

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ
(предвестники психических заболеваний)
(пособие для врачей и медицинских психологов)

Санкт-Петербург
2011

АННОТАЦИЯ

Пособие посвящено проблеме предрасположенности (диатеза) к психическим заболеваниям, которая сама по себе ещё не является болезнью, но предшествует ей и может рассматриваться как маркёр повышенного риска заболевания. Понятие диатеза в психиатрии не ново, но он рассматривался до сих пор почти исключительно как преддверие шизофрении (шизофренический диатез). Исследования, проведённые авторами в течение последних двух десятилетий, позволили распространить представления о диатезе и на другие эндогенные психические заболевания. В пособие обоснованы представления о психопатологическом диатезе как о состоянии предболезни, определены клинические границы признаков диатеза, систематизированы его проявления и определены типы диатеза, прогностически значимые в отношении риска развития в дальнейшем шизофрении, аффективных расстройств и неврозов, а также в отношении течения этих заболеваний. Установлено, что во многих случаях появление признаков диатеза так и не заканчивается развитием заболевания.

Пособие ориентировано на врачей и медицинских психологов, работающих в практической психиатрии и педиатрии.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы-составители: доктор медицинских наук, профессор А.П. Коцюбинский; кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Н.С.Шейнина.

Рецензенты: зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, д.м.н., профессор Н.Н. Петрова; зав. кафедрой психиатрии Санкт-Петербургской государственной Педиатрической Медицинской Академии, д.м.н., профессор Б.Е. Микиртумов.

Введение

Одним из наиболее сложных и противоречиво трактуемых вопросов клиники и теории психических расстройств является представление о природе и сущности аномальных явлений, наблюдающихся в преддверии заболевания. В работах, посвященных самым ранним признакам нарушения психической жизни, эти явления получают различное толкование и обозначение. В качестве ранних предвестников, предшественников, продромов и отдаленных продромов, форпост-синдромов, психопатологических «эпизодов», микроэпизодов, герольдных симптомов, «зарниц», ранних дисфункциональных состояний описывается широкий спектр различных нарушений, включающих как кратковременные или нераспознанные, но явные психотические расстройства, так и атипичные реакции на психо- и соматогении, а также некоторые психические, нейровегетативные и соматические дисфункции.

Клиническая сущность этих явлений и их отношение к развивающемуся впоследствии заболеванию трактуются весьма противоречиво в силу неоднозначного понимания структуры доболезненного периода и определения собственно начала заболевания. Это обстоятельство способствовало поляризации точек зрения: одни авторы рассматривают указанные нарушения как выражение уже начавшегося психоза, другие же полностью отрицают их связь с развившимся впоследствии заболеванием.

Вопрос же о прогностическом значении этих феноменов и о степени риска развития психического заболевания при их выявлении остается одним из наиболее спорных в психиатрии. Между тем, определение места субклинических эпизодических расстройств, отставленных от начала аутохтонного развития психического заболевания, в динамической системе «патос – нозос» имеет существенное значение для теории развития психозов. Уточнение их прогностического значения важно для практики здравоохранения, поскольку дает основания для решения вопроса о степени риска развития психического заболевания и целесообразности превентивного вмешательства при их выявлении, а также позволяет рассматривать эти феномены в качестве предикторов дальнейшего течения процесса на ранних его этапах.

Новизна

Впервые обоснована с применением адекватных математических моделей концепция клинической и патогенетической сущ-

ности психопатологических дисфункций как проявлений диатеза, предболезни.

Впервые проведено сравнительное исследование донозологических нервно-психических расстройств в группах больных шизофренией, аффективными расстройствами, неврозами и у практически здоровых людей, что позволило судить о прогностической значимости проявлений психопатологического диатеза для возникновения эндогенного психического заболевания. Полученные данные позволяют рекомендовать формирование групп риска психического заболевания по определенным критериям, исходя из особенностей проявления психопатологического диатеза, и создавать индивидуальные программы первичной профилактики психозов.

Впервые установлено, что уже на стадии предболезни прослеживаются тенденции к циклоидности и/или диссоциации, которые можно рассматривать как доманифестные проявления циркулярности и схизиса. Также впервые выявлена (с применением статистически достоверных данных) связь различных вариантов психопатологического диатеза с основными клиническими характеристиками развивающегося впоследствии заболевания. Таким образом, анализ особенностей проявлений психопатологического диатеза в доманифестном периоде позволяет судить о прогнозе клинического и социального восстановления психически больных на ранних стадиях заболевания.

Методологическое обоснование представления о психопатологическом диатезе и диагностике его проявлений

Истоки представления о диатезе лежат во введенном А.В. Снежневским [1972] определении *rathos'a* и развиваемой С.Б. Семичовым [1987] концепции предболезни.

Первоначально все исследования диатеза рассматривались относительно шизофрении. Позднее диатез стал изучаться в отношении всех эндогенных расстройств. В частности, этому посвящены концептуальные разработки С.Ю. Циркина [1995; 1998], называвшего диатез психопатологическим.

В рамках этого направления Н.С. Шейниной было впервые проведено системное изучение широкого спектра различного рода нейро-психических нарушений (дисфункциональных состояний) в анамнезе 160 больных шизофренией, характеризовавшихся от-

носителем неглубоким уровнем расстройств, дезадаптацией обратимого характера, эпизодичностью проявлений и отставленностью от начала аутохтонного развития процесса [Шейнина Н.С., 1985]. От продромальных проявлений шизофрении, знаменующих собственно начало процессуального заболевания, исследуемые феномены отличало отсутствие типичной динамики и признаков включенности в стереотип развития болезни. Из круга исследуемых феноменов исключались явные признаки психического дизонтогенеза типа ретардации и асинхронии развития [Ушаков Г.К., 1973] или «доманифестного шизофренического дизонтогенеза» [Юрьева О.П., 1970], различного рода реакции в структуре вялотекущей и резидуальной шизофрении, а также кратковременные, «стертые» вспышки явно психотического характера.

Исследование дисфункциональных состояний проводилось ретроспективно, путем тщательного опроса больных и их ближайших родственников. После накопления фактического материала и анализа литературных источников с целью унификации сведений и более полного выявления изучаемых расстройств был составлен специальный вопросник, направленный на «прицельное» обнаружение и описание изучаемых явлений.

При прицельном сборе анамнеза, специально ориентированном на выявление преморбидных нервно-психических дисфункций, они были обнаружены у 86% больных, причем 60% пациентов имело по несколько их различных вариантов. Оказалось, что дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией не являются нозоспецифическими феноменами, поскольку сходные расстройства были обнаружены в контрольных группах больных неврозами (50 человек) и практически здоровых лиц (50 человек). Вместе с тем, у больных шизофренией дисфункциональные состояния в анамнезе встречались достоверно чаще, чем в контрольных группах, и, в ряде случаев, отличались качественным своеобразием и относительно более грубыми проявлениями. Также достоверна и большая представленность среди больных шизофренией лиц, имевших по два и более дисфункциональных состояния, по сравнению с контрольными группами.

Разделяя «ранние» и «поздние» проявления дисфункциональных состояний у больных шизофренией (при этом «ранние» проявления диатеза встречались гораздо чаще, чем «поздние»: в среднем соответственно 1,34 и 0,86 на одного человека), Н.С. Шейнина выявила, что в периоде ремиссии у больных с «ранними» дисфункциональными состояниями отмечалась достоверно мень-

шая выраженность негативной симптоматики, чем у больных с поздними дисфункциональными состояниями. Таким образом, группа более редких «поздних» дисфункциональных состояний имела худший прогноз, чем группа более частых «ранних». Было установлено, что наличие свыше трех типов дисфункциональных состояний у одного человека является прогностически неблагоприятным признаком: у этих пациентов отмечалась большая прогрессивность заболевания, чем у больных с меньшим количеством донозологических расстройств в анамнезе.

То обстоятельство, что дисфункциональные состояния не являются нозоспецифическими нарушениями, представляется веским аргументом в пользу неправомочности их отнесения в разряд процессуальных расстройств. Кроме того, психопатологические дисфункции нельзя признать проявлениями болезни, поскольку они не выходят за рамки субклинических, донозологических расстройств, однако отнести их к вариантам нормы также не представляется возможным, так как нарушение адаптации все же происходит, а в части случаев следует даже обращение к врачу и констатация патологического состояния.

Следовательно, нервно-психические дисфункции занимают промежуточное положение между нормой и болезнью. Они свидетельствуют о повышенном риске психического заболевания, но не дают оснований для диагностирования текущего процесса. Совокупность этих особенностей соответствует понятию «предболезнь». Это состояние может стать «переходным» от нормы к болезни, но может и остаться максимальным проявлением нервно-психических нарушений, если повышенный риск заболевания так и не будет реализован на протяжении всей жизни индивидуума.

Количественные и качественные отличия нервно-психических дисфункций в анамнезе больных шизофренией и в контрольных группах и установление статистических отношений зависимости между различными типами дисфункциональных состояний и некоторыми клиническими характеристиками процесса позволили верифицировать изучаемые расстройства как показатель активизации ранее скрытых патогенетических механизмов в стадии предболезни — то есть как проявления психопатологического диатеза.

Таким образом, в 80-х годах впервые была обоснована (доказана с применением адекватных математических моделей) концепция клинической и патогенетической сущности психопатологических дисфункций как проявлений диатеза (эпизодической и

промежуточной его формы), представляющего собою предболезнь.

Позднее было сформировано представление о константной форме психопатологического диатеза [А.П.Коцюбинский, 1999]. При анализе данных о преморбидном периоде больных шизофренией (134 человека) была обнаружена связь особенностей проявлений константной формы диатеза с некоторыми клиническими характеристиками развившегося впоследствии заболевания, что подтвердило правомочность отнесения этих феноменов в разряд проявлений психопатологического диатеза.

Представление о константной форме психопатологического диатеза тесно смыкается с вопросом об их взаимосвязи с личностными расстройствами. Как показало исследование, проведенное А.А. Чумаченко [2003] на примере 203 больных шизофренией и аффективными расстройствами, преморбидная личность будущих психически больных, как правило, отличается сочетанием различных характерологических радикалов, и квалифицировать тип личности можно только по преобладанию одного/двух из них. При этом чем явственнее проявляются расстройства личности, тем в большей степени они «сцеплены» с симптомами психопатологического диатеза. Эти связи представляются вполне логичными в силу явного сходства содержания характерологических особенностей и конкретных проявлений константной формы диатеза, что свидетельствует об условности представлений о различии личностных расстройств и некоторых проявлений константной формы психопатологического диатеза. Учитывая то обстоятельство, что все варианты константного диатеза были выделены независимо от изучения характерологических особенностей исследуемых, данные о схожести проявлений константного диатеза по некоторым важным параметрам, а в ряде случаев и полной его тождественности с особенностями личности, являются веским аргументом в пользу гипотезы о возможности трактовки расстройств личности как верифицированного психопатологического диатеза.

Наконец, Ю.В. Мельниковой [2008] на примере 119 больных эндогенными психическими расстройствами было показано значение психопатологического диатеза для последующего социального восстановления больных; при этом роль психопатологического диатеза оказалась тем более значимой, чем меньше прогрессивные тенденции развившегося заболевания.

Эти данные в очередной раз подтвердили правомочность отнесения изучаемых феноменов к категории психопатологиче-

ского диатеза — характеристике той predisпозиции, которая в известной мере определяет как вероятность возникновения психического заболевания, так и его дальнейшее течение и даже возможный прогноз, что непосредственно отражается на возможностях функционального восстановления пациентов.

Наше понимание психопатологического диатеза является логическим продолжением не только идей об «уязвимости» будущих психически больных [Zubin J., Spring B., 1977], но и представлений о «шизофреническом диатезе» как состоянии предболезни, определяемом нервно-психической дезинтеграцией (дефицитарностью и диссоциированностью) различных сфер психики [Козловская Г.В., Горюнова А.В., 1986], как характеристики шизоидной и дисгармоничной личности [Снежневский А.В., 1972], клинически проявляющейся в личностной (при акцентуациях), реактивной, фазной и недифференцированной формах [Циркин С.Ю., 1995; 1998] и, с точки зрения R. Chung, P. Langeluddecke, C. Tennant [1986], сообусловливающей манифестацию психоза.

На этапе нынешних возможностей медицины и фармакологии изучение донозологических расстройств становится все более актуальным. Определение места разнообразных психопатологических расстройств в динамической системе «патос — нозос» имеет существенное значение для **теории** развития психозов. Уточнение их прогностического значения важно для **практики** здравоохранения, поскольку дает основания для решения вопроса о степени риска развития психического заболевания и целесообразности превентивного вмешательства при их выявлении, а также позволяет рассматривать эти феномены в качестве предикторов дальнейшего течения процесса на ранних его этапах.

Показания и противопоказания для процедуры диагностирования проявлений психопатологического диатеза

Показаниями для проведения процедуры диагностирования психопатологического диатеза является наличие донозологических субклинических нервно-психических расстройств, а также психопатологически отягощенная наследственность (как фактор риска возможного развития психического заболевания). Поскольку психопатологический диатез выявляется чаще всего в детском и подростковом возрасте, умение диагностировать его проявления и учитывать прогностическую значимость различных форм и ва-

риантов диатеза представляется особенно важным для педиатров общемедицинской сети, а также невропатологов, психиатров и медицинских психологов, работающих с детьми.

Противопоказаний для проведения процедуры диагностирования психопатологического диатеза практически не существует.

Материально-техническое обеспечение метода

Диагностическая процедура не требует применения специального оборудования или какой-либо техники. Проводится прицельный опрос испытуемого и лиц из его ближайшего окружения на предмет выявления отдельных проявлений психопатологического диатеза. Интерпретация результатов опроса осуществляется врачом или мед. психологом, сведущим в данном вопросе.

Описание метода

Под психопатологическим диатезом мы понимаем различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы.

С нашей точки зрения, явления психопатологического диатеза представлены на протяжении всего спектра психических расстройств от самых ранних признаков нарушения психической жизни (в форме донозологических проявлений), зачастую отставленных от манифестации эндогенного психоза длительным периодом благополучия, до пограничных состояний, находящихся в непосредственной близости от эндогенных психозов в континууме «здоровье — психоз» [Шейнина Н.С. с соавт., 2008].

Критерии, позволяющие диагностировать психопатологический диатез, следующие:

1. психопатологическая симптоматика непсихотического уровня, находящегося в регистре от нормы до пограничных расстройств личности;
2. наличие признаков тропности, но не специфичности по отношению к эндогенным психозам;
3. наличие различной степени психической дезадаптации обратимого характера.

Классификация и феноменология различных форм психопатологического диатеза

По признаку динамики мы выделяем три основные формы психопатологического диатеза: эпизодическую, промежуточную и константную.

1. Эпизодическая форма диатеза представлена широким спектром различного рода нейро-психических нарушений (дисфункциональных состояний), характеризующихся относительно неглубоким уровнем расстройств, дезадаптацией обратимого характера, эпизодичностью проявлений и отставленностью от начала аутохтонного развития процесса. Эти дисфункциональные состояния можно разделить на две группы: «ранние» проявления, выявляющиеся обычно до семилетнего возраста и встречающиеся гораздо чаще, и «поздние», возникающие, как правило, в школьные годы.

Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза.

- 1) психомоторные нарушения;
- 2) сверхценные детские страхи;
- 3) неспецифические нарушения сна.

Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:

1) «диссомнические» — особые формы нарушения сна (снохождения, внезапные пробуждения с чувством страха, ощущениями «полета в пропасть», «умирания»);

2) «шизотропные» — эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психотических расстройств (парейдолии, элементарные слуховые обманы, локальные сенестопатии, метаморфозии и другие элементарные расстройства восприятия; деперсонализационно-дереализационные расстройства; эпизоды своеобразной интеллектуальной несостоятельности; сверхценные идеи сенситивного характера у подростков);

3) «аффектотропные» — внешне немотивированные спады настроения и активности: астенические состояния длительностью от нескольких дней до двух месяцев, спонтанно проходившие, без суточных колебаний и вегетативных нарушений, с последующим многолетним периодом благополучия.

2. Промежуточная форма психопатологического диатеза — проявления реактивной лабильности: психогенно/соматогенно обусловленные непродолжительные изме-

нения самочувствия и поведения, но с чрезмерным «масштабом» реагирования относительно вызвавшей их причины.

Зачастую эпизодическую и промежуточную формы психопатологического диатеза трудно отделить от отдаленных продромов. С нашей точки зрения, критериями, позволяющими отграничить отдаленные продромы психического заболевания от проявлений эпизодической и промежуточной формы диатеза, являются следующие признаки: а) цикличность, а зачастую и стереотипность проявлений субклинических психопатологических расстройств, б) возможность вкрапления фрагментов («осколков») более глубокого уровня психических нарушений, в) «преемственность» наблюдающихся расстройств с развивающейся впоследствии клинической симптоматикой заболевания. При этом клинический опыт показывает, что можно диагностировать отставленные продромы при наличии двух из перечисленных признаков.

3. Константная форма психопатологического диатеза базируется на констелляции следующих характеристик — диссоциированности и дефицитарности (тотальной или парциальной) .

Приводим более подробную характеристику вариантов психопатологического диатеза.

1. Эпизодическая форма

а) Ранние проявления

Среди **психомоторных нарушений** выявлялись отдельные проявления гипердинамического синдрома в виде возбудимости, непоседливости, раздражительности, повышенной отвлекаемости внимания. Кроме этих явлений, отмечались различные навязчивые движения, например, привычка особым образом щелкать пальцами, качать ногой, теребить волосы и т.п.; нередко одни навязчивые движения сменялись другими. Как правило, и при лечении (назначались препараты кальция, транквилизаторы), и без него навязчивости угасали через 2-3 недели. Некоторые патологические привычные действия сохранялись вплоть до момента обследования (например, обкусывание ногтей или заусениц).

В группу психомоторных нарушений отнесены также нередко наблюдавшиеся в детстве у будущих больных шизофренией случаи заикания. Оно обычно выявлялось с 3 — 4 лет, усиливалось при волнении; появление заикания нередко провоцировал испуг. Как правило, заикающиеся дети занимались с логопедами, и к 8 — 10 годам эти явления сглаживались или исчезали совсем. На-

блюдались и другие нарушения речи: дизартрия, «проглатывание» концов слов.

В анамнезе исследованных больных нередко наблюдались случаи сочетания различных психомоторных нарушений.

Сверхценные детские страхи в анамнезе больных шизофренией всегда были психологически мотивированы, но они гипертрофировались в сознании пациентов, не поддавались разубеждению и не сопровождались тенденцией к преодолению, то есть имели все качества сверхценных образований, на что впервые указал В.В. Ковалев [1974]. Представляется интересным тот факт, что, несмотря на убежденность детей в обоснованности своих страхов, они, как правило, не делились ими с родителями, что может свидетельствовать об известной интровертированной направленности переживаний будущих больных шизофренией.

В этой группе дисфункций наблюдались два рода состояний.

а) Так называемые «детские» фобии — темноты, незнакомых предметов, чужих людей, одиночества, реальных (собаки, «чужие дяди» и т.п.) и фантастических (персонажи сказок) объектов. Преобладали страхи темноты и одиночества, нередко они сочетались. Дети с этими страхами боялись спать в темноте, входить в темную комнату, оставаться к квартире одни. В темноте им казалось, что может придти «домовой» или «циклопы», что под кроватью сидит кто-то страшный, «наверное, крокодил», или что за дверью кто-то стоит и т.д.

б) Своеобразные по фабуле фобические переживания (боязнь змей на картинках, страх боя курантов, пожара, внезапного начала войны или «конца света», боязнь реального захода солнца или страх исчезновения солнца в будущем, приступообразные страхи неминуемой собственной смерти или смерти родителей, страхи конечности жизни на Земле и т.п.).

В группу **неспецифические расстройства сна** включены трудности засыпания, поверхностный сон, кошмарные сновидения, сногворения. У детей до пятилетнего возраста эти нарушения сна нередко сочетались. Достаточно характерными были сообщения родителей о том, что больной в детстве с трудом засыпал, капризничал при укладывании, во сне вздрагивал, произносил неразборчиво какие-то слова, иногда плакал, несколько раз за ночь просыпался. В тех случаях, когда можно было разобрать содержание отдельных слов и фраз, произносимых во сне, было очевидно, что они включены в контекст сновидений, отражающих события дня, отдельные психотравмирующие ситуации. Фабула

кошмарных сновидений являлась отражением страхов, характерных для детского возраста: нападение различных животных, наезжающая автомашина, падение с кабиной лифта и т.п.

б) Поздние проявления

Согласно классификации J. Finke, W. Schulte [1979], к «**диссомническим**» (особым формам нарушения) сна отнесены случаи ночного энуреза, снохождений и внезапных пробуждений с чувством страха. Последние отличались от описанных выше (и в литературе) ночных страхов отсутствием изменения сознания и последующей амнезии. Пробуждение происходило в результате своеобразных ощущений: нехватки воздуха, «полета в пропасть», «умирания». Эти эпизодические стереотипные явления в какой-то мере близки к описанным А.Ц. Гольбиным [1979] вегетативным пароксизмам во сне. Эпизоды снохождений, как правило, ограничивались тем, что ребенок садился в постели или вставал и затем укладывался обратно, не просыпаясь. Иногда наблюдались более сложные и целенаправленные действия во сне.

К «**шизотропным**» отнесены эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психотических расстройств. Большая часть дисфункций этой группы представлена эпизодическими расстройствами чувственного познания, возникавшими в основном как реакция на интоксикацию при состояниях с выраженной гипертермией.

Это были различные метаморфозии («вдруг все становилось маленьким-маленьким и перевернутым»); парейдолии («трещины на потолке складывались в разные меняющиеся узоры: то голова лошади, то конница, то какая-то ветвистая звезда»); элементарные слуховые обманы в виде окликов на улице или эпизодов, когда на фоне высокой температуры несколько секунд слышался «неразборчивый шепот в ушах»; локальные сенестопатии («внезапное ощущение холодка, спускающегося по спине» или «покалывание» в голове и руках; явления, близкие к иллюзиям Мюллер-Лиера (во время тяжелого гриппа при закрытых глазах иногда казалось, что вокруг «что-то вроде Севастопольской битвы — матросы кругом, гранаты бросают»).

Наблюдались также за несколько лет до клинического выявления процессуального заболевания деперсонализационно-дереализационные расстройства в виде эпизодов *deja vu*, кратковременных ощущений нереальности окружающего или собственной отгороженности, «невключенности в происходящее». Эти эпизодически нарушения выявлялись как на фоне тяжелого сомати-

ческого заболевания или в период реконвалесценции, так и вне связи с экзогенными факторами.

Среди расстройств мышления наблюдались эпизоды своеобразной интеллектуальной несостоятельности, имеющие в основе кратковременные интенциональные нарушения. Отмечались также случаи возникновения у подростков сверхценных идей (в основном — сенситивного плана).

К **«аффектотропным»** дисфункциям — немотивированным спадам настроения и активности — отнесены наблюдавшиеся в анамнезе исследованных больных астенические состояния длительностью от нескольких дней до месяца, наступавшие без видимой причины и спонтанно проходившие. Для этих состояний были характерны повышенная утомляемость, потеря интереса к учебе, неглубокий уровень снижения настроения, иногда — дисфорический его оттенок. Суточные колебания состояний и вегетативные нарушения, свойственные депрессивным фазам, отсутствовали. Такие периоды астенизации со снижением умственной работоспособности отделялись от начала аутохтонного развития процесса многолетним периодом полного благополучия. Как правило, периоды снижения активности бывали кратковременными, до нескольких дней. В двух случаях астенические состояния продолжались около месяца.

2. Промежуточная форма

Эту группу проявлений диатеза представляют **невротические психогенные реакции** (рассматриваемые нами как выражение присущей будущим психически больным реактивной лабильности): психогенно обусловленные **непродолжительные** изменения самочувствия и поведения, но с чрезмерным «масштабом» реагирования относительно вызвавшей их причины.

В дошкольном возрасте — это астено-дистимические (субдепрессивные) эпизоды: резкое ухудшение сна и аппетита, плаксивость, раздражительность.

В школьном и более старшем возрасте — это психосоматические и истерические реакции и конверсионно-диссоциативные нарушения, всегда связанные с воздействием психогенных факторов.

Аффективные расстройства выступают при этом в виде стертых соматизированных или невротических субдепрессий с преобладанием obsessивных и фобических явлений, кратковременных или более затяжных дистимических, гипотимических состояний без признаков интеллектуального торможения, но с раз-

дражительность, угнетенностью, плаксивостью, ощущением физического нездоровья. Аффективный фон характеризуется неустойчивостью, в силу чего возможны неожиданные, хотя и кратковременные, улучшения состояния с последующим их «спадом».

Это непродолжительные изменения самочувствия и поведения, причинно обусловленные психотравмирующими факторами: угрозой развода родителей, переводом в другой коллектив, попыткой изнасилования, нападением собаки и т.п. Как видно, в одних случаях психотравмой служили внезапные и сильно пугавшие ребенка события, в других – длительные стрессовые ситуации, заставлявшие жить в постоянном напряжении и тревожном ожидании и приводящие в конце концов к нервным срывам. Нередко в характере невротических нарушений четко прослеживался их защитный механизм.

3. Константная форма характеризуется констелляцией двух базовых характеристик — диссоциированности и дефицитарности, которые, будучи «транстипологическими» [С.Ю.Циркин, 1998], доступны для изучения с использованием математических моделей анализа и позволяют исследовать весь спектр разнообразных по феноменологии и тяжести проявлений личностных расстройств.

1. Диссоциированность – несогласованность потребностей, способностей, установок и поведения в разных сферах психической жизни, проявляющаяся в следующих нарушениях:

- а) противоречивости характерологических черт (например, интровертированности со стремлением к лидерству);
- б) несоответствии субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения (например, декларируемой стеснительности со стеничным поведением);
- в) неравномерности уровня развития различных сторон психики (например: эмоциональной недифференцированности и интеллектуальной одаренности, затруднений в сфере логического или математического интеллекта при хорошем или даже опережающем развитии вербального интеллекта);
- г) несоответствии чрезмерно развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности (повышенная впечатлительность, живость воображения, эмоциональная неустойчивость) внешней сдержанности в проявлении эмоций, «холодности».

2. Дефицитарность — ущербность психики. Могут быть выделены как варианты дефицитарность тотальная и парциальная.

Проявления их следующие.

Тотальная дефицитарность включает:

- а) явления психического инфантилизма — относительно равномерно выраженная задержка развития как в сфере эмоционально-волевых проявлений, так и в сфере суждений, оценок и способностей к синтезу, критическому осмыслению ситуации и самого себя;
- б) пассивность всех психических проявлений, слабость побуждений при определенной эмоциональной нивелированности — так называемые «образцовые личности», «пассивные шизоиды», «дефицитарные личности».

Парциальная дефицитарность проявляется в отдельных сферах душевной деятельности:

- а) интеллектуальной — задержка в речевом развитии, неравномерность развития с элементами дисграфии, дислексии, дислалии, дискалькулии;
- б) эмоциональной — слабая насыщенность и дифференцированность эмоциональных переживаний; эмоциональная бедность, невысокая амплитуда аффективных реакций;
- в) «энергетической» — задержка в развитии моторики; снижение интенсивности побуждений; легкая степень безынициативности; некоторая общая заторможенность;
- г) коммуникативной — страх перед общением, трудность вхождения в любой коллектив; отсутствие длительных, прочных дружеских связей; отсутствие постоянных компаний; неумение поддержать беседу, особенно по телефону;
- д) сексуальной — сексуальная ретардированность при социальной зрелости, страх перед представителями противоположного пола и половыми отношениями.

Как видно из содержания, вкладываемого в понятие базовой составляющей константной формы диатеза, среди перечисленных расстройств нет несовместимых, и комбинирование разных составляющих — обычное явление.

Таким образом, к проявлениям константной формы диатеза особенности личности можно отнести только в том случае, если они сопровождаются несомненными проявлениями диссоциированности и/или дефицитарности различных аспектов функционирования индивидуума. При этом, как свидетельствуют проведенные нами исследования, при любом варианте константной формы психопатологического диатеза могут наблюдаться как специфические (для данного типа расстройства личности), так и неспецифи-

ческие реакции и состояния в виде различных проявлений эпизодической и промежуточной формы психопатологического диатеза.

Психопатологический диатез в разных нозологических группах

В 2003 году А.А. Чумаченко впервые было проведено сравнительное исследование проявлений психопатологического диатеза у больных шизофренией и аффективными расстройствами. Объектом исследования были 203 больных, из них шизофрения диагностирована у 153, аффективные расстройства — у 50 пациентов.

В обеих исследованных группах явления диатеза встречаются у подавляющего большинства больных: при шизофрении — в 85% случаев, при аффективных расстройствах — у 76% пациентов.

Учитывая возможность проявления психопатологического диатеза в типологически изолированных и смешанных вариантах, было проведено сопоставление двух групп больных и в этом отношении. Оказалось, что проявления психопатологического диатеза в обеих нозологических группах относительно редко укладываются в рамки изолированных форм. Они, как правило, полиморфны и наиболее выраженные из них играют роль радикалов в более сложных структурах, включающих признаки двух, трёх и более вариантов.

Различия между нозологическими группами относятся в основном к частоте появления разных вариантов диатеза и сводятся к следующему:

При шизофрении чаще, чем при аффективных расстройствах, встречаются:

- «ранний» эпизодический диатез;
- проявления «шизотропного» варианта позднего эпизодического диатеза;
- все виды константного диатеза.
- При аффективных расстройствах чаще встречаются проявления диатеза, тяготеющие к рекуррентному течению:
- проявления «аффектотропного» варианта позднего эпизодического диатеза;
- проявления промежуточной формы диатеза.

Полученные данные можно истолковать таким образом, что у лиц, предрасположенных к шизофрении:

А) предвестники заболевания склонны возникать в более раннем возрасте («ранний» эпизодический диатез), чем у будущих

аффективных больных, что представляется естественным для более злокачественного заболевания;

Б) имеют место более грубые проявления диатеза — «шизотропный» вариант эпизодического позднего («зарницы» будущего процессуального заболевания);

В) характерен константный диатез в виде тотальной дефицитарности, который отсутствует в преморбидном периоде у больных аффективными расстройствами.

Наличие другого варианта константного диатеза — парциальной дефицитарности — не только при шизофрении, но и при аффективных расстройствах позволяет сделать предположение, что представление о дефицитарности будущих больных шизофренией и отсутствии таковой у больных аффективными расстройствами является не вполне оправданным.

Представленность преморбидной парциальной дефицитарности и при шизофрении, и при аффективных расстройствах позволяет предполагать, что в обоих случаях явления недостаточности в отдельных сферах психической деятельности могут возникнуть ещё до начала заболевания.

При анализе связей проявлений психопатологического диатеза и клинических особенностей заболевания были выявлены следующие данные.

Прежде всего оказалось, что при принятом способе регистрации данных и заданном пороге величины коэффициента корреляции проявления диатеза не связаны ни с продуктивными проявлениями манифестного этапа, ни с проявлениями дефекта, ни с характеристиками ремиссии, но связаны с такой интегральной оценкой заболевания, как его прогредиентность.

Результаты анализа, проведённого с привлечением показателя прогредиентности, можно суммировать следующим образом.

1. В группе шизофрении у больных с проявлениями признаков «позднего» диатеза (независимо от его частных форм) прогредиентность выше, чем в случаях его отсутствия. Результат ожидаемый, он свидетельствует о срыве компенсаторных механизмов с возможным появлением рудиментарных психотических расстройств ещё на этапе предболезни.
2. Сравнение степени прогредиентности при наличии и при отсутствии признаков «позднего» диатеза в виде «аффекто-тропных» спадов настроения и активности у больных шизофренией показывает, что при наличии признаков данной формы диатеза прогредиентность ниже, чем при их отсутст-

вии. Это связано, вероятно, с тем, что проявления диатеза в виде спадов настроения и активности суть не что иное, как преморбидная циркулярность, а циркулярность при шизофрении – благоприятный прогностический признак.

3. У больных аффективными расстройствами, обнаруживающих в преморбидном периоде проявления «аффектотропного» варианта поздней формы диатеза, прогрессивность меньше, чем у тех, у которых таких проявлений диатеза нет. а при аффективных расстройствах проявления «поздней» формы диатеза, которые практически исчерпываются спадами настроения и активности, то есть циркулярностью. Эта циркулярность является благоприятным прогностическим признаком при чуждой ей шизофрении, и тем более она должна быть таковым при принципиально сходных с нею аффективных расстройствах.

Но гораздо в большей степени особенности проявления психопатологического диатеза связаны с продромальными явлениями.

Так, при шизофрении полиморфный «шизотропно» окрашенный диатез переходит в полиморфный продром, основу которого составляет «шизофреническая» триада: «интенциональные расстройства – первичный аутизм – дискордантность». При этом первичный аутизм и дискордантность являются патогномичными для шизофрении и не встречаются при аффективных расстройствах.

Эта триада, компоненты которой В.М.Воловик [1979] относил к «стержневым» расстройствам при шизофрении, знаменует собой «шаг в болезнь», который начинается с проявлений схизиса (выявленной «триады»).

При аффективных расстройствах полиморфный «аффектотропно» окрашенный диатез переходит в полиморфный продром, картина которого определяется «аффективной» триадой: «астенические расстройства – эмоциональная лабильность – депрессивные эпизоды». «Шаг в болезнь» начинается с аффективного регистра, причем в его проявлениях изначально отсутствуют радикалы «схизиса».

Следует отметить, что в продромальном периоде больных как шизофренией, так и аффективными расстройствами представлены эмоциональная лабильность и эпизодические астенические проявления, то есть психопатологические характеристики, представляющие собой наиболее унифицированный вариант реагирования на стрессогенные факторы.

Таким образом, можно утверждать следующее: 1) клинически очерченному началу психических заболеваний в большинстве случаев предшествуют различные варианты психопатологического диатеза, 2) проявлениям психопатологического диатеза свойствен полиморфизм, 3) отдельные виды психопатологического диатеза имеют различную прогностическую значимость.

Особенно важными представляется результаты, полученные при рассмотрении связей проявлений диатеза и симптоматики развернутого заболевания. Анализ этих связей позволяет сделать вывод, что уже на стадии предболезни прослеживаются тенденции к циклоидности и/или диссоциации, которые можно рассматривать как доманифестные проявления циркулярности и шизиса. В этом просматривается структурно-динамическая связь психопатологического диатеза с последующим заболеванием, и именно **циклоидность** и **диссоциацию** можно считать проявлениями действия патогенетических факторов в преморбидном периоде.

В последнее время появилось большое количество исследований, в «фокусе» которых – вопрос идентификации факторов риска психического заболевания. Описываются пре-, пери- и постнатальные вредности; различные особенности личности, в основном - шизоидный склад личности и различные сочетания шизоидности с другими характерологическими радикалами; атипичная физиологическая реактивность; субклинические соматовегетативные, двигательные, астенические, Фобические и другие проявления; семьи, где имеется больной ребенок или где больны родители; разнообразные социальные факторы.

Мы полагаем, что точнее все факторы риска разделить на основной и дополнительные.

Основной фактор риска — собственно предрасположение к шизофрении, то есть **уязвимость** к этому заболеванию.

Дополнительные факторы риска — это **стрессорные агенты**, способствующие выявлению и развитию процесса. Представляется целесообразным их разделение на внутренние и внешние.

К **внутренним факторам риска** мы относим различные изменения в организме, усиливающие генетически имеющуюся уязвимость, как-то различные пре-, пери- и постнатальные вредности, бурные эндокринные пертурбации подросткового периода и другие проявления биологического неблагополучия, усиливающие генетически обусловленную уязвимость к шизофрении. Так, К.Н. Назаров и И.Д. Лукашова [1974] показали, что экзогенные вредности внутриутробного и перинатального периодов, приво-

дящие к мозговой неполноценности, способствуют более раннему началу заболевания.

Внешними факторами риска мы считаем стрессогенные воздействия внешней среды — как микро-, так и макросоциума. К настоящему времени можно считать устоявшейся точку зрения, согласно которой ведущее место среди внешних факторов риска занимает семья.

Различные проявления психопатологического диатеза, с нашей точки зрения, являются не факторами риска, а **признаками риска**, так как не являются ни причиной возможного в будущем заболевания (как основной фактор), ни его «катализатором», «пусковым механизмом» (как дополнительные факторы), а служат внешним выражением активизации ранее скрытых патогенетических механизмов, показателем реальной готовности индивидуума к развитию психического заболевания, и в этом смысле их можно обозначить как индикаторы перехода от потенциально повышенного риска психического заболевания к актуально повышенному.

Итак, оценивая вероятность развития психоза, представляется целесообразным различать: 1) основной фактор риска — уязвимость к психическому заболеванию; 2) дополнительные факторы риска — стрессорные агенты: а) внутренние факторы риска — различные изменения в организме, усиливающие генетическую уязвимость; б) внешние факторы риска — стрессогенные воздействия внешней среды; 3) признаки риска — различные проявления психопатологического диатеза.

Такая систематика может служить основанием для выделения групп риска по психическому заболеванию и дифференциации мер **первичной психопрофилактики**.

В зависимости от проявлений психопатологического диатеза (а также данных о наследственности и особенностях семьи исследуемого) показано формирование групп риска развития психического заболевания с целью наблюдения и проведения мер первичной профилактики. Использованный подход позволяет на донологическом уровне формировать группы низкого, среднего и повышенного риска. Это может быть основой для дифференцированного подхода в медицинских, психологических и педагогических программах.

Таким образом, нами предлагается новый **диагностический подход** оценки вероятности возникновения эндогенного психиче-

ского расстройства и прогноза течения уже развившегося заболевания.

Изучение разнообразных проявлений психопатологического диатеза дает возможность квалификации наличествующего психического состояния любого индивидуума как «предиспозиции», «почвы» его дальнейшего психического здоровья и позволяет оценить степень риска наступления эндогенного психоза в дальнейшем, что служит основанием для составления и реализации индивидуальных программ первичной профилактики психозов.

Другой важной стороной анализа особенностей психопатологического диатеза является то обстоятельство, что различные проявления диатеза являются одной из характеристик прогноза дальнейшего течения заболевания у конкретного больного, позволяющей на ранних стадиях развития эндогенных психозов уточнять цели и задачи реабилитационной работы по адаптации психически больных.

Литература

1. Воловик В.М. Пограничные состояния и начало шизофрении // Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. — Л., 1979. — С. 80 — 87. — (Тр. Ленингр. науч.-иссл. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, т. 89).
2. Гольбин А.Ц. Патологический сон у детей.— Л.: Медицина, 1979. — 246 с.
3. Ковалев В.В. Возрастной аспект теории реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных (краткое содержание докладов). — Л., 1974. — С. 66 — 69.
4. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1986. — Т. 86. — Вып. 10. — С. 1534 — 1538.
5. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации психически больных: Автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. — СПб, 1999.— 46 с.
6. Мельникова Юлия Владимировна. Значение психопатологического диатеза для социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — СПб, 2008. — 22с.
7. Назаров К.Н., Лукашова И.Д. Анализ некоторых генотипических и средо-вых причин раннего начала шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1974. — Вып. 1. — С. 70 — 75.
8. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987. — 182 с.
9. Снежневский А.В. Nosos et patos schizophreniae // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. — М., 1972. — С.1 — 15.
10. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973.— 392 с.
11. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофре-

- ния // Социальная и клиническая психиатрия.— 1995.— № 2. — С. 114 — 118.
12. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатр. журн.— 1998. — № 4.— С. 5 — 8.
 13. Чумаченко А.А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — СПб, 2003. — 23 с.
 14. Шейнина Н.С. Дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — Л., 1985. — 16 с.
 15. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А. Психопатологический диатез. — СПб.: Гиппократ, 2008. — 128 с.
 16. Юрьева О.П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.— 1970.— Т. 70. — С. 1220 — 1234.
 17. Chung R., Langeluddecke P., Tennant C. Threatening life events in the onset of schizophrenia, schizophreniform psychosis and hypomania // Brit. J. Psychiat. — 1986. — No 148. — P. 680 — 685.
 18. Finke J., Schulte W. Schlafstörungen: Ursachen und Behandlung. — 2. Überarb.Auflage. — Stuttgart: Thieme, 1979. — 97 S.
 19. Zubin J., Spring B. Vulnerability — a new view of schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. — 1977. — Vol. 86. — P. 103 — 126.