постепенно самостоятельно отменил прием поддерживающей терапии. На этом фоне на непродолжительное время вновь снизилось настроение, ухудшились отношения с девушкой, начал тяготиться ими, по своей инициативе расстался с ней, переехал жить к родителям. Осенью 2013 года настроение выровнялось, сменил место работы с перспективой карьерного роста. В последующем в течение 2 лет отмечались слабо выраженные колебания настроения, связанные с бытовыми неурядицами, повышенный уровень тревожности. Поддерживающую терапию не принимал, к врачам не обращался. С 2016 года состояние ровное, окончил институт, работает по специальности. В настоящее время проживает с родителями, имеет стабильные отношения с девушкой, намеревается вновь жить с ней отдельно от родителей. Финансово помогает родителям, самостоятельно себя обеспечивает. Имеет нескольких близких друзей по институту, с коллегами на работе поддерживает ровные, но формальные отношения.

Психическое состояние на момент осмотра 30.11.2016.

Выглядит соответственно возрасту, ориентирован всесторонне правильно. Одет по молодежной моде. В беседу вступает охотно, доброжелателен. Голос средней громкости, модулированный, темп речи несколько ускорен. Мимика живая, активно жестикулирует. Отмечается некоторая легковесность, инфантильность суждений. Мышление последовательное, целенаправленное. Жалоб на состояние не предъявляет. Фон настроения характеризует как ровный, без существенных колебаний в течение дня. Сообщает о некоторой тревожности накануне важных

для него событий, принимает в этих случаях небольшие дозы транквилизаторов, т.к. знает, что в такие дни не сможет уснуть, прокручивая в голове все предстоящие события. Сообщает, что за последние годы по характеру не изменился, остаётся активным, общительным, деятельным. Имеет нескольких близких друзей и довольно много приятелей, с которыми с удовольствием проводит время. Любит путешествовать, нравится посещать новые места. Имеет постоянные отношения с девушкой.

Анализ наблюдения.

Настоящее состояние определяется как ремиссия высокого качества, которая соответствуют критериям выздоровления (восстановления) со стойкой эутимией, отсутствием отчетливых психопатологических симптомокомплексов, некоторым снижением порога толерантности к стрессу, что не является клинически значимым, а также сохранением прежнего уровня социально-трудового функционирования и структуры личности.

Начало заболевания относится к подростковому возрасту, когда впервые стали отмечаться стертые биполярные аффективные фазы, имеющие характерную сезонность (субдепрессии в осенне-зимний и гипомании в весенне-летний периоды). Впервые отчетливое изменение фона настроения отмечал в сентябре 2010г в виде приподнятого фона настроения с повышенной активностью, общительностью, продуктивностью, которое редуцировалось самостоятельно в течение 2-х месяцев. Отчетливое депрессивное состояние впервые возникло в возрасте 18 лет (в начале 2011г) в виде подавленного фона настроения, нарушения сна в виде трудностей засыпания, аппетита в виде повышения питания (набрал 15 кг), идеями самообвинения. Данное состояние сохранялось в течение 5 месяцев и, аутохтонно сменилось гипоманиакальным состоянием весной 2011г с повышением настроения, активности, продуктивности. Состояние сохранялось на протяжении 1 недели с последующим периодом эутимии порядка 2-х мес. В августе 2011г возникло повторное депрессивное состояние с преобладанием расстройств психастеноподобного круга с повышенной

психической истощаемостью, ранимостью, обидчивостью, тревожными опасениями, отдельными обманами восприятия в просоночном состоянии. С возобновлением учебы на первый план стали выходить когнитивные расстройства, преобладали явления юношеской астенической несостоятельности с апатией, утратой жизненных интересов. Так же отмечались идеи самообвинения, отчетливый суточный ритм, сохранялась тревога.

17 октября, на высоте депрессивных расстройств, остро возникла аттенуированная психотическая симптоматика, по типу острого чувственного бреда с бредовыми идеями преследования, угрозы жизни, элементами инсценировки, растерянности и отличалась высокой аффективной насыщенностью в виде аффекта недоумения, страха, психомоторного возбуждения, однако с сохранением полной критики к состоянию. Возникшая аттенуированная психотическая симптоматика носила крайне непродолжительный характер (около 2-х часов), возникла однократно и не имела тенденции к возобновлению.

Последующее течение заболевания характеризовалось развитием повторных аффективных фаз с постепенным затуханием интенсивности аффективных расстройств и упрощением психопатологической структуры, с увеличением продолжительности периодов эутимии, сохранением высокого уровня социально-трудовой адаптации, а также сохранением структуры преморбидной личности. В настоящее время прогноз расценивается как благоприятный.

Личность из круга гипертимных с высоким энергетическим потенциалом.

По линии матери имеется массивная наследственная отягощенность эндогенными заболеваниями как психотического, так и аффективного спектра, а так же личностная патология шизоидного круга.

Диагноз: Циклотимия юношеского возраста. Состояние полной ремиссии.

Наблюдение № 2

I тип 2 подтип (с аттенуированной психотической симптоматикой с элементами интерпретативного бреда).

Больной З-ов Р.В. 1993 г.р.

Анамнез (собирается по сведениям, полученным от больного, родственников, по данным медицинской документации).

Наследственность психопатологически отягощена по линии отца.

Линия отца.

О деде сведений нет.

Бабка - умерла в 72 года от рака матки. Образование среднее, Почти никогда не работала, непродолжительное время работала бухгалтером. После 25 лет отмечала панические атаки, по поводу которых систематически вызывала скорую помощь. На протяжении жизни считала себя тяжело больной, постоянно обследовалась, лежала в больницах, ездила на санаторное лечение. По характеру была демонстративной, общительной, тревожной, легкоранимой, впечатлительной.

Отец - 63 года. Образование высшее филологическое, работал преподавателем в ВУЗе. По характеру вспыльчивый, деспотичный в кругу семьи, ребёнка воспитывал ремнём, телесными наказаниями. В компании же знакомых общительный. После 30 лет, узнав во время диспансеризации о наличии скрытой аритмии, стал следить за собственным здоровьем, заниматься спортом. Вплоть до настоящего времени изнурял себя ежедневными пробежками, регулярно посещал бассейн, питается отдельно от домочадцев в соответствии с диетой по специально разработанному рациону, принимает витамины. После 40 лет полностью исключил алкоголь, также бросил курить. Ежедневно измеряет АД, фиксирует пульс, ведёт специальный дневник.

Линия матери.

Дед - умер в 59 лет от рака лёгких. Образование среднее, работал в шахте слесарем. По характеру был активным, добрым, общительным, деятельным, любил пошутить, устраивал застолья, но алкоголем не злоупотреблял.

Бабка - Умерла в 83 года. Получила среднее образование, работала бухгалтером, затем, после прохождения курсов, сан. дезинфектором. По характеру была добродушной, общительной, дружелюбной. На протяжении жизни соблюдала диету, старалась следить за собственной внешностью.

Мать - 58 лет. Образование высшее, филологическое. До настоящего времени работает учителем английского языка в школе. По характеру общительная, активная, открытая, в компаниях была лидером, всегда проявляла организаторские способности.

Сестра, 35 лет. Образование высшее, менеджер. Работает по специальности. По характеру общительная, активная, жизнерадостная, добродушная. Замужем, от брака 1 здоровый ребёнок.

Родился от второй нормально протекавшей беременности, роды в срок. Вес 3300, рост 52 см. Был беспокойным младенцем, часто кричал. На грудном вскармливании до 3-х месяцев. Ходить стал в 1 год, говорить после 3-х лет фразовой речью. В возрасте 1 года семья переехала из Украины в Новый Уренгой. В ДДУ был отдан в 2 года. Адаптировался с трудом, играл в одиночестве. Говорил, что над ним подсмеиваются, поэтому сторонился сверстников, тяготился этим. В то же время с детства обладал повышенной самооценкой, держался с ровесниками несколько высокомерно, без учёта ситуации. Рос капризным, любил подвижные игры, со сверстниками был задиристым. Болезненно реагировал, если видел у других детей игрушки лучше, плакал, требовал, чтобы родители купили новые. До 10 лет страдал энурезом, по поводу которого периодически принимал пантогам, кавинтон, проходил курсы электросна с незначительным эффектом. В детстве боялся находиться в квартире один, после рассказов отца опасался, что в дом могут ворваться посторонние, из-за чего вплоть до настоящего времени тщательно проверял, закрыта ли входная дверь. Испытывал страх темноты, казалось, что на него кто-то смотрит, в тених видел устрашающие образы. Будучи впечатлительным, страшился любого шороха, поэтому, оставшись один, на полную громкость включал детские сказки. Избегал просмотра фильмов ужасов, поскольку потом подолгу находился под

впечатлением от них, например, красочно представлял змей или других пресмыкающихся в своём жилище, из-за чего не мог уснуть. Был обидчивым, чувствительным к мнению окружающих. В отличие от сверстников, болезненно реагировал на любые замечания, с трудом успокаивался, чувствуя себя прилюдно опозоренным. Несмотря на такую восприимчивость не боялся публичных выступлений. В школу пошел в 7 лет, писать научился там же. К регулярным занятиям адаптировался легко, ходил с удовольствием, но со сверстниками держался обособленно, близких друзей не завел. Учился на хорошие оценки до 10-ти лет. В младших классах занимался под контролем матери, которая до средней школы помогала писать сочинения и выполнять домашние задания, сам был неспособен к систематическому труду, ленился. Отличался мечтательностью, склонностью к фантазированию, на занятиях сидел с отрешенным видом. С 9 лет посещал секцию по баскетболу. Нравилась командная игра, стремился к лидерству. После переезда в г. Королев (Московская область) в 14 лет сменил школу. Болезненно воспринял необходимость отъезда, плакал, боялся неизвестности. В новом коллективе адаптировался с трудом, не смог влиться в коллектив, считал себя «белой вороной», поскольку заметил более высокий интеллектуальный уровень у новых одноклассников. Был недоволен отсутствием внимания к нему, невозможностью самоутвердиться в уже сформировавшемся коллективе. В это время впервые снизилось настроение, ощущал себя «изгоем», полагал, что одной из причин этому его «украинский акцент». Предпринимал усилия по коррекции произношения, копировал манеру поведения сверстников, однако делал это неумело, чем вызывал еще большие насмешки. Снизилась успеваемость, большую часть времени стал проводить дома за компьютером. С нового учебного года категорически отказался от обучения в прежней школе, перевелся в другую школу в 9 класс (15 лет, 2006 г.) С целью заранее подготовиться к новому коллективу, предусмотрительно начал активно читать художественную литературу, чтобы развить ораторские способности и этим заслужить уважение, а также психологическую литературу, в надежде понять взаимоотношения между людьми. Приступив к обучению, с

самого начала старался зарекомендовать себя с лучшей стороны. Адаптировался успешно, появились новые приятели, улучшилась успеваемость. Стал сам проситься к доске, хотелось проявить свои знания, за что слыл среди одноклассников «выскочкой». Свободное время проводил в компании сверстников, периодически выпивал, начал курить. В 16 лет после обнаружения у него виража туберкулиновых проб из опасений за своё здоровье незамедлительно бросил курить, прекратил употребление слабоалкогольных напитков. Стал заниматься регулярными физическими упражнениями по вычитанной в Интернете схеме, в определенной последовательности повышал количество выполняемых упражнений. Хотел нравиться девушкам и пользоваться уважением среди юношей. Вскоре, спустя 3-4 месяца это увлечение оставил, когда не смог, согласно схеме, в очередной раз повысить интенсивность нагрузок. В 17 лет после простудного заболевания в течение 2-х недель отмечал сухой кашель. Был обеспокоен своим состоянием, обратился к врачу. Несмотря на нормальные данные спирометрии и отсутствие приступообразного кашля с трудностями выдоха, была диагностирована бронхиальная астма. Невзирая на отсутствие какой-либо патологии на ночь с профилактической целью в течение месяца делал ингаляции симбикорта, опасаясь отёка слизистой и внезапной смерти от удушья. По окончании школы в 2010 году (17 лет) переехал к сестре в Новый Уренгой где поступил в Институт нефти и газа на факультет автомобилестроения. Первое время учеба нравилась, с удовольствием посещал занятия. Однако тяготился проживанием в семье сестры, не нравилось подчиняться их укладу жизни. Окончив I курс на хорошие оценки, вернулся к родителям в г. Королев и со II курса перевелся в МАДИ. В 18 лет (2011 год) после лечения впервые возникших угревых высыпаний возникли незначительные дефекты кожи в виде рубцов. С целью избавления от них начал пользоваться различными мазями, проводил серию косметических процедур. С осени 2012 г (19 лет) отчетливо снизилось настроение с преобладанием безразличия, нежелания что-либо делать. Нарушился сон, снизился аппетит, испытывал отвращение к еде, похудел на 5 кг за 2 мес. Стал раздражительным, конфликтовал с родителями, что усилилось

после возвращения сестры. Возникли трудности концентрации внимания, ухудшилась успеваемость, появилось тревога, связанная с предстоящими экзаменами. Утомлялся после поездок в институт (по 2 часа в один конец). По мере приближения к зачетной сессии чувствовал нарастание тревоги к образовавшимся задолженностям. В итоге отчислился, почувствовал некоторое облегчение состояния с ослаблением тревоги. В январе 2013г перевелся в Институт леса, где программа обучения была легче, однако к занятиям не приступал. Появилось ощущение, что окружающие замечают дефект кожи, во время общения старался соблюдать физическую дистанцию с собеседником, поворачиваться другой стороной лица. Стал постепенно нарастать дискомфорт на улице среди незнакомых людей. Был фиксирован на отношении к себе со стороны окружающих. Считал, что они могут обсуждать его внешность и смеяться над ним. Весной 2012 года появились опасения, что сестра может подсыпать ему что-то в косметический крем, которым он пользовался с целью маскировки «дефекта» кожи. Начал наносить пометки на колпачок тюбика препарата, чтобы проверить, не открывал ли его кто в его отсутствие. При этом не было убежденности, что сестра ему что-либо добавляет в крем, был полностью удовлетворен успешностью своих проверок «совпадения нанесенных пометок», считал, что таким образом полностью «обезопасил себя» от добавления чего-либо в препарат, ни с кем не делился данными переживаниями. Усилился дискомфорт при выходе на улицу, не мог заставить себя зайти в магазин, старался не выходить из дома. В таком состоянии в мае 2012 года обратился в клинику НЦПЗ и был госпитализирован.

Психическое состояние при поступлении.

Выглядит соответственно возрасту. Одет опрятно, в спортивном стиле. Подстрижен аккуратно, гладко выбрит. Сидит в расслабленной позе, закинув ногу на ногу. Мимика эмоционально невыразительная. Беседу сопровождает жестикациями. Голос интонационно маломодулированный. Отвечает по существу, но часто стереотипными ответами, после паузы. В суждениях

поверхностный, словарный запас бедный. Свои жалобы описывает с трудом, требуется задавать множество уточняющих вопросов. Жалуется на сниженное настроение, апатию, безразличие к прежним интересам и увлечениям, неспособность получать удовольствие от чего-либо. Также отмечает тревогу, связанную с обучением. Опасается, что его отчислят из ВУЗа, в который он только что перевелся. Будущее представляет в мрачных тонах. Высказывает идеи недовольства своей внешностью, считает, что рубцы на коже привлекают внимание окружающих, вызывают у них отвращение (объективно - заметные лишь вблизи, при ярком освещении три шрама менее 0,5 см на верхней части левой щеки). Убежден, что слышал насмешливые слова в свой адрес со стороны незнакомых людей на улице, продавщицы в магазине. Признает, что испытывал недоверие к сестре, которая могла «из зависти» к нему что-то подсыпать в крем с целью усилить высыпания на коже. Состояние без отчетливого суточного ритма. Аппетит снижен, сон нарушен с трудностями засыпания. Суицидальные мысли отрицает. Настроен на лечение в стационаре.

Состояние в динамике.

В отделении первое время держался обособленно, неохотно шел на свидания с родственниками, был фиксирован на своих переживаниях. Состояние оставалось нестабильным, периодически испытывал тревогу, сохранялось сниженное настроение с преобладанием апатии. В дальнейшем на фоне терапии настроение постепенно выравнивалось, начал строить реальные планы на будущее, интересовался вопросом возобновления обучения в институте. Вместе с родителями ездил подавать документы на отсрочку зимней сессии, чтобы не оформлять академический отпуск. Длительное время сохранялась фиксация на состоянии кожи лица, подумывал о проведении косметической операции после выписки из стационара. Однако постепенно переживания дезактуализировались, согласился, что дефект не требует серьезного медицинского вмешательства. Появилась стойкая критика к состоянию. Признал, что подозрения в отношении сестры были безосновательными. Во время прогулок не замечал к себе какого-то

особого отношения со стороны окружающих, охотно выходил на улицу один, прежнего дискомфорта не испытывал. Выписался на поддерживающем лечении: Risperidoni 4 мг, Venlafaxini 225 мг/сут, Biperideni 2 мг/сут.

Катамнез

После выписки из НЦПЗ в июне 2012 года состояние было относительно стабильным. Регулярно принимал поддерживающую терапию. Не получил отсрочку в сдаче зимней сессии, забрал документы из ВУЗа. Лето провел дома, сохранялись конфликтные отношения с родителями, в пылу ссоры обвинял их в том, что они родили его в позднем возрасте, считал, что старшие, чем у сверстников, родители дали ему неправильное воспитание, из-за чего он испытывает трудности в общении с девушками. Периодически рассматривал свое лицо в зеркале, однако кремами пользоваться перестал. Во время туристической поездки в Санкт-Петербург в начале осени 2012г преимущественно залеживался в постели, ссылаясь на нежелание ничем заниматься и сонливость, не интересовался экскурсиями, посещениями музеев, фон настроения был несколько снижен. Постоянно жаловался на головную боль, принимал ежедневно по 2т. спазмолгона. После возвращения в Королев состояние несколько улучшилось, с конца октября 2012 года устроился на работу в цех, сборщиком светильников. С нагрузкой в целом справлялся, улучшились отношения с родителями, интересовался их делами, сам охотно рассказывал о происшествиях на работе. Однако, интересы были не стойкими, так, например, просил родителей купить ему собаку, неделю играл с подаренным щенком, затем охладел к нему, полностью переложил заботу о питомце на мать. Вскоре стал встречаться с девушкой, с которой до этого переписывался в социальных сетях. После того, как она сказала, что у него «лицо нормальное», перестал обращать внимание на дефекты кожи. Зимой 2013 года перевелся на заочное отделение Московского университета им. Витте по специальности «менеджмент», на 2 курс. Обучение проходило один раз в неделю, по субботам. Первое время жаловался на трудности концентрации внимания, по совету врача принимал «Витрум мемори»

с эффектом. Состояние оставалось стабильным, периодически возникали конфликтные ситуации на работе, т.к. испытывал сложности с запоминанием большого объема информации, несколько раз находился под угрозой увольнения, однако удавалось загладить конфликт. Летом 2015 года был эпизод снижения настроения. Непосредственно подавленности практически не отмечал, однако стал нарушаться сон, стал злоупотреблять алкоголем, усилилась раздражительность, подрался с коллегой по работе, обвинял его в инициации конфликта. В то же время расстался с девушкой, больше постоянных отношений ни с кем не завел. В 2016 году окончил институт с большим количеством троек в дипломе. Продолжает работать на прежнем месте, в прежней должности. Отношения с начальством и коллегами остаются неровными, с периодическими конфликтами. Близких друзей нет, свободное время проводит с приятелями в клубах. Круг интересов несколько сужен, однако периодически посещает кинотеатры, выставки. Терапию принимает нерегулярно, только в периоды ухудшений.

Психическое состояние на момент осмотра 12.04.2017.

Ориентирован всесторонне правильно. Выглядит соответственно возрасту. Опрятен, одет непритязательно в спортивном стиле. На беседу соглашается охотно, сидит в однообразной позе, руки, ноги скрещены, периодически тербит браслет на руке. Во время беседы практически не жестикулирует. На вопросы отвечает в плане заданного, с излишними подробностями, переключаясь на описание несущественных деталей. При просьбе конкретизировать ответ, затрудняется, говорит, что «надо рассказывать сначала», продолжает рассказ, трудноперебиваем. Голос достаточной громкости, модулирован, речь с некоторым напором. Сообщает, что сохраняется недовольство своей внешностью, изредка рассматривает себя в зеркале, но косметических операций не планирует, косметическими средствами не пользуется. Рассказывает, что, узнав о желудочно-кишечном заболевании у родственника, опасается развития его у себя, интересуется возможностью проведения гастроскопии в клинике. Фон

настроения характеризует как ровный, без существенных колебаний в течение дня. Сообщает о периодически возникающих эпизодах раздражительности, конфликтности, во время которых для облегчения состояния принимает алкогольные напитки.

Анализ наблюдения

Настоящее состояние больного на момент катamnестического обследования можно определить, как неполную ремиссию с отдельными невротоподобными расстройствами, дисморфобическими симптомами, ипохондрической фиксацией на своем состоянии, отдельными нарушениями мышления в виде обстоятельности, некоторой аморфности, трудностей концентрации внимания, наличия признаков негативных расстройств с нивелировкой личностных черт, аутизацией, снижением эмоциональной синтонности, психопатоподобными элементами в поведении.

Манифестное депрессивное состояние с АПС развилось в возрасте 18 лет (осень 2012г), когда впервые развилась отчетливая депрессивная симптоматика с дисморфобическими расстройствами, носившими сверхценный характер, доминированием тревожно-апатических психопатологических образований в структуре депрессивного аффекта, а также развившимися на высоте состояния отдельными аттенуированными психотическими расстройствами в виде идей отношения, малосистематизированных бредовых идей отравления, подозрительностью, бредовой настороженностью. По мере обратного развития депрессивного эпизода отмечалось одновременная редукция депрессивной и аттенуированной психотической симптоматики с восстановлением полной критики к перенесенному состоянию.

Развитию депрессии с АПС предшествовал инициальный этап, представленный как аффективной, так и невротоподобной симптоматикой. В 14 лет перенес психогенно спровоцированное депрессивное состояние с отдельными дисморфобическими расстройствами, сменившееся неочерченным гипоманиакальным состоянием (15 лет) с переоценкой своей личности. В

последующем дважды (в 16 и 17 лет) лет имели место депрессивные состояния с дисморфофобическими и ипохондрическими расстройствами.

Дальнейшее течение заболевания характеризовалось развитием повторных депрессий с доминированием дисфорического аффекта, психопатоподобным поведением, злоупотреблением алкоголем. Имеется тенденция к усилению неврозоподобной симптоматики при развитии депрессивного состояния и ее ослаблении, но не полном исчезновении в периоды эутимии. Наряду с этим отмечается слабопрогредиентное, но неуклонное нарастание негативных изменений личности с эмоционально-волевым обеднением, заострением преморбидных черт личности, развитием эгоцентризма, стойкими когнитивными нарушениями. В настоящее время прогноз расценивается как относительно благоприятный.

В преморбиде личность из круга мозаичных шизоидов с сочетанием повышенной ранимости, сенситивности с эмоциональной холодностью, эгоцентрическими чертами и отдельными проявлениями демонстративного кластера.

Наследственность больного отягощена психопатологическими особенностями по линии отца (отец, по видимому, страдает ипохондрией здоровья у возбудимой личности).

Диагноз: Шизофрения вялотекущая, неврозоподобная, с фазными аффективными расстройствами, начавшаяся в юношеском возрасте. Состояние неполной ремиссии.

Наблюдение № 3

II тип (с аттенуированной психотической симптоматикой с элементами кататонической дезорганизации).

Больной Л-ик А.М. 1993 г.р.

Анамнез (собран по сведениям, полученным от больного, родственников, по данным медицинской документации).

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия отца.

Дед - Умер в возрасте 73 лет от онкологического заболевания предстательной железы. По характеру общительный, уравновешенный, активный, открытый в своих переживаниях, гостеприимный. Работал в цирке воздушным гимнастом, далее пенсионер. В молодом возрасте увлекался бильярдом, карточными играми, в последние годы жизни интересовался церковью. Страдал язвенной болезнью желудка.

Бабка - 71г. Работала в цирке гимнасткой, затем дрессировщицей, в настоящее время на пенсии. По характеру активная, общительная, открытая, встречается с друзьями, занимается домашним хозяйством. Последние три года, после смерти супруга, стала отмечать нарушения памяти на недавние события.

Отец 53 лет. Работал в цирке, в настоящее время индивидуальный предприниматель. Свободное время предпочитает проводить за компьютером за просмотром фильмов, музыкой. По характеру спокойный, несколько замкнутый. Но гостеприимный, вспыльчивый, легко может «взорваться», но быстро отходит. В последние годы беспокоит незначительная тревога по различным поводам. С детского возраста отмечались псориазические высыпания, практически полностью редуцировавшиеся с возрастом.

Тетка - 41г. Работала в цирке, в последние годы часто меняет места работы по собственной инициативе (певица, парикмахер, преподаватель йоги, тренер тайского бокса, тренер по плаванию). По характеру активная, поверхностная, эмоциональная. Придерживается вегетарианства, ежедневно совершает 10-ти

километровые прогулки. Увлекается ведением здорового образа жизни, страдает бронхиальной астмой, поливалентной аллергией. Имеет одного ребенка, которому уделяет много времени, привязана к нему.

Двоюродный брат – 20 лет. Студент 3-его курса Высшей школы экономики, все свободное время уделяет учебе (по рейтингу 1-ый студент курса по успеваемости), практически не контактирует со сверстниками. По характеру замкнутый, усидчивый, обстоятельный, целеустремленный. Много путешествовал, например, совершил самостоятельную поездку в Индию на несколько месяцев. Разделяет увлечение тетки ЗОЖ, так же страдает бронхиальной астмой, поливалентной аллергией.

Линия матери.

Дед - Умер в возрасте 69л от инфаркта миокарда. Перенес несколько инфарктов, отмечалось пониженное АД. Был военнотружущим, полковником авиации, увлекался рыбалкой. По характеру активный, общительный, компанейский, уравновешенный.

Бабка - 80 лет. Работала картографом в военной части, в настоящее время на пенсии. По характеру властная, руководящая, активная, общительная. Увлекалась вышиванием, ведением домашнего хозяйства. Страдает множеством соматических заболеваний: щитовидной железы, желчекаменной болезнью, артериальной гипертензией (до 220/120 мм.рт.ст. с «рабочим» АД 160/100 мм.рт.ст.), перенесла несколько инсультов, передвигается с использованием ходунков.

Мать - 43 года. Работала бухгалтером, в настоящее время индивидуальный предприниматель. Увлекалась вязанием, ездой на лошадях. По характеру спокойная, общительная, отзывчивая, может вспылить, но быстро отходит. Много времени уделяет воспитанию детей.

Тетка - 56 лет. работала бухгалтером, в настоящее время индивидуальный предприниматель. Увлекалась организаторской деятельностью. По характеру вспыльчивая, могла вспылить без видимых причин, эмоциональная. Беспокоит повышенный вес, эпизоды повышения АД. Имеет одного сына.

Двоюродный брат - 24г. Испытывал трудности в обучении, был отчислен из института, закончил кадетский корпус. По характеру веселый, общительный, неусидчивый. Эпизодически подрабатывает барменом, проживает на иждивении у тетки. Свободное время проводит за компьютером, игрой в баскетбол с группой приятелей по двору.

Дядя - 51г По образованию бухгалтер, работает частным предпринимателем. По характеру спокойный, уравновешенный. Страдал нейродермитом, перенес инфаркт миокарда. Увлекается рыбалкой.

Брат - 10л учится в школе, в раннем развитии не отставал. По характеру активный, общительный «душа компании», любит участвовать в публичных выступлениях. Страдает атопическим дерматитом.

Сестра - 7л. Развивалась соответственно возрасту, отмечались незначительные логопедические нарушения, которые быстро (3 мес.) ликвидировались на фоне занятий. Любит командовать, общительная, имеет склонность к полноте. Отмечалась аллергия на цветение.

Беременность протекала без выраженных токсикозов, во время беременности на сроке 7 мес. мать принимала курс пенициллиновых антибиотиков по поводу отита. Роды в срок, стремительные. Рост 52 см. вес 3600. В раннем развитии от сверстников не отставал, пошел в 10 мес, первые слова с года, фразовая речь с 2-х лет. До 3-х лет часто просыпался ночью с криками, до 7 лет боялся пауков, так же до 7 лет редкие (1р/год) эпизоды снохождения. В 5л пошел в детский сад – ходить не любил, плакал, воспитывался преимущественно дома дедом и бабушкой. Никогда не стремился к коллективным играм самостоятельно, для участия в них требовалось вовлечение со стороны других детей. Время предпочитал проводить в одиночестве за сборкой конструкторов. С 6 до 10 лет была любимая игрушка, в виде червяка, которую всюду носил с собой, относился к ней, как к живой – например, отказывался стирать ее в машинке, говорил, что «ему будет больно». В 7,5 лет пошел в частную школу, где в классе было по 10 человек, адаптировался легко, успеваемость была довольно высокой, однако был плохой почерк, по требованию матери по несколько раз переписывал домашние задания.

Дополнительно посещал спортивные секции, занимался дзюдо, плаванием, ходил на занятия рисованием. В дальнейшем посещал еще несколько кружков, однако длительное время нигде не удерживался. Не любил ответов у доски, тяготился необходимостью привлекать к себе всеобщее внимание. В средних классах оставался спокойным, послушным, уравновешенным. С 13 лет изменилось поведение. Перестал соблюдать дисциплину, в школе не слушал преподавателей, получал от них частые замечания. Дома стал раздражаться в присутствии младшего брата и сестры, жаловался матери, что они «ковыряют в носу», следил, что бы они не касались общих продуктов на столе, заставлял их мыть руки. Тогда же стали раздражать яркий свет, громкая музыка – обследовались у соматологов – патологии найдено не было. В это же время по предложению матери готовился к переводу в лицей. Сам не испытывал желания менять школу. Тем не менее сдал экзамены на отлично. С 8 класса (14 лет) учился в физико-математическом лицее. Адаптировался легко, познакомился с одноклассниками. В новой школе сформировалось оппозиционное отношение к учителям, в качестве протеста стал носить неформальную одежду (рваные футболки, джинсы). Снизился интерес к учебе, стал прогуливать занятия. С матерью оставался открытым, общительным, делился с ней своими переживаниями, поддерживал в период ее конфликта с отцом. На этом фоне отмечалась неустойчивость настроения, стал больше времени проводить во дворе с приятелями, по примеру которых эпизодически пил вино, начал курить. Проявлял интерес к девушкам, возникали непродолжительные романтические отношения. Летнее время проводил в молодежном лагере. Легко адаптируясь к режиму, как правило, держался в стороне от коллектива. В свободное время охотно читал, преимущественно фантастическую литературу, встречался с компанией сверстников, играл в компьютерные игры. Также в этот период появилась склонность к рисованию, преимущественно к графике. В возрасте 16-17 лет возник интерес к вопросам общественного устройства, стал задумываться о смысле своего и человеческого существования, сформировалось пессимистическое восприятие окружающей действительности, увлекся идеями анархизма. На почве общности интересов

возникли дружеские отношения с одним из сверстников, вместе с которым посещал встречи единомышленников. С того же возраста эпизодически употреблял ПАВ «расширяющие сознание» - на фоне опьянения отмечал обманы восприятия виде меняющихся узоров в рисунке ковра, «плавающих» стен, которые редуцировались вместе с окончанием эффекта опьянения. После окончания школы в 2010 году (17 лет) конкретных планов на продолжение образования не имел, по примеру ближайшего друга поступил в политехнический институт. Интересы к учебе не испытывал, однако в течение первого года регулярно посещал занятия, справлялся с нагрузками. Состояние изменилось с осени 2011 года (18 лет), когда без видимой причины фон настроения стал резко сниженным с преобладанием дисфории, злобности, раздражительности. Начал грубить родителям, так в ответ на замечания отца отвечал «я убью тебя и помочусь на твою могилу». Существенно ухудшилась успеваемость. Трудности в обучении связывал с введением в программу обучения новых предметов. Стал регулярно пропускать занятия, проводя время в компьютерном классе. Переводил бытовые разговоры на тему компьютерных игр, ничем другим не интересовался. Также заметил, что стал по-другому воспринимать течение времени – субъективно казалось, что времени прошло меньше, чем его проходило объективно. Изменилась речь, стал говорить длинными, путанными фразами, за логикой которых было сложно уследить, не терпел, когда его перебивали. Отчетливое ухудшение состояния возникло во время зимней зачетной сессии (2012 год, 19 лет), во время сдачи заданий, когда нужно было пойти и сдать выполненную работу, внезапно почувствовал выраженное напряжение в мышцах, как будто руки и ноги «одеревенели», не мог пошевелиться. Испытывал растерянность, не понимал, что с ним происходит. Так просидел в кабинете около двух часов. В дальнейшем тонус мышц нормализовался, смог подняться с места. Рассказал о случившемся родителям, по их решению обратился за амбулаторной консультацией психиатра. На фоне терапии малыми дозами rispoleпта отмечал выраженную мышечную скованность, неусидчивость, был вынужден отказаться от просмотра фильмов,

чтения художественных книг. Не смог сдать сессию и оформил академический отпуск. Терапию принимал в течение месяца, затем отменил. После отмены терапии, через 2 недели вновь резко снизилось настроение, вновь стал оппозиционным к родным, проявлял к ним вербальную агрессию, крушил мебель в ответ на замечания. Уходил из дома, проводил время в компании деликвентных подростков. Был неразборчив в связях с девушками. В состоянии доминировала острая дисфория с тоскливо-злобным оттенком, для облегчения состояния начал злоупотреблять алкоголем, в состоянии опьянения перед мысленным взором на короткое время, чаще во время засыпания, возникали красочные геометрические образы, сопровождающиеся музыкой, звучащей внутри головы. Снова возникло ощущение расхождения субъективного и объективного восприятия времени, снова появилось ощущение мышечной скованности. Опасался возобновления «ступора» в опасном месте, например, на проезжей части. В апреле 2012 года обратился в НЦПЗ, был консультирован, госпитализирован в 4-ое отделение.

Психическое состояние при поступлении.

Ориентирован всесторонне правильно. Выглядит соответственно возрасту. Одет непритязательно. На беседу соглашается охотно. Когда идет по кабинету, руки приведены к телу, движения несколько замедлены. Сидит в однообразной позе, сжав руки в «замок» периодически дотрагивается рукой до лица. Отмечается повышение тонуса мышц по пластическому типу. Мимика обеднена, смотрит мимо врача. Голос тихий, речь трудноразборчивая, изредка заикания. Периодически просит врача повторить вопрос. Отвечает в контексте вопроса, но не всегда по существу, кратко. Жалуется на сниженное настроение с подавленностью, апатией, безразличием к окружающему. Признает, что последнее время стал более раздражительным, конфликтует с родителями, считает, что это «их вина», что они делают ему неоправданные замечания. Отмечает, что движения утратили прежнюю пластичность, опасается, что может повториться состояние «ступора». Также сообщает, что периодически слышит «музыку» внутри головы. Сон нарушен по типу трудности засыпания, время

проводит за компьютером, отсыпаясь в утренние часы, нарушения аппетита не отмечал. Суицидальные мысли отрицает. Критика к состоянию частичная.

Состояние в динамике.

В отделении первое время оставался несколько заторможенным. Сохранялось повышение тонуса мышц-сгибателей, ходил, прижав руки к туловищу. Речь оставалась малопонятной, витиеватой, непоследовательной. Однократно сообщил, что, проходя мимо зеркала возникло импульсивное желание гримасничать, испугался своего состояния, просил помочь избавиться от этого. Первые дни также в просоночном состоянии возникали геометрические образы перед мысленным взором, сопровождающиеся звучащей внутри головы музыкой. В дальнейшем на фоне лечения психическое состояние с положительной динамикой. Постепенно упорядочились движения, восстановилась прежняя содружественность движений рук и ног при ходьбе, улучшилась концентрация внимания, выровнялся фон настроения. Постепенно редуцировалась «музыка», которую слышал внутри головы во время засыпания. Редуцировались наплывы мыслей, нормализовался сон. Стал точнее отвечать на вопросы, поддерживал диалог. Выровнялись отношения с родителями, впервые за долгое время, начал интересоваться семейными делами, во время лечебных отпусков помогал по хозяйству. Строил реальные планы на будущее. Намеревался восстанавливаться в ВУЗе. Был выписан на поддерживающей терапии Olanzapini 10-0-10 мг, Trihexyphenydili 2-0-2 мг.

Катамнез

После выписки в июне 2012 года вернулся домой, проживал с родителями, братом и сестрой. Первое время аккуратно принимал поддерживающую терапию. Фон настроения оставался ровным, без существенных колебаний. Прекратил общение с прежней компанией, планировал приступить к учебе с сентября 2012 года. В новой группе адаптировался легко, успеваемость была средней, свободное время проводил в студенческой библиотеке. Состояние изменилось через год, в сентябре 2013 года (20 лет), когда впервые стал «слышать» в голове голоса «демонов», которые комментировали его поступки, отдавали различные

приказы, в том числе «броситься под поезд», «избить себя». В случае отказа выполнить приказ «голоса» обещали причинить вред матери. Приходилось подчиняться им, по их приказу прижигал кожу сигаретой. Считал, что его окружают «темные силы». Чувствовал, как через тело проходят энергетические потоки. «Внутренним зором» видел образы людей, птиц, насекомых. В такие моменты чувствовал, что его личность «полностью захватили». Считал, что подвергается воздействию группы лиц, но точно сказать, кого именно, не мог. Обратился за помощью к врачам соматического профиля, т.к. считал, что имеющиеся у него симптомы связаны с кератотонусом и аномалиями развития ЦНС. После исключения соматической патологии по рекомендации врачей обратился к психиатру. На фоне амбулаторной терапии перестал видеть «образы», уменьшилась интенсивность «голосов». Тем не менее, психическое состояние оставалось нестабильным, периодически чувствовал на себе воздействие «темных сил». В марте 2014 года обратился за консультацией в НЦПЗ, был проконсультирован и госпитализирован.

При поступлении выглядит соответственно возрасту, избыточного питания. Одет в спортивном стиле, аккуратен. В беседу вступает охотно, стереотипно жестикулирует. Речь в обычном темпе, голос тихий, интонационно не окрашен. На вопросы отвечает в плане заданного, стремиться как можно более подробно описать свое состояние. Сообщает, что внутри головы «слышит» голоса мужчин, которые требуют совершить различные поступки, причинить вред своему здоровью. Однако старается не обращать на них внимание, полагая, что «голоса» - результат психического заболевания. Отмечает, что в течение дня интенсивность «голосов» меняется от неразборчивого шума, «похожего на радиопомехи» до «крика». Жалуется на трудности осмысления прочитанного, путаницу и обрывы мыслей. Периодически отмечает «чужие» мысли. Фон настроения характеризует как пониженный.

За время госпитализации полностью редуцировались обманы восприятия, нормализовался фон настроения. Сформировалась критика к перенесенному состоянию. Пользовался прогулками, лечебными отпусками, которые прошли без

замечаний. Был выписан на поддерживающей терапии Sol. Haloperidoli Decanoati 100 мг в/м 1 раз/4 нед, Carbamazepini 200 мг н/н, Biperideni 6 мг/сут.

После выписки в апреле 2014 года аккуратно принимал терапию. Периодически отмечал путаницу мыслей, во время которой не мог сконцентрироваться на окружающей обстановке, был дезориентирован. Лето провел на даче. С сентября занялся поисками работы, однако трудоустроится не смог. Подрабатывает помощником фотографа на контрактной основе. В целом, со своими обязанностями справляется. В свободное время читает, общается с 1-2 друзьями. Постоянных отношений с девушками не имеет. Продолжает аккуратно принимать поддерживающую терапию в прежних дозах.

Психическое состояние на момент осмотра 12.04.2017.

При осмотре внешне спокоен, сидит в одном положении, пристально, не мигая, смотрит в глаза собеседнику. Лицо гипомимично, речь эмоционально малоокрашена. Отвечает в плане заданного, по существу. Ответы подробные. Критика к болезни формальная. Полагает перенесенный эпизод единичным, убежден, что больше такого не повториться, однако продолжает принимать терапию. Считает себя здоровым. Отмечает, что в последние годы стал более уравновешенным человеком, несколько снизилась яркость переживаемых эмоций. Отчетливых планов на будущее не имеет, расплывчато сообщает, что «пока все останется как есть». Фон настроения характеризует как ровный.

Анализ наблюдения

Настоящее состояние определяется как неполная терапевтическая ремиссия, с редукцией психотических расстройств на фоне отчетливых негативных изменений личности с существенным оскудением в эмоционально-волевой сфере, снижением уровня побуждений, мотивации, нивелировкой личностных черт, резким сужением круга интересов, а также социально-трудовой дезадаптацией.

Манифестный психотический приступ галлюцинаторно-бредовой структуры развился в 20 лет (2013 год), характеризовался массивным вербальным галлюцинозом преимущественно императивного и комментирующего характера, формированием галлюцинаторного поведения, аутоагрессией на высоте

состояния, а также отдельными псевдогаллюцинациями зрительной сферы. Бредовые идеи были представлены идеями энергетического воздействия, управления, доходящие до степени овладения, бредовой ипохондрией. Приступ носил затяжной характер с длительным последующим этапом резидуальных галлюцинаторных и когнитивных расстройств.

Инициальный этап с 13 лет, характеризовался психопатоподобной симптоматикой, злоупотреблениями ПАВ, на высоте которого отмечались отдельные иллюзорные обманы восприятия. В 16 лет перенес субдепрессивное состояние с метафизической картиной психопатологических расстройств.

Депрессия с аттенуированной психотической симптоматикой развилась с 2011 года (18 лет), определялась как гебоидная, характеризовалась психопатоподобным поведением, злоупотреблениями ПАВ, сексуальной расторможенностью, дисфорическим аффектом, преобладанием тоскливо-злобного настроения, психомоторным возбуждением на высоте состояния и эпизодами гетероагрессии. Аттенуированная психотическая симптоматика определилась как «малая кататония» с повышением мышечного тонуса по пластическому типу, кратковременными периодами застывания, элементами восковидной гибкости, парциальным мутизмом, дезорганизацией мышления и речи, а также отдельными кратковременными элементарными слуховыми и зрительными обманами восприятия. На фоне лечения первой купировались субкататонические расстройства, в дальнейшем постепенно выравнилось настроение, отдельные обманы восприятия сохранились довольно длительное время и редуцировались последними. В дальнейшем сформировалось состояние эутимии, длительностью 1 год.

Течение заболевания носит отчетливо прогрессивный характер с неуклонным нарастанием негативных изменений личности. В настоящее время прогноз можно квалифицировать как неблагоприятный.

В преморбиде личность из круга сенситивных шизоидов. В раннем детском возрасте имели место отчетливые фобические расстройства.

Диагноз: Шизофрения приступообразно-прогрессивная. Состояние неполной ремиссии с отчетливыми негативными изменениями личности.

Наблюдение № 4

III тип (с аттенуированной психотической симптоматикой с шизоформными расстройствами мышления)

Больной К-нМ.К. 1996 г.р.

Анамнез (собирается по сведениям, полученным от больного, родственников, по данным медицинской документации).

Наследственность психопатологически отягощена.

Дядя по л/м страдал психическим заболеванием.

Линия отца

Дед — около 70 лет. По профессии инженер, в настоящее время работает сторожем. Отличается замкнутостью, эмоциональной холодностью, близких друзей никогда не было, всегда жил «сам по себе», поступал по своему желанию, не учитывая нужды семьи. Не поддерживал «разговоры по душам», запрещал близким делиться при нем своими переживаниями. К жене и детям, а в последующем и внукам, относился равнодушно, бранил невестку, что она ухаживает за детьми, соблюдает режим, проводит им гигиенические процедуры, считал, что это лишнее. Отличался скупостью, требовал перестать платить за проезд внуков в общественном транспорте, считал, что «пусть остаются дома или идут пешком».

О бабушке известно, что по специальности была врачом, работала акушером-гинекологом, по отзывам коллег была порядочной, ответственной, ее любили и ценили на работе. Скончалась в возрасте около 60 лет от рака крови.

Тетя — 39 лет, в разводе, воспитывает ребенка 3 лет, развелась с мужем после того, как узнала о своей беременности, проживает с родителями. По специальности акушер-гинеколог, длительное время увлекается гомеопатией, фитотерапией. Внешне производит впечатление общительной и открытой, при этом волевая, решительная, склонная добиваться своего, невзирая на препятствия. В дела семьи брата никогда не вмешивалась, встречались редко.

Отец — 44 года, окончил физтех МГУ, далее получил образование MBA. Работает финансовым аналитиком, живет в Англии. По характеру скрытный,

злопамятный, не склонный к внешнему проявлению эмоций, дружеских отношений ни с кем не поддерживает. Упорный в достижении своей цели, действует согласно намеченному плану и своим представлениям о мире, вне зависимости от реальной ситуации. В настоящее время проживает с другой семьей.

Линия матери

Дед — среднее образование, сменил много мест работы, в основном работал на стройке. В возрасте около 40 лет по инициативе жены развелся с ней. Скончался через 3 года от удара током во время проведения ремонтных работ. По характеру был эгоцентричным, напористым.

Бабка — 64 года, окончила училище, работала комендантом на стройке, занималась административными вопросами. В настоящее время работает в фирме по обслуживанию зданий. По характеру общительная, доброжелательная, открытая. Всегда было множество друзей и знакомых, легко сходится с людьми, умеет вызвать расположение к себе.

Дядя — скончался в 31 год от острой сердечной недостаточности. По характеру всегда был замкнутым, малообщительным. В детстве опрокинул на себя кастрюлю с кипятком, получил сильные ожоги, после которых остались значительные рубцы. В 9 лет была открытая черепно-мозговая травма, лечился стационарно. Психически заболел в 18 лет, когда развился манифестный онейроидно-кататонический приступ, «видел» библейские сцены, набросился на сестру с ножом. Лечился у психиатра амбулаторно. В дальнейшем неоднократно развивались повторные аффективно-бредовые состояния. С учебой в МАИ не справился. Работал по протекции родственника в типографии.

Мать — 40 лет, экономическое образование, работает в банке. Скрытная, переживает все в себе, но поддерживает формальные контакты, имеет много дальних приятельниц. Вспыльчивая, но легко отходит. К состоянию сына относится без полной критики, склонна винить во всем бывшего мужа, вовлекает в обвинительные разговоры сына, не учитывает его чувств.

Младший брат — 15 лет, проживает в Англии с отцом. До 3 класса был

очень привязан к матери, игнорировал других взрослых. Рос живым, активным, общительным. После развода родителей проживает в Англии с отцом, учится в школе. За последние 1,5 года сильно прибавил в весе. Стал замкнутым, «погрузился в компьютерные игры», планов на будущее не строит. В настоящее время с матерью и братом отношений не поддерживает.

Родился от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 и 3 триместров, лежала на сохранении, роды самостоятельные, в срок. В младенчестве был спокойным, хорошо спал, хорошо прибавлял в весе. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. Ходить начал к году, фразовая речь к полутора годам. В дет.сад пошел в 2 года, адаптировался быстро, со второго дня ходил туда спокойно, дружил с детьми, воспитательницы хвалили. Был достаточно послушным, можно было уговорить. Мог себя занять, нравилось рисовать, лепить, собирать конструкторы. С дошкольного возраста посещал курсы английского, в 5 лет научился читать по-английски. Детские инфекционные заболевания перенес без осложнений. До школы боялся темноты. Боялся один оставаться в квартире, боялся, что «если плохо буду себя вести, зайдет бегемот», при этом возникало ощущение присутствия кого-то постороннего рядом, как будто кто-то пристально наблюдает за ним. Неоднократно в просоночном состоянии (при пробуждении) видел «бабку с пистолетом», «террористов», слышал «оклики» по имени. В школу пошел в 7 лет, к школьной дисциплине адаптировался быстро, но быстро уставал, утомлялся, после школы спал, засиживался с уроками до вечера, до 3 класса делал их с помощью матери, затем выполнял их сам. Был обязательным, ответственным, учился на «4», «5», был на хорошем счету у учителей. В свободное время любил читать, отдавал предпочтение жанрам фэнтези, фантастике. Играл в компьютерные игры, преимущественно стратегической направленности. Жил с матерью, младшим братом. Отца видел редко, т.к. тот работал за границей. С 5 кл. перешел в другую школу, с более высоким уровнем преподавания. Адаптироваться там не смог, подвергался насмешкам, издевательствам со

стороны одноклассников, не мог постоять за себя. Начал часто болеть, жаловался на боли в левом боку, постоянно ездил на обследования, соматической патологии выявлено не было. На фоне этого несколько снизилась успеваемость. В 7 классе переехал в Англию к отцу. В течение года учился в местной школе, обучение шло на английском языке. Понимал речь, но сам говорил плохо. В классе появились приятели, но общался с ними только в школе. Все свободное время проводил за компьютерными играми. На каникулы возвращался в Россию. Отец предлагал всей семьей перебраться в Англию. В 13 лет перенес развод родителей. Чтобы поддержать мать на суде заявил, что остается в России с ней, в то время как брат выбрал жить с отцом в Англии. Чувствовал себя виноватым перед отцом. Условия проживания с матерью были хуже, но «на многое не претендовал». Скучал по товарищам, которые остались в Англии, больше нравилась английская система обучения, нравилось то, что был в «первом потоке» по математике. В 8 кл. (14 лет) вернулся в прежнюю школу в России. По-прежнему не мог адаптироваться, одноклассники обзывали «евреем», не хотели дружить с ним. В 9 кл. решил доказать отцу свои способности и получить отличный аттестат об окончании школы, усердно учился, получал одни пятерки. При этом продолжал часто болеть, в первом полугодии лежал в больнице по поводу тахикардии 1 нед., затем долго не ходил в школу в связи с сохраняющимся субфебрилитетом. Круг интересов был ограничен учебой и компьютерными играми, несколько улучшились отношения с одноклассниками, появился один друг, с которым общался только в школе. Все свободное время посвящал учебе, занимался с репетиторами по нескольким предметам. В школе на занятиях было скучно, так как уже знал преподаваемый материал. С одноклассниками отношения складывались ровные, была компания приятелей, 3-4 чел. Появился интерес к противоположному полу, ухаживал за одноклассницей. Стал внимательно относиться к своей внешности, лечился у дерматолога по поводу угревой сыпи, следил за своей одеждой, одевался в деловом стиле. Летом 2011 года (15 лет) стал замкнутым, погрузился в себя. С этого времени снова начались проблемы с физическим здоровьем, часто болел, в состоянии реконвалесценции длительное

время сохранялся субфебрилитет, вновь начал жаловаться на тахикардию. Постепенно стало снижаться настроение, начал задумываться о смысле жизни, перспективах на будущее, не знал, чего хочет от жизни. Часто общался по скайпу с отцом, просил у него совета, помощи в уроках, рассказывал о своих делах. Раздражался на мать, которая, видя такую тесную связь с отцом, плакала и укоряла себя в том, что не может его обеспечить так же хорошо, как отец. Отчетливое ухудшение состояния с осени 2011 года (16 лет), когда заметил, что стало труднее подбирать слова в беседе, ухудшилась память. Испытывал выраженные трудности при умственной деятельности, особенно в процессе восприятия и осмысления учебного материала. Возникало ощущение, что мысли ему не подчиняются, идут самостоятельно, «разбегаются», приходилось прикладывать усилия для упорядочивания потока мыслей. Обратил внимание на возникновение неожиданных ассоциаций, вне контекста текущий размышлений. Так, во время урока внезапно «как будто само по себе» возникло словосочетание «соленый огурец», которое поразило своей нелепостью и вычурностью. Длительное время испытывал недоумение по этому поводу. В просоночном состоянии появлялись «параллельные» мысли, как будто мышление расщеплялось на два потока и мог думать о разных вещах одновременно. Также стали возникать обрывы мыслей, во время разговора внезапно терял нить беседы и не мог самостоятельно вспомнить, о чем шла речь. Этим обращал на себя внимания учителей. Возникало ощущение отчуждения своего «психического Я», чувствовал себя измененным, идеаторные функции воспринимал как чуждые, неподконтрольные ему. Вновь, как и в детстве, стал «слышать» оклики, возобновился страх находится одному дома. Однократно, находясь на даче, «слышал» шаги на первом этаже, «видел», как поворачивается ручка двери. По настоянию матери обратился на амбулаторную консультацию к психиатру, непродолжительное время принимал паксил, когитум и церебролизин, на фоне терапии состояние выравнилось, продолжил учебу в школе, строил планы поступления в институт. Настроение было хорошим, ощущал прилив сил, энергии, считал, что ему «все по плечу». Решил дополнительно заниматься с

репетиторами по 16 часов в неделю, чтобы участвовать в олимпиаде физтеха, выбрал дорогостоящих репетиторов. Определился с тем, какие ЕГЭ будет сдавать (физика, химия, обществознание), хотел попробовать поступить в МГУ. Позвонил отцу, попросил помочь с репетиторами. Тот согласился оплатить счет через Сбербанк. По причине несовершеннолетия не смог сам открыть счет, была договоренность, что это сделает мать, которая в последний момент отказалась, проявив недоверие к уверениям бывшего мужа. Сам поговорил с отцом и назвал необходимую сумму перевода. Отец категорически отказался платить. На фоне чего резко снизился фон настроения, стал плакать, заявлял, что решил «выброситься из окна». Уговоров не слушал, но легко согласился обратиться к психиатру. Проводимая амбулаторная терапия без достаточного эффекта. Был проконсультирован и госпитализирован в клинику.

Психическое состояние при поступлении. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешне сонлив, создается впечатление лекарственной загруженности. На беседу соглашается пассивно, в дальнейшем несколько оживляется. Ориентирован всесторонне правильно. Выглядит старше своего возраста. Движения замедлены, сидит в одном положении, склонив голову с закрытыми глазами. Периодически с усилием поднимает голову, короткое время смотрит на собеседника. Лицо гипомимично, выражение лица печальное, взгляд грустный. Отвечает односложно, в плане заданного, по-существу. Интересы к беседе не проявляет. Активно жалоб не предъявляет. Удастся выяснить, что фон настроения снижен, ни к чему не испытывает интерес, безразличен к прежним увлечениям, к учебе. Жалуется на выраженные трудности мышления, сообщает, что мысли в голове текут медленно, периодически обрываются. Не может усвоить информацию, сконцентрироваться. Также жалуется на наплыв мыслей, их путаницу. Пессимистично настроен в отношении будущего. Не отрицает мысли о нежелании жить. Суицидальные намерения категорически отрицает.

Состояние в динамике.

В отделении сразу лег в постель и уснул до ужина. Первое время оставался вялым, много спал. Связывал состояние с приемом терапии. В беседе легко давал

реакцию раздражения, тяготился необходимостью общения с лечащим врачом, просил дать ему отдохнуть. В дальнейшем несколько уменьшилась сонливость, сохранялись жалобы на сниженное настроение, безразличие к окружающему, нарушения мышления. На фоне лечения высокими дозами антидепрессантов и арипипразолом выравнился фон настроения, стал активнее, начал заниматься по школьной программе, выполнял задания преподавателей, занимался с учителями в клинике. Однако одновременно заметил, что вновь появились «оклики» по фамилии, ощущение «уже виденного». На свидании с бабушкой внезапно в голове возникла фраза «задушить кота», а вслед за тем мысль о том, что «это может быть голос Бога», поразился нелепости таких мыслей. Возникли опасения, что это может быть проявлением воздействия со стороны бабушки, однако тут же отказался от этой идеи. Рассказал врачу с просьбой скорректировать схему терапии. На фоне замены арипипразола на рисперидон редуцировалась указанная симптоматика, однако вновь появилась и стала нарастать сонливость. В дальнейшем фон настроения выравнился, смирился с тем фактом, что отец не будет оплачивать занятия с репетиторами, снизил уровень притязаний, решил поступать в другой ВУЗ с меньшими требованиями к уровню подготовки абитуриентов. Однако сохранялась сонливость в утренние часы, опасался, что это может мешать обучению в школе. Постепенно упорядочился поток мышления, однако заметил, что снизилась прежняя живость, скорость ассоциативного процесса. Сохранялись трудности в беседе, не сразу мог найти нужное слово для ответа. Требовалось более длительное время, чем прежде для формулирования фраз. Был выписан на поддерживающей терапии Risperidoni4 мг/сут, Fluvoxamini150 мг/сут.

Катамнез.

После выписки в июне 2012 года состояние оставалось нестабильным. Фон настроения характеризовал как ровный, в течение дня без существенных колебаний. Однако сохранялись трудности в процессе мышления. При попытке подготовки по учебной литературе замечал выраженные нарушения концентрации внимания, неспособность фокусироваться на материале,

приходилось по несколько раз перечитывать страницу. Испытывал раздражение от своего состояния, опасался, что не сможет продолжить обучение в школе и поступить в ВУЗ. Конфликтовал с матерью при ее попытках успокоить его. Был фиксирован на своих когнитивных функциях. Просил врача вновь назначить ноотропные препараты для стимуляции мыслительной деятельности. Однако на фоне их приема вновь стал слышать «оклики» по фамилии. Внезапно на короткое время возникало смутное ощущение, что окружающие могут на него воздействовать, читать мысли, особенно это касалось матери и бабки. Осенью 2012 года приступил к обучению в школе. Сохранялись выраженные трудности усвоения и запоминания материала. Через две недели обучения во время очередного телефонного разговора с отцом, понял, что тот категорически не готов оплачивать для него услуги репетиторов. В один день снова резко снизилось настроение, возникло чувство бесперспективности существования, бессмысленности происходящего, нежелание жить. Самостоятельно настоял на консультации у психиатра и согласился на предложенную госпитализацию.

Психическое состояние при поступлении.

Ориентирован всесторонне правильно, выглядит младше своего возраста. Одет непритязательно. Выглядит подавленным. В беседу вступает пассивно, не проявляет к ней интерес. Ответы односложные, времена не по-существу. Периодически ни к месту улыбается. На вопросы отвечает коротко, неохотно. Жалуется на сниженное настроение, апатию, трудности концентрации внимания. Планов на будущее не строит. Суицидальные мысли отрицает. В отделении долгое время оставался безразличным к происходящему. После беседы с врачом надолго засыпал. После пробуждения давал реакции раздражения, просил оставить его в покое. К проводимой терапии относился с недоверием, считал, если до сих пор лечение не помогло, то это значит, что психических проблем у него нет. Психологизировал свое состояние. Во время прогулок несколько раз слышал оклики по имени. В дальнейшем на фоне терапии стал спокойнее, уменьшилась раздражительность, установился формальный контакт с врачом. Время проводил преимущественно за компьютером. Во время лечебных отпусков

предпринимал попытки заниматься по школьной программе, в целом, справлялся. Был выписан в начале ноября 2012 года на поддерживающей терапии Paroxetini 45 мг/сут, Venlafaxini 225 мг/сут, Aripiprazoli 10 мг/сут, Biperideni 2 мг/сут.

После выписки первое время чувствовал себя удовлетворительно. Аккуратно принимал поддерживающую терапию. Продолжил обучение в школе, одновременно посещал подготовительные курсы. С нагрузкой справлялся. Весной 2013 года окончил школу с золотой медалью, однако считал, что получил ее лишь по причине лояльного отношения к себе со стороны учителей. Сам отмечал, что ему требуется гораздо больше времени на осмысления задачи, чем раньше. Поступил на коммерческое отделение МФТИ. Осенью 2013 года приступил к обучению. Заметил, что во время занятий быстро нарастает утомляемость, сонливость. По возвращении домой по несколько часов спал, при пробуждении не испытывал чувства отдыха. Во время зимней сессии в начале 2014 года вновь снизилось настроение, испытывал тревогу, опасения неудач при сдаче экзаменов. Отказался выходить на сессию, оформил академический отпуск. До сентября 2014 года был пассивен, пытался возобновить самоподготовку, но не справлялся. Приступив к занятиям на I курсе, вновь не справился. Был отчислен из ВУЗа. В дальнейшем время проводил преимущественно дома, лежа в постели. Называл себя неудачником, а свое существование «бесперспективным». На фоне амбулаторной коррекции терапии состояние улучшилось, перестал высказывать пессимистические мысли. Однако в ВУЗ так и не восстановился. Работает в фирме матери на низкоквалифицированной должности. Свободное время проводит в одиночестве за компьютерными играми, к общению со сверстниками не стремиться. К противоположному полу интереса не проявляет. Круг интересов значительно сужен, не испытывает желания получать новые впечатления. Отмечается безразличие к физическому комфорту, вкусной пище, красивой одежде.

Психическое состояние на момент осмотра 02.06.2017.

Выглядит соответственно возрасту, одет небрежно, волосы всклокочены, на лице обильная угревая сыпь. Мимика обеднена, стереотипно улыбается. Голос

тихий, маломодулированный. Отвечает в плане заданного, односложно, по существу. Спонтанная речь недостаточная. Фон настроения характеризует как ровный, без колебаний в течение дня. Интересы к теме беседы в основном не проявляет, однако оживляется при разговоре о его обучении в ВУЗ. Сожалеет, что не смог реализоваться, как хотел, с горечью сообщает, что «с такими умственными способностями» ему там не место. Однако быстро успокаивается и в дальнейшем сам к этой теме не возвращается. Сообщает об ощущении «отсутствия чувств», «внутренней пустоты», равнодушия к близким. Не тяготится этим. Имеется склонность винить мать в своих неудачах. Сожалеет, что не остался с отцом при их разводе. О планах на будущее сообщает, что возможно, «несмотря ни на что» будет предпринимать попытки возобновления обучения в ВУЗе.

Анализ наблюдения.

Настоящее состояние определяется как неполная ремиссия с отдельными аффективными расстройствами субклинического уровня, явлениями деперсонализации с элементами болезненного психического бесчувствия, сверхценными идеаторными образованиями в отношении учебы, выраженными когнитивными нарушениями, а также отчетливыми негативными личностными расстройствами со значительным эмоционально-волевым снижением, явлениями редукции энергетического потенциала, аутизацией.

Первое затяжное депрессивное состояние развилось с осени 2011 года, на начальных этапах проявлялось выраженными вегетативными и соматизированными проявлениями (боли в животе, тахикардия, субфебрилитет), в дальнейшем сформировался отчетливый симптомокомплекс по типу «юношеской астенической несостоятельности» с апатией, адинамией, депрессивными идеями самообвинения, самоуничтожения со сверхценным отношением к учебе, а также выраженными стойкими когнитивными расстройствами. Атенуированная психотическая симптоматика была представлена формальными, патогномичными для шизофренического процесса нарушениями мышления с явлениями ментизма, шперрунгов, разорванности и нарушений ассоциативного

процесса. Также, наряду с этим имели место и другие кратковременные расстройства субпсихотического уровня, представленные акаоэзмами, явлениями «*deja vu*», отрывочными, несистематизированными идеями воздействия и открытостью мыслей, которые отличались крайней нестойкостью и не достигали степени отчетливо психотических. На фоне лечения антидепрессантами и стимулирующими ноотропными препаратами развился эпизод гипомании с идеями переоценки собственной личности, однонаправленной монотонной активностью. На высоте состояния после психогенной провокации (разговора с отцом) развилось острое чувство тоски с активными суицидальными мыслями и намерениями. Следует отметить, что в 13 лет впервые возникло психогенно спровоцированное (развод родителей) субдепрессивное состояние с преобладанием апатии, безразличия к окружающему, а также выраженными соматическими и вегетативными расстройствами, которое длилось около года и редуцировалось самостоятельно.

Дальнейшее течение заболевания характеризовалось развитием повторных депрессивных состояний со сходной психопатологической картиной как аффективных расстройств, так и одновременным развитием аттенуированной психотической симптоматики. Обращает на себя внимание неуклонное снижение уровня социально-трудового функционирования с формальным сохранением трудоспособности, хотя и на сниженном уровне. В настоящее время прогноз определяется как относительно неблагоприятный.

В преморбиде личность из круга сенситивных шизоидов. Обращает на себя внимание наличие на всем протяжении доболезненного этапа персистирующих фобических расстройств, гипнагогических галлюцинаций, акаоэзм, чувства присутствия [*Anwesenheit*].

Наследственность отягощена эндогенным заболеванием по линии матери.

Диагноз: Шизофрения вялотекущая неврозоподобная с отчетливыми негативными расстройствами. Состояние неполной ремиссии.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ПРОДРОМАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ **The Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)** **Miller et al. (1999) и McGlashan et al. (2001)**

СУБШКАЛА А **ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ**

П1. Необычное содержание мыслей / бредовые мысли

Наличие одного или нескольких из следующих признаков:

а) напряженное или бредовое настроение. Что-то странное приходит в голову. Фрагментарность элементы нереальности происходящего. Близкие кажутся странными, вызывающими смущение, предвещающими угрозу, представляющими опасность и пр. Ощущение измененности себя и окружающих. Изменение восприятия времени. Дэжа вю;

б) неперсекуторные идеи отношения (включая нестойкий бред отношения);

в) нарушение функции мышления (наплыв, обрыв мыслей, персеверации, вкладывание, открытость, чтение мыслей);

г) другие убеждения сверхценного характера, охваченность ими (религия, медитация, философия, другие экзистенциальные темы). Магическое мышление, определяющее поведение и выходящее за пределы общепринятых в данной культуре норм (суеверие, ясновидение, «шестое чувство», необычные религиозные убеждения);

д) бредовые идеи относительно своего тела, вины, нигилизма, ревности, религиозного содержания, внешнего контроля, получение посланий посредством радио- и телепередач. Бредовые идеи могут присутствовать, но не постоянны и не достигают степени систематизированных.

Степень тяжести:

0- отсутствуют;

1- сомнительно: неожиданные мысли, чувства, движения, обращают на себя внимание, но быстро проходят;

2- слабая степень: необычные явления, вызывающие недоумение, чувство, что что-то изменилось;

3- умеренная степень: неожиданные расстройства мышления / идеи, которые не остаются незамеченными, вызывают напряжение и беспокойство. Возникающее чувство неожиданного психического опыта более отчетливо и продолжительно;

4- сильно выраженная: ощущение, что возникающие переживания наведены извне или болезненные убеждения реальны, при этом критика к состоянию сохранена;

5- очень сильно выраженная, но не психотического уровня: охваченность идеями внешнего контроля, при этом возникают сомнения в истинности переживаний по контрасту с доболезненным состоянием или после убеждений окружающих;

6- очень сильно выраженная психотического уровня: бредовые переживания, не поддающиеся переубеждению, как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение, влияющие на мышление и социальные взаимоотношения.

П2. Подозрительность / идеи преследования.

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) чрезмерная озабоченность причинами, определяющими поведение окружающих, недоверчивость;

б) подозрительность или параноидное мышление;

в) настороженность или открытая недоверчивость, отражающая бредовые установки и отражающаяся в общении и поведении.

Степень тяжести:

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: осмотрительность;

2- слабая степень: сомнение в собственной безопасности, чрезмерная бдительность без определения источника опасности;

- 3- умеренная степень: ощущение, что окружающие ведут себя враждебно, озадаченность происходящим и недоверчивость;
- 4- сильно выраженная: нестойкие идеи наблюдения, выделения. Убеждения быстро преходящи. Вызывают беспокойство и подозрительность.
- 5- очень сильно выраженная непсихотического уровня: озабоченность идеями опасности, убежденность в том, что является центром враждебного внимания, временами возникает открытая подозрительность, но поведение в целом меняется минимально, критика может быть неполной, но без отчетливой убежденности;
- 6- очень сильно выраженная психотического уровня: параноидные идеи, как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение.

П3 Идеи величия

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) чрезмерная самооценка и нереалистичное чувство превосходства;
- б) экспансивность и хвастливость;
- в) возможно наличие отчетливых бредовых идей величия, определяющих поведение.

- 0- отсутствие;
- 1- сомнительная степень: чувство собственного превосходства;
- 2- слабая степень: идеи талантливости, исключительности, сохраняется чувство превосходства;
- 3- умеренная степень: ощущение обладания особой силой, способностями, временами возникает экспансивность;
- 4- сильно выраженная степень: нестойкие, быстро проходящие идеи особой силы, богатства;
- 5- очень сильно выраженная непсихотического уровня: убежденность в неестественно высоком интеллекте, собственной привлекательности, силе, популярности. Критика может быть неполной, но убеждения не влияют на поведение;
- 6- очень сильно выраженная психотического уровня: бредовые идеи величия как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение.

П4 Перцептивные расстройства / галлюцинации

Наличие одного или более из следующих пунктов по одной или более сенсорных сфер (слуховая, зрительная, соматическая, тактильная, обонятельная, вкусовая):

- а) необычные сенсорные явления, усиление или притупление чувств, яркие представления, искажения, иллюзии;
 - б) псевдогаллюцинации или галлюцинации при сохранении осознания болезненности состояния;
 - в) периодическая потеря критики к состоянию, не влияющая на мышление и поведение.
- 0- отсутствие;
 - 1- сомнительная степень: изменения в перцептивной сфере, усиление или ослабление чувств;
 - 2- слабая степень: необычные, неоформленные перцептивные расстройства (шумы, вспышки и пр.), беспокойство;
 - 3- умеренная степень: необычные отчетливые перцептивные расстройства (образы, геометрические фигуры, отчетливые звуки), аффект недоумения, беспокойство;
 - 4- сильная степень: перцептивные искажения, иллюзии, псевдогаллюцинации (лица, фигуры, голоса), которые определяются как нереальные, не вызывающие сильного страха или охваченности;
 - 5- очень сильная степень непсихотического уровня: одна или две отчетливые непродолжительные галлюцинации, могут сопровождаться другими слабовыраженными перцептивными расстройствами, не определяющие мышление и поведение;
 - 6- очень сильно выраженные психотического уровня: галлюцинации, как минимум интермиттирующего характера (образы, голоса, другие сенсорные расстройства), воспринимаются как реальные, хотя бы минимально влияют на поведение, мышление.

П5 Расстройства мышления

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) странности мышления или речи, неопределенность, метафоричность, преувеличение, стереотипность;
- б) беспорядочное или путаное суждение о чем-либо, ускорение или замедление мыслей, использование неправильных слов для описания, соскальзывание и нецеленаправленность речи;

в) стереотипное, бесцельное или паралогичное мышление, трудности в упорядочивании и выражении мыслей;

г) растормаживание ассоциативного процесса делает речь малопонятной.

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: внезапные, выпадающие из контекста слова и фразы;

2- слабая степень: неопределенная, беспорядочная, бессодержательная речь;

3- умеренная степень: неправильно употребляемые слова, не относящиеся к предмету фразы, частое внезапное отклонение от темы разговора, метафоричность, стереотипии в речи, чрезмерная детализация;

4- сильная степень: стереотипное или паралогичное мышление, трудности в управлении мыслями без потери ассоциативного процесса, периодически малопонятная речь;

5- очень сильная степень непсихотического уровня: стереотипное или паралогичное мышление, нецеленаправленность речи, имеются трудности в направлении мыслей, потеря ассоциативных взаимосвязей при расспросах, временами малопонятная речь, что выявляется в ответах на вопросы;

6- очень сильная степень психотического уровня: утеря продуктивности речи или неуместность, непонятность высказываний, потеря структуры речи, комплексное нарушение речи.

СУБШКАЛА Б

НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Н1 Социальная изоляция и избегание

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) недостаток близких друзей или знакомых кроме родственников первой степени родства;

б) чрезмерная социальная тревога, не уменьшающаяся при дружеском общении и больше имеющая тенденцию к связи с параноидным страхом, чем с заниженной самооценкой;

в) болезненная симптоматика ослабляется в одиночестве, к которому больной и стремится, хотя, если требуется, проявляет социальную активность, в общении инициативы не проявляет;

г) пассивно соглашается с проявлением социальной активности, но без интереса, механически с тенденцией пасовать перед малейшими трудностями.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: некоторая «неуклюжесть» в социальном плане при сохранении социальной активности;

2- слабая степень: снижение заинтересованности в общественной деятельности, при сохранении социализации;

3- умеренная степень: неохотное участие в социальной деятельности, отсутствие интереса, социальная пассивность;

4- сильно выраженная степень: круг общения ограничен преимущественно семьей, дефицит дружеских связей, социальная апатия, минимальное участие в общественной деятельности;

5- очень сильно выраженная степень: значительные трудности во взаимоотношениях, отсутствие близких друзей, большую часть времени проводит в одиночестве или с родственниками первой степени родства;

6- крайняя степень выраженности: друзей нет, общение носит только формальный характер, практически все время одинок.

Н2 Самоустранение

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) нарушения в начале, поддержании и контроле целенаправленной деятельности;

б) потеря активности, энергичности, продуктивности;

в) отсутствие интереса к занятиям, требующим усилий или длительного времени выполнения.

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: снижение способности целенаправленной деятельности;

2- слабая степень: низкий уровень энергии, простые задачи требуют больших затрат времени и усилий, чем это необходимо в норме;

3- умеренная степень: низкий уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, снижение инициативности в постановке и выполнении задач, решение задачи требует дополнительной внешней стимуляции;

4- сильно выраженная степень: минимальный уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, требуется постоянная внешняя стимуляция;

5- очень сильно выраженная степень: выраженная недостаточность влечений и энергии, что отражается на достижении поставленной цели, большинство целенаправленных действий не доводятся до конца, требуется постоянная внешняя стимуляция, которая не всегда оказывается успешной;

6- крайняя степень выраженности: внешняя стимуляция безуспешна, целенаправленной активности нет

Н3 Уменьшение эмоциональной экспрессии

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) уплощение, снижение, сокращение продолжительности эмоционального ответа, что характеризуется мимикой, модуляцией голоса (монотонная речь) и жестикულიцией (однообразное положение тела);

б) недостаток спонтанной речи, продолжительности монолога, сокращение количества слов в беседе, проявляет небольшую инициативу в общении при наличии тенденции к односложным ответам, краткости;

в) недостаток речи, обеднение проявлений эмпатии, уменьшение открытости в беседе, чувства сопричастности к собеседнику, интереса и вовлеченности в беседу, что свидетельствует о дистанцировании и сокращении процессов вербально и невербальной коммуникации;

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: отсроченный или притупленный эмоциональный отклик;

2- слабая степень: в беседе наблюдается недостаток живости, неестественность;

3- умеренная степень: минимальная степень экспрессии эмоций при сохранении способности продолжать разговор;

4- сильно выраженная степень: трудности в поддержании беседы, монотонная речь, минимальная эмпатия, избегание зрительного контакта;

5- очень сильно выраженная степень: начало и поддержание беседы требует активных вопросов со стороны собеседника, аффект уплощен, полное отсутствие жестикულიции;

6- крайняя степень выраженности: уплощенный монотонный аффект, не принимает участия в разговоре, несмотря на активные вопросы.

Н4 Уменьшение эмоциональной чувствительности

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) эмоциональная чувствительность и экспрессия становятся трудно распознаваемыми, искусственными, неадекватными ситуации;

б) ощущение дистанцированности в беседе, затруднение взаимопонимания;

в) притупление эмоций, ослабления чувства радости и горя;

г) чувство бесчувствия, ангедония, апатия, потеря интереса, скука;

д) ощущение измененности, нереальности или странности;

явления деперсонализации, отстраненности от окружающего;

е) потеря чувства собственного «я».

0- отсутствие

1- сомнительная степень: чувство отгороженности от окружающих, стойкое ощущение эмоциональной притупленности, сглаженности, тусклости;

2- слабая степень: недостаток сильных эмоций или ясно определяемых чувств;

3- умеренная степень: эмоции переживаются как приглушенные, притупленные или с трудом различаемые;

4- сильно выраженная степень: чувство «омертвения», уплощенности или недифференцированного отвращения к себе, трудности в переживании эмоций, в том числе острых (радость, горе);

5- очень сильно выраженная степень: чувство потери собственного «Я», деперсонализация, чувство собственной измененности, странности, может чувствовать себя отчужденным от собственного тела, окружения, времени, эти ощущения фиксируются постоянно;

6- крайняя степень выраженности: ощущение глубокой собственной измененности и чуждости, полное отсутствие переживания эмоций.

Н5 Ослабление идеаторной активности:

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) трудности абстрактного мышления, нарушения абстрактно-символической сферы проявляются в трудностях классификации, обобщении, прибегании к конкретному и эгоцентрическому типам мышления при решении сложных задач, часто использование конкретного мышления;

б) упрощение структуры речи, исчезновение причастных оборотов, дополнений;

в) стереотипное мышление, нарушение плавности речи, спонтанности, застревание на одном предмете, что свидетельствует о ригидности, повторяемости и бесплодности содержания мышления, некоторая ригидности установок и убеждений, может отказываться от рассмотрения альтернативы или испытывать трудности при переходе с одного предмета беседы на другой;

г) как слушатель не может различить по смыслу сходные по звучанию фразы, уловить суть беседы.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: некоторые затруднения, неловкость в беседе;

2- слабая степень: трудности понимания нюансов беседы, снижение способности к диалогу;

3- умеренная степень: неверная интерпретация многих пословиц, использование простых предложений, пропуск абстрактных абзацев при выполнении заданий;

4- сильно выраженная степень: периодически теряет «нить» беседы, стереотипная и персеверационная речь, небогатый словарный запас, используются простые слова и предложения, конкретность суждений;

5- очень сильно выраженная степень: трудности в описании событий при относительной сохранности способности следить за вопросами и реагировать на простые утверждения, словарный запас ограничен, вербальная продукция ограничивается простыми словами и короткими предложениями, может испытывать трудности в интерпретации пословиц и выполнении сравнений;

6- крайняя степень выраженности: временами не способен поддержать разговор, независимо от его сложности, словарный запас значительно ограничен самыми простыми словами или односложными ответами (да/нет).

Н6 Нарушения в ролевом функционировании

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) трудности осуществления ролевого функционирования (как работник, студент, домохозяйка), что раньше не вызывало сложностей;

б) нарушения продуктивных взаимоотношений с коллегами, одноклассниками, сокурсниками.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: для поддержания работоспособности требуются определенные усилия;

2- слабая степень: трудности производственного или учебного функционирования, очевидные для окружающих;

3- умеренная степень: отчетливые проблемы в решении производственных задач или сдаче экзаменов;

4- сильно выраженная степень: неудачи в одном или нескольких занятиях, замечания, испытательные сроки на работе;

5- очень сильно выраженная степень: прогулы и другие значительные проблемы в следовании требованиям, отсутствие на работе в связи с проблемами, неспособность работы в коллективе;

6- крайняя степень выраженности: тотальное непосещение, отчисление с учебы, увольнение за прогулы.

СУБШКАЛА В

СИМПТОМЫ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

Д1 Странное поведение и явления

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) странное, эксцентричное или своеобразное поведение (например, коллекционирование мусора, разговор с самим собой на людях, накопление пищевых продуктов, импульсивное поведение);

б) неадекватный ситуации аффект;

в) манерность и позирование, неестественные движения и позы, неуклюжие движения, высокопарность, напыщенность, дискоординированность, диспластичность.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: особенности поведения и внешнего вида;

2- слабая степень: поведение и внешний вид необычные и странные;

3- умеренная степень: странное, необычное поведение, внешний вид, интересы, хобби и занятия, которые выходят за рамки культуральной нормы, может вести себя неадекватно ситуации;

4- сильно выраженная степень: поведение и внешний вид не соответствуют общепринятым нормам, пациент может казаться растерянным, дискоординированным, движения разлажены, диспластичны;

5- очень сильно выраженная степень: значительные странности в поведении и внешнем виде, периодическая охваченность собственными переживаниями, ответы вне контекста беседы, неадекватный ситуации аффект, неприятие окружающими;

6- крайняя степень выраженности: грубо нелепые внешний вид и поведение (собираение мусора, разговор с самим собой на людях), несоответствие аффекта содержанию речи.

Д2 Причудливое мышление

Мышление характеризуется наличием странных, фантастических или нелепых идей (искаженность, алогичность или абсурдность).

0- отсутствие

1- сомнительная степень: редкие кратковременные причудливые идеи;

2- слабая степень: случайные идеи необычного содержания, алогия, искажения в мышлении;

3- умеренная степень: постоянные идеи необычного содержания, алогия и искажения мышления, которые можно квалифицировать как убеждения или философское мировоззрение, не выходящее за рамки культуральных норм;

4- сильно выраженная степень: постоянные идеи необычного содержания, охватывающие пациента и выходящие за рамки общепринятых религиозных или философских представлений;

5- очень сильно выраженная степень: алогичные конструкции странных идей, не понятных окружающим;

6- крайняя степень выраженности: охваченность фантастическими абсурдными неструктурированными идеями, недоступными для понимания окружающими.

Д3 Трудности концентрации внимания и сосредоточения

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) повышенная отвлекаемость на внешние и внутренние раздражители;

б) ухудшение формирования и удерживания внимания на предмете или смещение фокуса внимания на новый раздражитель;

в) повышенная отвлекаемость;

г) сложности в удержании в памяти предмета разговора.

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: случайные промахи при сосредоточении внимания на фоне психофизических нагрузок;

2- слабая степень: случайные расстройства внимания при решении повседневных задач;

3- умеренная степень: постоянные проблемы в сосредоточении внимания, сопровождающиеся трудностями поддержания беседы;

4- сильно выраженная степень: постоянные отвлечения внимания с утерей «нити» беседы;

5- очень сильно выраженная степень: может поддерживать необходимый уровень внимания и сосредоточения только при внешней поддержке;

6- крайняя степень выраженности: не способен к сосредоточению даже при внешней поддержке.

Д4 Нарушения в соблюдении личной гигиены и выполнении социальных требований

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) неопрятность, неухоженность, запущенность внешнего вида;

б) несоблюдение социальных норм, вызывающее поведение, безучастность или обособленность, чуждость, склонность внезапно без видимой причины прекращать беседу.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: недостаточное внимание к личной гигиене при соблюдении социальных требований к внешнему виду;

2- слабая степень: недостаточное внимание к личной гигиене, некоторая неряшливость, при соблюдении в целом социальных норм;

3- умеренная степень: периодическое, чаще ситуационное, безразличие к социальным нормам в отношении внешнего вида и одежды;

4- сильно выраженная степень: постоянная небрежность в отношении культуральных норм гигиены;

5- очень сильно выраженная степень: регулярно не моется, вид неопрятный, одежду не стирает, может источать неприятный запах;

6- крайняя степень выраженности: не заботится о внешнем виде, совсем не моется, источает неприятный запах, неопрятность не корректируется даже при прямом указании со стороны окружающих.

СУБШКАЛА Г

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

О1 Нарушение сна

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) трудности засыпания;
- б) ранние пробуждения без последующего засыпания;
- в) дневная сонливость;
- г) инверсия суточного ритма.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: сон не приносит чувства отдыха;

2- слабая степень: небольшие трудности засыпания или ночные пробуждения с последующим засыпанием;

3- умеренная степень: дневная сонливость, как результат трудностей засыпания или ранних пробуждений, более длительный сон, чем в норме;

4- сильно выраженная степень: сон значительно нарушен, что влияет на функционирование (ухудшение успеваемости или опоздания из-за сонливости);

5- очень сильно выраженная степень: значительные трудности засыпания или ранние пробуждения становятся ежедневными, может иметь место инверсия ритма сна, обычно пропускает дела, запланированные на день;

6- крайняя степень выраженности: невозможность заснуть в течение более чем двое суток.

О2 Дисфоричное настроение

Наличие одного или более из следующих пунктов, характеризующих депрессию:

- а) снижение интереса к прежним увлечениям;
- б) нарушения сна;
- в) повышение или снижение аппетита;
- г) анергия;
- д) трудности концентрации внимания;
- е) суицидальные мысли;
- ж) чувство собственной никчемности и/или вины.

И наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) тревога, паника, различные страхи и фобии;
- б) раздражительность, враждебность, гнев;
- в) невозможность расслабиться, напряженность, агитация;
- г) нестабильный фон настроения.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: часто чувствует себя подавленным или раздражительным;

2- слабая степень: ситуационно нестабильные и/или непредсказуемые периоды печали, плохого настроения, мрачных мыслей, которые могут сочетаться с тоской, раздражительностью или тревогой;

3- умеренная степень: чувства грусти, тревоги и недовольства;

4- сильно выраженная степень: периодически возникающие эпизоды грусти, раздражительности или подавленности;

5- очень сильно выраженная степень: постоянное присутствие сочетания подавленности, тревоги и раздражительности, расстройство влечений (злоупотребление ПАВ);

6- крайняя степень выраженности: выраженное сочетание подавленности, раздражительности и тревоги, что определяет поведение (суицидальные мысли/намерения/поступки, самоповреждения).

О3 Двигательные нарушения

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) субъективные или объективные признаки диспластичности, дискоординация, появившиеся трудности моторики при отсутствии их в прошлом;
- б) появление новых движений, таких как невротические привычки, стереотипии, характерные особенности при выполнении какого-либо дела, позирование или копирование движений кого-либо из окружающих;
- в) скованность, прерывистость движений;
- г) утеря автоматизма движений;
- д) компульсивные двигательные ритуалы.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: некоторая неловкость в движениях;

2- слабая степень: субъективная и объективная неуклюжесть движений;

3- умеренная степень: нарушение координации, обеднение движений, трудности в мелкой моторике;

4- сильно выраженная степень: стереотипии в двигательной сфере, нередко нелепые, неадекватные ситуации;

5- очень сильно выраженная степень: навязчивые движения (невротические привычки), ритуалы, позерство, гримасничанье;

6- крайняя степень выраженности: утеря естественности движений, кататонические явления, эхопраксия, дискинезия.

О4 Снижение толерантности к стрессу

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) избегание стрессовых ситуаций или их непереносимость и высокая истощаемость при сохранной стрессоустойчивости в прошлом;
- б) явные признаки тревоги в ответ на повседневные раздражители;
- в) усиление эмоциональных реакций на раздражительности при способности держать себя в руках в прошлом.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: усталость, истощенность в конце дня;

2- слабая степень: повседневные неурядицы вызывают неожиданно сильные приступы тревоги;

3- умеренная степень: замешательство в ситуации повседневных неурядиц;

4- сильно выраженная степень: усиленное противодействие повседневному стрессу;

5- очень сильно выраженная степень: избегает ситуаций, вызывающих стресс или чувствует подавленность вследствие повседневных раздражителей;

6- крайняя степень выраженности: дезорганизация поведения, паника, апатия или реакция отказа в ответ на повседневный стресс.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ПРЕМОРБИДА - PAS (Premorbid Adjustment Scale)

Субшкала «Детство» (до 11 лет)

1. Социальная активность

- 0 – Нет социальной отгороженности,
- 2 – Слабая степень социальной отгороженности, социальные контакты удовлетворительные при поощрении, снижение социальной активности в неблагоприятных условиях,
- 4 – Выраженная социальная отгороженность, патологическое фантазирование, возможно пассивное вовлечение в социальную активность, однако сам инициативы не проявляет,
- 6 – Самоизоляция, избегает социальных контактов.

2. Личностные взаимоотношения

- 0 – Много друзей (более 5), тесные дружеские связи («лучшие друзья» или доверительные отношения) с несколькими сверстниками,
- 1 – 2-5 друзей
- 2 – Дружба с 1-2 сверстниками, формальные отношения с остальными,
- 3 – Только формальные отношения,
- 4 – Девиантные дружеские отношения, дружба с детьми значительно старше или младше или только формальные отношения,
- 6 – Социальная изоляция, нет друзей, нет предпочтений в отношениях.

3. Учеба в школе (по сравнению с остальными учениками того же возраста в общей популяции (например, если отлично успевает только по избранным предметам – оценка не более 4)

- 0 – Отличная успеваемость (оценки только «5»),
- 1 – Оценки «4» и «5»,
- 2 – Хорошая успеваемость (оценки «4»),
- 3 – Оценки «3» и «4»,
- 4 – Удовлетворительная успеваемость (оценки «3»),
- 5 – «2» по некоторым предметам в четверти, полугодии,
- 6 – Исключение за неуспеваемость.

4. Школьная адаптация

- 0 – Хорошая адаптация, нравится класс, отсутствие или редкие дисциплинарные нарушения, имеет друзей в школе, нравится большинство учителей,
- 1 – Нравится класс, редкие дисциплинарные нарушения,
- 2 – Достаточная адаптация, случаются дисциплинарные нарушения, нет предпочтений в школьных предметах, нет особенной заинтересованности в школе, однако не прогуливает занятия. Имеет друзей в школе, но редко участвует во внешкольных мероприятиях,
- 3 – Иногда прогуливает занятия в школе,
- 4 – Плохая адаптация, не нравится школа, частые прогулы, частые дисциплинарные нарушения, возможные временные исключения из школы,
- 5 – Отказ посещать школу,
- 6 – Категорический отказ посещать школу, вплоть до деликвентного поведения и актов вандализма, направленных против посещения школы.

Субшкала «Ранний подростковый период (12-15 лет)»

1. Социальная активность

- 0 – Нет социальной отгороженности,
- 2 – Слабая степень социальной отгороженности, удовлетворительные социальные контакты при вовлечении в социальную активность, изредка ищет возможность уклониться от социальной активности,
- 4 – Выраженная социальная отгороженность, патологическое фантазирование, пассивно вовлекается в социальную активность, но инициативы не проявляет,
- 6 – Самоизоляция, избегает социальных контактов.

2. Личностные взаимоотношения

- 0 – Много друзей (более 5), тесные дружеские связи («лучшие друзья» или доверительные отношения) с несколькими сверстниками,

1 – 2-5 друзей

2 – Дружба с 1-2 сверстниками, формальные отношения с остальными,

3 – Только формальные отношения,

4 – Девиантные дружеские отношения, дружба с детьми значительно старше или младше или только формальные отношения,

6 – Социальная изоляция, нет друзей, нет предпочтений в отношениях.

3. Учеба в школе (по сравнению с остальными учениками того же возраста в общей популяции (например, если отлично успевает только по избранным предметам – оценка не более 4)

0 – Отличная успеваемость (оценки только «5»),

1 – Оценки «4» и «5»,

2 – Хорошая успеваемость (оценки «4»),

3 – Оценки «3» и «4»,

4 – Удовлетворительная успеваемость (оценки «3»),

5 – «2» по некоторым предметам в четверти, полугодии,

6 – Исключение за неуспеваемость.

4. Школьная адаптация

0 – Хорошая адаптация, нравится класс, отсутствие или редкие дисциплинарные нарушения, имеет друзей в школе, нравится большинство учителей,

1 – Нравится класс, редкие дисциплинарные нарушения,

2 – Достаточная адаптация, случаются дисциплинарные нарушения, нет предпочтений в школьных предметах, нет особенной заинтересованности в школе, однако не прогуливает занятия. Имеет друзей в школе, но редко участвует во внешкольных мероприятиях,

3 – Иногда прогуливает занятия в школе,

4 – Плохая адаптация, не нравится школа, частые прогулы, частые дисциплинарные нарушения, возможные временные исключения из школы,

5 – Отказ посещать школу,

6 – Категорический отказ посещать школу, вплоть до деликвентного поведения и актов вандализма, направленных против посещения школы.

5. Отношения с противоположным полом

0 – Появление заинтересованности противоположным полом («здоровый интерес»), возможна сексуальная активность,

1 – Появление заинтересованности противоположным полом, возможна мастурбация, заинтересованность групповым сексом, при недостаточной эмоциональной привязанности,

2 – Заинтересованность в мастурбации при снижении влечения к лицам противоположного пола,

3 – Мастурбация с неадекватными попытками установления взаимоотношений с противоположным полом. Гомо- и гетеросексуальные контакты,

4 – Гомосексуальные контакты с отсутствием заинтересованности противоположным полом,

5 – Отсутствие или редкие гомо- и гетеросексуальные контакты,

6 – Антисоциальное поведение, или активное избегание каких-либо контактов (подразумевается больше активная отгороженность, чем пассивное избегание)

Субшкала «Поздний подростковый период (16-18 лет)»

1. Социальная активность

0 – Нет социальной отгороженности,

2 – Слабая степень социальной отгороженности, удовлетворительные социальные контакты при вовлечении в социальную активность, изредка ищет возможность уклониться от социальной активности,

4 – Выраженная социальная отгороженность, патологическое фантазирование, пассивно вовлекается в социальную активность, но инициативы не проявляет,

6 – Самоизоляция, избегает социальных контактов.

2. Личностные взаимоотношения

0 – Много друзей (более 5), тесные дружеские связи («лучшие друзья» или доверительные отношения) с несколькими сверстниками,

1 – 2-5 друзей

2 – Дружба с 1-2 сверстниками, формальные отношения с остальными,

3 – Только формальные отношения,

4 – Девиантные дружеские отношения, дружба с людьми значительно старше или младше или только формальные отношения,

6 – Социальная изоляция, нет друзей, нет предпочтений в отношениях.

3. Учеба в школе (по сравнению с остальными учениками того же возраста в общей популяции (например, если отлично успевает только по избранным предметам – оценка не более 4)

0 – Отличная успеваемость (оценки только «5»),

1 – Оценки «4» и «5»,

2 – Хорошая успеваемость (оценки «4»),

3 – Оценки «3» и «4»,

4 – Удовлетворительная успеваемость (оценки «3»),

5 – «2» по некоторым предметам в четверти, полугодии,

6 – Исключение за неуспеваемость.

4. Школьная адаптация

0 – Хорошая адаптация, нравится класс, отсутствие или редкие дисциплинарные нарушения, имеет друзей в школе, нравится большинство учителей,

1 – Нравится класс, редкие дисциплинарные нарушения,

2 – Достаточная адаптация, случаются дисциплинарные нарушения, нет предпочтений в школьных предметах, нет особенной заинтересованности в школе, однако не прогуливает занятия. Имеет друзей в школе, но редко участвует во внешкольных мероприятиях,

3 – Иногда прогуливает занятия в школе,

4 – Плохая адаптация, не нравится школа, частые прогулы, частые дисциплинарные нарушения, возможные временные исключения из школы,

5 – Отказ посещать школу,

6 – Категорический отказ посещать школу, вплоть до деликвентного поведения и актов вандализма, направленных против посещения школы.

5. Отношения с противоположным полом

0 – Всегда проявляет «здоровый интерес» к лицам противоположного пола, проявляет сексуальную активность (не обязательно непосредственно сексуальные контакты),

1 – Регулярное проявление интереса к противоположному полу. Есть только один партнер, с которым «встречается» длительное время. (Включается и сексуальный аспект взаимоотношений, который является необязательным. Создание устойчивой пары),

2 – Гомо- и гетеросексуальные отношения, заинтересованность в групповых отношениях, нет устойчивой пары,

3 – Предпочтение мастурбации со снижением заинтересованности или отсутствием интереса к противоположному полу,

4 – Предпочтение мастурбации с неадекватными попытками установления взаимоотношений с противоположным полом. Гомо- и гетеросексуальные контакты,

5 – Гомо- и гетеросексуальные контакты с недостаточной заинтересованностью противоположным полом. Случайные контакты с противоположным полом.

6 – Отсутствия влечения.

Субшкала «Взрослый период» (с 19 лет).

1. Социальная активность

0 – Нет социальной отгороженности,

2 – Слабая степень социальной отгороженности, удовлетворительные социальные контакты при вовлечении в социальную активность, изредка ищет возможность уклониться от социальной активности,

4 – Выраженная социальная отгороженность, патологическое фантазирование, пассивно вовлекается в социальную активность, но инициативы не проявляет,

6 – Самоизоляция, избегает социальных контактов.

2. Личностные взаимоотношения

0 – Много друзей (более 5), тесные дружеские связи («лучшие друзья» или доверительные отношения) с несколькими сверстниками,

1 – 2-5 друзей

2 – Дружба с 1-2 сверстниками, формальные отношения с остальными,

3 – Только формальные отношения,

4 – Девиантные дружеские отношения, дружба с людьми значительно старше или младше или только формальные отношения,

6 – Социальная изоляция, нет друзей, нет предпочтений в отношениях.

3. Взаимоотношения с противоположным полом.

A. Состоящие в браке сейчас или в прошлом

0 – Состоит в браке, только один раз (или повторный брак по причине смерти партнера), живут отдельно, адекватные сексуальные взаимоотношения,

1 – Состоит в браке, ранее были эпизоды снижения сексуальной активности или внебрачных отношений,

1 – В браке более одного раза, в настоящем – повторный брак. Адекватные сексуальные отношения хотя бы в одном браке,

2 – В браке, разведен или в повторном браке с постоянной неадекватной сексуальной жизнью,

2 – В браке, но живет отдельно или разведен без повторного вступления в брак, был эпизод полноценной жизни с партнером не менее 3 лет,

3 – В браке, но живет отдельно или разведен без повторного вступления в брак в течение 3 лет, был эпизод полноценной жизни с партнером менее 3 лет,

B. Никогда не был в браке (для лиц 30 лет и старше)

2 – Были один или несколько партнеров, или были близкие отношения (не менее 2 лет), включая гомо- или гетеросексуальные контакты, или были близкие отношения с привязанностью, которые по каким-либо причинам не получили продолжение в браке,

3 – Гомо- или гетеросексуальные отношения с длительностью от 6 месяцев до 2 лет,

4 – Случайные гомо- или гетеросексуальные связи с одним или более партнерами, не было длительных отношений с одним партнером,

5 – Редкие или нечастые гомо- или гетеросексуальные связи

6 – Минимальный сексуальный или социальный интерес к лицам своего или противоположного пола, изоляция.

C. Никогда не был в браке (19-29 лет)

0 – Были хотя бы одни длительные отношения (не менее 6 мес), или были близкие отношения, которые по религиозным или иным причинам не могли быть зарегистрированы. Возможно живут вместе,

1 – Имеет несколько партнеров. Отношения длятся несколько месяцев, не было длительных отношений с одним партнером. Отношения могли быть серьезными, но их продолжение в браке по каким-либо причинам не произошло.

3 – Непродолжительные или короткие взаимоотношения с одним или более партнерами, не было длительных отношений с одним партнером,

4 – Случайные сексуальные или социальные контакты с лицами своего и противоположного пола без эмоциональной привязанности,

5 – Нечастые или редкие сексуальные и/или социальные контакты,

6 – Минимальный сексуальный или социальный интерес к лицам своего или противоположного пола, изоляция.

Субшкала «Общие характеристики»

1. Образование

0 – Полное высшее образование,

1 – Среднее-специальное и/или неполное высшее,

2 – Среднее образование,

4 – Окончил 8 классов,

6 – Не окончил 8 классов школы.

2. Учебная и трудовая занятость за период от 3 лет до 6 месяцев до первой госпитализации или манифестации психоза

0 – Все трудовое время,

2 – Половина трудового времени,

4 – Около 25% трудового времени,

6 – Не было

3. Изменения в трудовой или учебной деятельности за период от 1 года до 6 месяцев до первой госпитализации или манифестации происходили

0 – Внезапно,

2 – В течение 3 месяцев,

- 4 – В течение 6 месяцев,
- 6 – Постепенно, трудно или невозможно определить начало ухудшения
- 4. Частота эпизодов ухудшения трудовой или учебной деятельности или временного прекращения учебной деятельности за период от 3 лет до 6 месяцев до первой госпитализации или манифестации психоза**
- 0 – Сохранение прежней трудовой и учебной активности,
- 2 – Смена работы или перерывы в учебе 2-3 раза за весь период,
- 4 – Сохранение трудовой и учебной активности на одном месте от 8 месяцев до 1 года,
- 6 – Периоды трудовой или учебной деятельности менее 2 недель
- 5. Независимость от родителей**
- 0 – Успешно живет отдельно от родителей, самостоятелен, сам себя обеспечивает,
- 2 – Была безуспешная попытка жить отдельно. В настоящем живет в родительском доме. Частично обеспечивает свои потребности.
- 4 – Живет в родительском доме, следует советам родителей.
- 6 – Не было попыток жить самостоятельно, полностью зависим от родителей.
- 6. Общая оценка качества жизни пациента**
- 0 – Полностью удовлетворен (1)учебой или работой, (2)дружескими отношениями, (3)сексуальными отношениями, (4)имеет хобби и т.д. Доволен качеством жизни,
- 2 – В целом удовлетворен жизнью, но хотя бы в одной области жизни неуспешен,
- 4 – Неуспешен в 3 сферах,
- 6 – Неспособен функционировать или получать удовольствие от всех областей жизни.
- 7. Установление социальных и межличностных связей (оценивается по последнему периоду хорошего функционирования)**
- 0 – Руководитель или чиновник в официальных организациях, клубах, группах. Учится в школе, институте, активно участвует в общественной жизни. Вовлечен в социальные контакты с окружающими,
- 1 – Активный или заинтересованный участник, но не занимает руководящих позиций в различных социальных группах. Вовлечен в социальные контакты с окружающими,
- 2 – Формальный член социальной группы, не вовлечен в неформальные отношения. Имеет нескольких близких друзей,
- 3 – С подросткового возраста формальные дружеские отношения с несколькими знакомыми,
- 4 – С подросткового возраста друзей нет, отношения только формальные,
- 5 – С подросткового возраста замкнутый, малообщительный, предпочитает одиночество, минимальные попытки контактировать с окружающими,
- 6 – Нет желания контактировать с окружающими. Асоциальность или антисоциальность.
- 8. Интересы в жизни**
- 0 – Множество устойчивых интересов в следующих областях: дом, семья, друзья, работа, спорт, искусство, животные, растения, социальная активность, музыка, театр,
- 2 – Выраженная заинтересованность в некоторых сферах жизни, включая социальную активность, спорт, музыку и сексуальные отношения,
- 4 – Средне выраженная заинтересованность по нескольким сферам, таким как работа, семья, спокойная социальная деятельность. Интересы нестойкие.
- 6 – Отсутствие каких-либо увлечений и интересов.
- 9. Жизненный тонус**
- 0 – Активный, сильный, любит жизнь и умеет получать удовольствие. Общительный, внимательный, адекватный в межличностных отношениях,
- 2 – В основном адекватная активность, жизнестойкость,
- 4 – Значительное снижение жизненного тонуса, тенденция к созерцательности, пассивности, может справиться с жизненными трудностями, но чаще старается избежать их,
- 6 – Пассивный, созерцательный подход к жизни. Слабая жизнестойкость, не может справиться с проблемами, избегает их. Пассивный участник жизни.

ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ

Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS)

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)
 - 0- отсутствие
 - 1- выражение указанного чувства только при прямом вопросе
 - 2- жалоба высказывается спонтанно
 - 3- определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)
 - 4- пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально
2. Чувство вины
 - 0- отсутствие
 - 1- самоуничижение, считает, что подвел других
 - 2- чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах
 - 3- настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности
 - 4- вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания
3. Суицидальные намерения
 - 0- отсутствие
 - 1- чувство, что жить не стоит
 - 2- желание смерти или мысли о возможности собственной смерти
 - 3- суицидальные высказывания или жесты
 - 4- суицидальные попытки
4. Ранняя бессонница
 - 0- отсутствие затруднений при засыпании
 - 1- жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)
 - 2- жалобы на невозможность заснуть каждую ночь
5. Средняя бессонница
 - 0- отсутствие
 - 1- жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи
 - 2- многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели
6. Поздняя бессонница
 - 0- отсутствие
 - 1- раннее пробуждение с последующим засыпанием
 - 2- окончательное раннее утреннее пробуждение
7. Работоспособность и активность
 - 0- отсутствие трудностей
 - 1- мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби
 - 2- утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)
 - 3- уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности
 - 4- отказ от работы вследствие настоящего заболевания
8. Заторможенность
(замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

- 0- нормальная речь и мышление
- 1- легкая заторможенность в беседе
- 2- заметная заторможенность в беседе
- 3- выраженные затруднения при проведении опроса
- 4- ступор

9. Ажитация

- 0- отсутствие
- 1- беспокойство
- 2- беспокойные движения руками, теребление волос
- 3- подвижность, неусидчивость
- 4- постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ

10. Психическая тревога

- 0- отсутствие
- 1- субъективное напряжение и раздражительность
- 2- беспокойство по незначительным поводам
- 3- тревога, выражающаяся в выражении лица и речи
- 4- страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога

(сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердцебиение, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение)

- 0- отсутствие
- 1- слабая
- 2- средняя
- 3- сильная
- 4- крайне сильная

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы

- 0- отсутствие
- 1- утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе
- 2- прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы

- 0- отсутствие
- 1- тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил
- 2- любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы

(Утрата либидо, менструальные нарушения)

- 0- отсутствие симптомов
- 1- слабо выраженные
- 2- сильно выраженные

15. Ипохондрия

- 0- отсутствие
- 1- поглощенность собой (телесно)
- 2- чрезмерная озабоченность здоровьем
- 3- частые жалобы, просьбы о помощи
- 4- ипохондрический бред

16. Потеря в весе

А. По данным анамнеза

- 0- отсутствие

- 1- вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием
- 2- явная (со слов) потеря в весе
- 3- не поддается оценке

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно

- 0- менее 0,5 кг. в неделю
- 1- более 0,5 кг. в неделю
- 2- более 1 кг. в неделю
- 3- не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни

0- осознание болезни

1- осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомление и т.д.

2- полное отсутствие сознания болезни

18. Суточные колебания

А. Когда симптомы более выражены

- 0- отсутствие колебаний
- 1- утром
- 2- вечером

Б. Степень выраженности

- 0- отсутствие
- 1- слабые
- 2- сильные

19. Деперсонализация и дереализация
(измененность себя, окружающего)

- 0- отсутствие
- 1- слабая
- 2- умеренная
- 3- сильная
- 4- непереносимая

20. Параноидальные симптомы

- 0- отсутствие
- 1- подозрительность
- 2- идеи отношения
- 3- бред отношения, преследования

21. Обсессивные и компульсивные симптомы

- 0- отсутствие
- 1- легкие
- 2- тяжелые

СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ (PSP)

РАБОЧИЙ БЛАНК PSP

(1) Оцените, пожалуйста, больного в соответствии с уровнем нарушения функционирования, наблюдавшимся у него/нее за последние 7 дней. В этой шкале оцениваются нарушения в 4 –х основных областях функционирования:

Отсутствует Слабое Заметное Значительное Сильное Очень сильное

- a) социально полезная деятельность; включая работу и учебу
- b) отношения с близкими и прочие социальные отношения
- c) самообслуживание
- d) беспокоящее и агрессивное поведение

(2) Шкалой предусмотрено 2 набора операциональных критериев для оценки степени затруднений: один - для областей a-c, и отдельный – для области d.

Степени выраженности для областей a-c

- (i) Отсутствует
- (ii) Слабо выражено: об этом известно только очень близким людям
- (iii) Заметно выражено: затруднения очевидны любому человеку из окружения больного, но не оказывают существенного негативного влияния на способность больного выполнять свои функции в этой области, учитывая социо-культурный статус больного, его возраст, пол и уровень образования
- (iv) Значительно выражено: затруднения сильно препятствуют выполнению функций в данной области; тем не менее, больной все еще способен функционировать без профессиональной или социальной помощи, хотя бы даже не всегда адекватно и/или эпизодически; при посторонней помощи он/она способен достичь предыдущего уровня функционирования
- (v) Сильно выражено: имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование в этой области без профессиональной помощи, или ведут к деструктивному поведению, но тем не менее, опасность для жизни отсутствует
- (vi) Очень сильно выражено: нарушения и затруднения настолько выражены, что жизнь больного находится в опасности

Степени выраженности для области d

- (i) Отсутствует
- (ii) Слабо выражено: держится грубовато, замкнуто или постоянно жалуется
- (iii) Заметно выражено: например, говорит слишком громко или разговаривает с другими слишком фамильярно или принимает пищу социально неприемлемым образом
- (iv) Значительно выражено: публично оскорбляет других, ломает или портит вещи, поведение часто социально неприемлемо, но не опасно (например, публично оголяется или мочится)
- (v) Сильно выражено: частые вербальные угрозы или частое физическое насилие, без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб.
- (vi) Очень сильно выражено: определяется как частые агрессивные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб., или как поступки, которые с большой вероятностью могут привести к серьезному физическому ущербу.

(3) Оцените частоту беспокоящего и агрессивного поведения у пациента (область d) в течение последних 7 дней. Если агрессивное поведение возникало лишь один раз, но обстоятельства возникновения поведения и/ или история болезни пациента дают оценивающему основания полагать, что оно не повторится в ближайшем будущем, то степень выраженности может быть уменьшена на 1 балл (например, с «сильного» на «значительный»).

ИНСТРУКЦИИ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP

(4) Выберите 10-ти балльный интервал

Выбор 10-балльного интервала производится по четырем основным областям: (а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу; (б) отношения с близкими и прочие социальные отношения, (с) самообслуживание, (д) беспокоящее и агрессивное поведение

100-91 Полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны

90-81 Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди

80-71 Небольшие затруднения в одной или более областях **а-с**

70-61 Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях **а-с** или небольшие проблемы в области **d**

60-51 Значительные затруднения в одной из областей **а-с** или заметные проблемы в области **d**

50-41 Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях **а-с**, или сильно выраженные затруднения в одной из областей **а-с**, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области **d**

40-31 Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей **а-с**, или значительные проблемы в области **d**

30-21 Сильно выраженные затруднения в двух областях **а-с** или сильно выраженные проблемы в области **d**, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях **а-с**

20-11 Сильно выраженные нарушения во всех областях **а-d** или очень сильно выраженные проблемы в области **d**, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях **а-с**. Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20-16 баллов; если нет, то – в интервал 15-11 баллов.

10-1 Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6-10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5-1).

(5) Выберите балл в 10-ти балльном интервале.

При выборе окончательного балла в пределах 10-ти балльного интервала (например, в интервале от 31 до 40), следует учесть уровень нарушения в других областях; таких как:

- забота о физическом и психологическом состоянии
- способность поддерживать место проживания (дом, квартиру, комнату) в хорошем состоянии
- участие в ведении хозяйства, участие в семейной жизни или в жизни стационара
- интимные и сексуальные отношения
- забота о детях
- социальные связи, отношения с друзьями и лицами, оказывающими помощь больному
- соблюдение правил социума
- круг интересов
- распоряжение финансами
- пользование транспортом, телефоном
- способность справляться с кризисными ситуациями

Суицидальное поведение и риск суицида в этой шкале не учитываются

Приложение 5

Карта первичной оценки больных

1. Ф.И.О. больного _____
2. Возраст, г.р. _____
3. Дата обследования _____
4. Длительность заболевания _____
5. Длительность настоящего состояния _____
6. Диагноз МКБ-Х: _____
7. Преобладающий синдром _____

ШКАЛА ОЦЕНКИ ПРОДРОМАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ (SOPS)

ПП	СИМПТОМ (0-6 баллов)	Поступл ение	Выписка	Катамнез
ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ				
П1	Необычное содержание мыслей / бредовые мысли			
П2	Подозрительность / идеи преследования			
П3	Идеи величия			
П4	Перцептивные расстройства / галлюцинации			
П5	Расстройства мышления			
НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ				
Н1	Социальная изоляция / избегание			
Н2	Самоустранение			
Н3	Уменьшение эмоциональной экспрессии			
Н4	Уменьшение эмоциональной чувствительности			
Н5	Ослабление идеаторной активности			
Н6	Нарушения в ролевом функционировании			
СИМПТОМЫ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ				
Д1	Странное поведение и явления			
Д2	Причудливое мышление			
Д3	Трудности концентрации внимания			
Д4	Нарушения в соблюдении личной гигиены и выполнении социальных норм			
ОБЩИЕ СИМПТОМЫ				
О1	Нарушение сна			
О2	Дисфоричное настроение			
О3	Двигательные нарушения			
О4	Снижение толерантности к стрессу			
СУММА БАЛЛОВ				

ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ (HDRS)

ПП	СИМПТОМ	Поступле ние	Выписка	Катамнез
1.	Депрессивное настроение (0-4)			
2.	Чувство вины (0-4)			
3.	Суицид (0-4)			
4.	Бессонница ранняя (0-2)			
5.	Бессонница средняя (0-2)			
6.	Бессонница поздняя (0-2)			
7.	Работа и другая активность (0-4)			
8.	Заторможенность (0-4)			
9.	Волнение (ажитация) (0-4)			
10.	Психическая тревога (0-4)			

11.	Соматическая тревога (0-4)			
12.	Сом. Симптомы – жел.кишечные (0-2)			
13.	Сом. Симптомы – общие (0-2)			
14.	Генитальные симптомы (0-2)			
15.	Ипохондрия (0-4)			
16.	Потеря веса (0-2) + еженедельно (0-3)			
17.	Сознание болезни (0-2)			
18.	Сут.колебания (0-4) 1-прав., 2-инверт. + 1-слаб., 2-выр.			
19.	Деперсонализация (0-4)			
20.	Параноидные симптомы (0-3)			
21.	Обсес. и компульсивные симптомы (0-2)			
Общее количество баллов:				

ШКАЛА ОЦЕНКИ ПРЕМОРБИДА (PAS)

№№	ПУНКТЫ ШКАЛЫ	Поступление	Выписка (приемлемо для шкалы «Общие характеристи ки»)	Катамнез (приемлемо для шкалы «Общие характеристи ки»)
«Детство» до 11 лет				
1	Социальная активность (0-6)			
2	Личностные взаимоотношения (0-6)			
3	Учеба в школе (0-6)			
4	Школьная адаптация (0-6)			
	МАХ 24 БАЛЛА			
«Ранний подростковый период» 12-15 лет				
1	Социальная активность (0-6)			
2	Личностные взаимоотношения (0-6)			
3	Учеба в школе (0-6)			
4	Школьная адаптация (0-6)			
5	Отношения с противоположным полом (0-6)			
	МАХ 30 БАЛЛОВ			
«Поздний подростковый период» 16-18 лет				
1	Социальная активность (0-6)			
2	Личностные взаимоотношения (0-6)			
3	Учеба в школе (0-6)			
4	Школьная адаптация (0-6)			
5	Отношения с противоположным полом (0-6)			
	МАХ 30 БАЛЛОВ			
«Взрослый период» с 19 лет				
1	Социальная активность (0-6)			
2	Личностные взаимоотношения (0-6)			
3	Отношения с противоположным полом (0-6)			
	МАХ 18 БАЛЛОВ			
«Общие характеристики»				
1	Образование (0-6)			
2	Учебная /трудовая деятельность (0-6)			
3	Изменения в учебной/трудовой занятости (0-6)			
4	Частота эпизодов ухудшения (0-6)			
5	Независимость от родителей (0-6)			
6	Общая оценка качества жизни (0-6)			
7	Установление социальных связей (0-6)			

8	Интересы в жизни (0-6)			
9	Жизненный тонус (0-6)			
	МАХ 54 БАЛЛА			

ШКАЛА СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОГО И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (PSP)

	ПУНКТЫ ШКАЛЫ	Поступление	Выписка	Катамнез
1	Социально полезная деятельность (1-6)			
2	Социальные отношения (1-6)			
3	Самообслуживание (1-6)			
4	Беспокоящее и агрессивное поведение (1-6)			