

АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР
ВСЕСОЮЗНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

На правах рукописи

УШАКОВ Юрий Владимирович

УДК 616.895.8-036.66-07.

**ДЛИТЕЛЬНЫЕ РЕМИССИИ
ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ
ШИЗОФРЕНИИ
(КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ)**

14.00.18 — «Психиатрия»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва — 1987 г.

Гуфорова Валентина Юрьевна
автор. № 28/15-87

Работа выполнена в НИИ клинической психиатрии Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР.

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

доктор медицинских наук **Н. А. Мазаева**

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук, профессор **Л. М. Шамонова**,
доктор медицинских наук, профессор **М. А. Цивилько**

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ: **Центральный ордена Ленина Институт усовершенствования врачей.**

Защита состоится « » 1987 г. в часов
на заседании специализированного совета Д 001.30.01 при Всесоюзном
научном центре психического здоровья АМН СССР по адресу: Москва,
Каширское шоссе, дом 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР.

Автореферат разослан « » 1987 г.

Ученый секретарь:
специализированного совета
кандидат медицинских наук

Т. М. Лосева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Широкое применение активных методов лечения способствовало значительному увеличению числа больных шизофренией, находящихся в состоянии ремиссии. Большая часть из них "остаётся на всем протяжении ремиссии вне стен психиатрических стационаров", а "длительность ремиссий в этих случаях значительно превышает длительность приступов болезни" (Мелехов Д.Е., 1960, 1963).

Длительные ремиссии при шизофрении не являются редкостью. Показатели распространенности, приводимые разными авторами, колеблются в диапазоне от I до 25% среди всех больных шизофренией (Wyrsch I.Z., 1941; Зеневич Г.В., 1964; Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., 1972; Смудевич А.Б. с соавт., 1978) и от 25 до 55% среди больных с приступообразным типом течения (Жариков Н.М. с соавт., 1973; Смудевич А.Б. с соавт., 1978; Лобова Е.К., Либерман Д.И., 1978). Именно у этого контингента больных шизофренией выявляются наилучшие предпосылки к сохранению высокого уровня социально-трудовой адаптации, и он представляет собой значительный резерв для вовлечения в общественно-полезную деятельность (Жариков Н.М. с соавт., 1973; Смудевич А.Б. с соавт., 1978).

С учетом вышесказанного изучение ремиссионных состояний у больных шизофренией, поиск оптимального социо-терапевтического подхода, способствующего стабилизации ремиссионного состояния, повышению трудовой и социальной адаптации больных в постприступном периоде, приобретают в последние десятилетия все большую актуальность как в научно-теоретическом плане, так и исходя из насущных потребностей повседневной практики. Исследование длительных ремиссий позволяет наиболее отчетливо, учитывая их продолжительность, проследить особенности их клинической и социальной

динамики, роль терапевтических и социальных факторов, а также закономерности развития самого эндогенного процесса в формировании длительного и стабильного ремиссионного состояния.

Большинство проводившихся ранее клинико-катамнестических исследований длительных ремиссий при шизофрении носили преимущественно выборочный характер, охватывая небольшие однородные группы больных. Результатом этих исследований явились подробные клинические описания отдельных (в основном стенического полюса) вариантов длительных ремиссий при шизофрении (Мелехов Д.Е., 1958; Козюля В.Г., 1974, 1977; Измайлова Л.Г., 1974; Молчанова Е.К., 1976; Суховский А.А., 1976; **Vaillant G.E.**, 1978; Гурович И.Я. с соавт., 1979; Нефедьев О.П., 1983; **Johnstone E.C. et al.**, 1984; **Watts C.A.H.**, 1985).

Длительные ремиссии не являются неизменным стабильным состоянием, а имеют собственную динамику (Фрейеров О.Е., 1961; Молчанова Е.К., 1976). Тем не менее, предшествующие выборочные исследования больных с длительными ремиссиями при шизофрении в основном базировались на статическом их изучении. Работы с использованием динамического подхода составляли редкость и, в основном, либо ограничивались изучением периода их "дозревания" (Зеневич Г.В., 1964; Мелехов Д.Е., 1963; **Kayton M.D.**, 1973; **Donlon P.T.**, **Blacker K.H.**, 1973; **Eggers Ch.**, 1973; Гусова А.Б., 1978; Симашкова Н.В., 1985), либо осуществлялись применительно к решению проблемы резидуальных состояний (**Ernst K.**, 1962; Снежневский А.В., 1972; Штернберг Э.Я. с соавт., 1975; Ануфриев А.К., 1975; Смудевич А.Б., 1980; Мелехов Д.Е., 1981). Особенности динамики длительных ремиссий приступообразной шизофрении на всем их протяжении, как и тесно связанные с ними вопросы стабилизации состояния больных в приступном периоде, выбор

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Клинико-динамические аспекты длительных ремиссий при шизофрении // Журн. невропатол. и психиат. - 1987.-т.87,в.1.-с.71-77 / в соавт. с Н.А.Мазаевой/.
2. Клинико-социальный прогноз длительных ремиссий приступообразной шизофрении // Журн. невропатол. и психиат. - 1988.-т.88,в.1.-/принято к печати/.
3. Клиника и терапия нажитых аффективных расстройств в ремиссиях при приступообразной шизофрении // Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний /тезисы докладов Всесоюзного симпозиума/.- Томск, 1987.-с.160-161 / в соавт. с И.В. Абрамовой/.

адекватной врачебной тактики, терапии и социально-реабилитационных мероприятий, являются наименее изученными аспектами; отсутствует научно обоснованная клиническая типология длительных ремиссий, охватывающая все встречающиеся в популяции больных шизофренией варианты.

Вплоть до настоящего времени остаются единичными исследования длительных ремиссий, прерывающихся в последующем повторным психотическим приступом (Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., 1972; Кредитор Д.Х., 1975; Наджаров Р.А. с соавт., 1985). Не уточнены факторы, коррелирующие с возникновением отдаленных рецидивов, что затрудняет построение долгосрочного клинического и социального прогноза.

Хотя получившие в последние 10-15 лет широкое распространение эпидемиологические работы (Жариков Н.М. с соавт., 1973; Лобова Е.К., Храмельашвили В.В., 1977; Лобова Е.К., Либерман Ю.И., 1978; Смулевич А.Б. с соавт., 1978) существенно дополнили наши представления о распространенности и прогнозе длительных ремиссий, особенностях социальной адаптации больных, малая разработанность в этих исследованиях клинических аспектов затрудняла использование полученных обобщенно-статистических результатов в практической деятельности.

Все вышесказанное позволяет прийти к выводу о недостаточной изученности длительных ремиссий приступообразной шизофрении, необходимости использования при рассмотрении клиники, динамики, прогноза этих состояний и связанных с ними социо-терапевтических мероприятий одновременно клинико-катамнестического и эпидемиологического методов исследования.

Цель и задачи исследования. Целью настоящей работы явилось изучение клинико-динамических аспектов длительных ремиссий прис-

тупообразной шизофрении и особенностей социальной адаптации больных в этот период. Задачи исследования определялись следующим образом:

1. Изучение клинико-психопатологических особенностей длительных ремиссий у больных приступообразной шизофренией.
2. Исследование особенностей динамики длительных ремиссий при приступообразной шизофрении.
3. Установление факторов, коррелирующих с длительным и стабильным характером ремиссионных состояний.
4. Уточнение критериев долгосрочного прогноза ремиссионных состояний и, в частности, возможности прерывания их очередным приступом.
5. Исследование социальной адаптации больных с длительными ремиссиями приступообразной шизофрении, разработка дифференцированного социо-терапевтического подхода к этому контингенту больных.

Материал и методы исследования. Работа осуществлялась на базе психоневрологического диспансера № 21 Октябрьского района г.Москвы (главный врач - Саложникова И.Я.). Основными критериями отбора больных являлись: течение болезни развернутыми шизофреническими приступами с расстройствами галлюцинаторно-бредового, онейроидного, кататонического регистров, продолжительность ремиссионных состояний не менее 10 лет. Для исключения возможных возрастных и патопластических сосудистых влияний на клиническую картину ремиссий больные старше 60 лет в исследование не включались.

На протяжении 1984-1986 годов было предпринято сплошное обследование больных приступообразной шизофренией с длительными ремиссиями, учтенных в данном районе и отвечающих вышеуказанным критериям отбора. Методы исследования - клинико-катамнестический и эпидемиологический.

положительной динамикой в восстановлении социально-трудовой адаптации, нарушенной преимущественно лишь на этапе редукции психопатологических расстройств, социально-средовые факторы имеют также существенное значение. Стационарные ремиссионные состояния характеризуются, по сравнению с другими типами ремиссий, наиболее высокими социальными показателями и отсутствием какой-либо отчетливой их зависимости от социально-средовых влияний.

8. Неоднородность длительных ремиссий приступообразной шизофрении, существенные различия их клинических и клинико-динамических проявлений, социальных показателей обуславливают необходимость дифференцированного социо-терапевтического подхода к этому контингенту больных.

Тактика ведения больных в ремиссиях I типа (с отрицательной динамикой), терапевтические и социально-трудовые рекомендации аналогичны таковым при вялом течении процесса, когда щадящие условия труда и быта, постоянный прием поддерживающей психофармакотерапии (интенсивной, комбинированной и динамичной) способствуют стабилизации состояния больных и повышают возможности их адаптации.

Проведение социально-реабилитационных и терапевтических мероприятий у больных в ремиссиях II типа (с положительной динамикой) с целью повышения их социальной адаптации показано в первую очередь на этапе редукции психопатологических расстройств, с достижением которого большинство больных перестает нуждаться в активной терапии и социальной помощи.

Для большинства больных с ремиссиями III типа (стационарные ремиссии) традиционная система внебольничной психиатрической помощи с активным наблюдением в психоневрологическом диспансере и проведением постоянной поддерживающей терапии не является необходимой, а применение к ним существующих социально-правовых ограничений - оправданным.

сий оказались характер наследственной отягощенности, наличие или отсутствие признаков течения эндогенного процесса в доманифестном этапе, клинические особенности инициального периода, аутохтонность или провоцированность возникновения приступов, их психопатологическая структура и продолжительность.

5. Исследование показало, что частота отдаленных рецидивов при приступообразной шизофрении с длительными ремиссиями составляет 13,1%. Возможность их возникновения наиболее высока в стенических и гипертимных ремиссиях стационарного типа при сохранении выраженной тенденции к приступообразному течению эндогенного процесса и практически отсутствует при формировании ремиссий с отрицательной динамикой с признаками вялопрогредиентного течения болезни.

6. Наличие тенденции к возникновению повторных приступов, прерывающих длительные стационарные стенические и гипертимные ремиссии, коррелирует с констелляцией таких признаков, как высокая наследственная отягощенность шизофренией, частая экзогенная провоцированность приступов, возраст больных к моменту манифестации заболевания и формированию длительной ремиссии до 30 лет, выраженность в клинической структуре приступов кататонических расстройств.

7. Возможности социальной адаптации больных приступообразной шизофренией в длительных ремиссиях определяются особенностями психопатологической симптоматики и динамики ремиссий, степенью выраженности в них негативных расстройств, социально-средовыми условиями, имеющимися в каждом конкретном случае. В ремиссиях с отрицательной динамикой нарастание признаков вялопрогредиентного течения процесса обуславливает снижение возможностей социальной адаптации больных, сохранению которых способствует создание благоприятных социально-средовых условий. В ремиссиях с

Статистическая обработка результатов исследования проводилась по программам, разработанным в лаборатории математического анализа НИИ клинической психиатрии ВНИИЗ АМН СССР.

Общее число обследованных больных - 144 человека (76 женщин и 68 мужчин). Из них лично осмотрены 103. На каждого больного составлялись клинические истории болезни с учетом результатов личного обследования, сведений, полученных от ближайших родственников пациентов, амбулаторных карт психоневрологического диспансера и выписок из историй болезни психиатрических больниц, характеристик с места работы и обследования по месту жительства. Катамнестические сведения о 41 больном основывались на медицинской документации в связи с невозможностью личного осмотра. Полученные данные подвергались всестороннему анализу и, в совокупности с динамическим наблюдением за больными, позволяли осуществить объективную клиническую оценку каждого случая и судить о характере развития болезни.

В период обследования больные находились в возрасте от 30 до 60 лет. Преобладали пациенты старше 40 лет (77,8%). Манифестный приступ развился у 20 больных в возрасте 15-20 лет, у 73 - 21-30 лет, у 38 - 31-40 лет, у 13 больных - 41-50 лет. Как видно, предпочтительной являлась манифестация эндогенного процесса в юношеском и молодом возрасте, до 30 лет (в 64,5% случаев).

Общее число приступов, наблюдавшихся у больных обследованной группы на всем протяжении заболевания составляло 374 (в среднем 2,7 приступа на больного). 76 пациентов перенесли по 1 приступу, 28 - по 2 приступа, 14 - по 3 приступа, 26 больных - по 4 и более приступов.

У 136 больных на протяжении болезни отмечалась 1 длительная ремиссия, у 7 - 2, у 1 больного - 3 длительные ремиссии. В

общей сложности было проанализировано 153 длительные ремиссии, из них продолжительность 10-15 лет - 91 ремиссия, 16-20 лет - 37 ремиссий, свыше 21 года - 25 ремиссий.

Научная новизна исследования. Впервые осуществлено сплошное клинико-катамнестическое исследование обширной диспансерной когорты больных приступообразной шизофренией с длительными ремиссиями. Получены данные о частоте длительных ремиссий у больных приступообразной шизофренией, приведена их клиническая типология.

Выявлены наиболее характерные особенности динамики ремиссионных состояний. С учетом клинико-динамических аспектов описаны 3 типа ремиссионных состояний. I. Ремиссии с отрицательной динамикой, постепенным снижением их качества, наличием в постприступном периоде признаков прогрессивного течения болезни. 2. Ремиссии с положительной динамикой, постепенной редукцией позитивной симптоматики, повышением их уровня и стабилизацией состояния. 3. Стационарные ремиссионные состояния с неизменной клинической картиной на всем их протяжении. Обнаружена четкая зависимость формирования того или иного типа ремиссионного состояния от особенностей течения эндогенного процесса, в рамках которого оно наблюдается.

В ходе сопоставления длительных ремиссий, оставшихся стабильными на всем их протяжении, и ремиссий, прерывающихся повторным приступом, выделены конституционально-процессуальные факторы, коррелирующие с возможностью возникновения отдаленных рецидивов.

Установлено, что отдаленный социальный прогноз у больных с длительными ремиссиями обусловлен особенностями клинической динамики ремиссионных состояний.

депрессивных состояниях и профилактическая терапия солями лития.

ВЫВОДЫ

I. Сплошное клинико-катамнестическое исследование длительных ремиссий при приступообразной шизофрении, проведенное в одном из районов г.Москвы, показало, что они не являются редкостью. Число всех больных (в возрасте до 60 лет) с длительными ремиссиями составило 6,5% (144 человека) от общего количества больных шизофренией и 19,8% среди больных ее приступообразными формами.

2. В ходе изучения особенностей длительных ремиссий приступообразной шизофрении обнаружено их клиническое разнообразие. Установлено преобладание среди них ремиссий без позитивных расстройств с неглубокими негативными изменениями. Реже наблюдались длительные ремиссии с наличием позитивной симптоматики и чертами более выраженного шизофренического дефекта.

3. Длительные ремиссии не являются статическими состояниями, им свойственна определенная клиническая динамика, с учетом которой выделено 3 типа ремиссионных состояний. I. Ремиссии с отрицательной динамикой, постепенным снижением их качества, сохраняющимися признаками вялопрогрессивного течения болезни. II. Ремиссии с положительной динамикой, постепенной редукцией позитивной симптоматики, повышением их уровня и стабилизацией состояния. III. Стационарные ремиссионные состояния с неизменной клинической картиной на всем их протяжении.

4. Были обнаружены определенные статистически достоверные корреляции особенностей динамики собственно ремиссионных состояний с общими закономерностями течения эндогенного процесса. Прогностически значимыми для формирования того или иного типа ремис-

ли такими же, как при ремиссиях III типа.

В стационарных ремиссионных состояниях (III тип) социальные показатели больных по сравнению с другими типами ремиссий были наиболее благоприятными. Стойкая инвалидизация не являлась характерной, отмечалась лишь временная утрата трудоспособности (чаще всего на протяжении первого года после приступа). Некоторые больные принимали, как правило, назначенную еще в стационаре поддерживающую терапию и эпизодически пользовались во время депрессивных фаз больничными листами.

Социально-терапевтический подход в стационарных ремиссионных состояниях без позитивной симптоматики определялся характером и степенью выраженности негативных изменений у пациентов. Больные, у которых ремиссии определялись неглубокими личностными изменениями с заострением черт стеничности, гипертимности, сензитивности, не нуждались в каких-либо социально-реабилитационных и терапевтических мероприятиях. Оптимальному социальному функционированию способствовало снятие социальных ограничений, касающихся больных шизофренией. Социально-трудовая адаптация больных с чертами возбудимости в ремиссиях существенно улучшалась при их занятости в индивидуальных видах труда, наличии изолированных условий проживания. Сохранению социальных возможностей и активизации пациентов с астеническими расстройствами в ремиссиях и с признаками редукции энергетического потенциала способствовало создание соответствующей организации труда с несложным и небольшим объемом работ, ограничение домашних нагрузок и периодически проводимые курсы стимулирующей терапии ностропами.

При наличии в ремиссии позитивной симптоматики, которая, как правило, ограничивалась кругом аффективных расстройств, больным было показано симптоматическое лечение антидепрессантами при

Практическое значение результатов работы. Проведенное исследование позволило определить критерии прогнозирования того или иного типа динамики длительных ремиссий, возможности возникновения отдаленных рецидивов.

В ходе работы выявлено, что в целом больные с длительными ремиссиями приступообразной шизофрении сохраняют высокий уровень социальной адаптации, однако при этом обнаруживаются существенные различия в зависимости от типа динамики ремиссионного состояния. Исследована роль социально-средовых факторов и психофармакотерапии в стабилизации ремиссионных состояний.

Показана необходимость дифференцированной социо-терапевтической тактики при каждом типе динамики ремиссионного состояния, а также ремиссиях, прерывающихся повторным приступом. Обоснованы соответствующие социо-терапевтические рекомендации.

Полученные результаты внедрены в практику работы психоневрологического диспансера № 21 г.Москвы и могут быть использованы в работе врачей-психиатров при решении прогностических, социально-реабилитационных и терапевтических вопросов у этого контингента больных.

Дубликация результатов исследования. Результаты исследования доложены на облеклинической конференции НИИ клинической психиатрии Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР (1985), на заседании Московского общества невропатологов и психиатров (1987 г.). Материалы обобщены в 3 статьях, список которых приводится в конце автореферата.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на страницах машинописного текста (основной текст -150 страниц) и состоит из введения и 6 глав (обзор литературы, общая характеристика материала, 3 клинические главы, глава, посвященная особенностям социально-трудовой адаптации больных), заключения, выводов

и приложения. Библиографический указатель содержит 243 источника (155 работ отечественных, 88 - зарубежных авторов).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Как показало сплошное клинико-катамнестическое исследование, число всех больных приступообразной шизофренией (в возрасте не старше 60 лет), протекающей с развернутыми приступами и длительными, свыше 10 лет, ремиссиями, составляет 6,5% (144 человека) от общего количества больных шизофренией в данном районе и 19,8% среди больных ее приступообразными формами.

Клинико-психопатологические особенности длительных ремиссий приступообразной шизофрении. У 144 больных наблюдалось 153 длительных ремиссии. У 55 больных в длительных ремиссиях отмечалась позитивная симптоматика (у 46 пациентов клиническая картина ремиссий характеризовалась наличием аффективных фаз, у остальных 9 больных преобладала бредовая симптоматика), у большинства больных (89 из 144) она отсутствовала. У 97 пациентов клиника ремиссии определялась резко выраженным шизофреническим дефектом с заострением присущих еще в доприступный период личностных черт, таких как стеничность, гипертимность, возбудимость, сензитивность. У 47 больных состояние характеризовалось более выраженным шизофреническим дефектом с признаками редукции энергетического потенциала. При этом у одних больных (31 из 47) преобладали астенические расстройства, у других (11 из 47) - резкое сужение сферы деятельности с монотонной активностью, у третьих (5 из 47) - эмоциональное отупение, глубокий аутизм, общее снижение уровня личности.

Клинико-динамическая типология длительных ремиссий. Исходя из клинико-динамических особенностей, описаны 3 типа длительных ремиссий. I. Ремиссии с отрицательной динамикой, постепенным снижением их качества, наличием в постприступном периоде признаков прогрессирующего течения болезни (34 пациента: 16 женщин и 18 мужчин).

У 26 пациентов в этот период отмечалось восстановление трудоспособности, у 6 - со служебным ростом. Исчезла необходимость в инвалидности, которая была установлена II больным после приступа. Пациенты постепенно переставали пользоваться больничными листами и прибегать к психотропной терапии. Проведение социально-реабилитационных и терапевтических мероприятий с целью достижения оптимальной социальной адаптации больных в ремиссиях с положительной динамикой имело наибольшее значение именно на этапе становления ремиссионного состояния. Пациенты нуждались в создании благоприятных условий труда и быта (щадящие условия труда с уменьшением продолжительности рабочего дня, при необходимости предоставление листов временной нетрудоспособности или инвалидности 3 или 2 группы, ограничение круга домашних обязанностей, уход и опека со стороны близких родственников). Для синдромального лечения возникавших у больных в этот период психопатологических расстройств (аффективных фаз, микропсихотических эпизодов, экзacerbаций бредовой симптоматики) наиболее эффективным являлось применение нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов в сочетании с ноотропами.

По мере затухания и исчезновения позитивной симптоматики, формирования компенсаторных возможностей, состояние больных становилось клинически устойчивым и по уровню социальной адаптации приближалось к стационарным ремиссионным состояниям. Все значительнее уменьшалась необходимость в социально-реабилитационных мероприятиях и интенсивной терапии. С достижением устойчивого состояния с отсутствием психопатологических симптомов у большинства больных отпадала необходимость в активном психиатрическом наблюдении и регулярной психофармакологической коррекции. Принципы социо-терапевтической тактики, начиная с этого периода, бы-

нием шизофренического дефекта, расширением круга позитивной симптоматики, в частности, присоединением к аффективным расстройствам неврозоподобных и бредовых. У 19 больных отмечалось падение трудоспособности: у 12 - с профессиональным снижением, у 7 - с установлением группы инвалидности. Больные часто начинали пользоваться больничными листами, госпитализировались в психиатрические больницы, не могли обходиться без постоянного амбулаторного лечения. Если больным и удавалось сохранить свой социальный статус, то в значительной степени благодаря благоприятным социосредовым факторам: опека со стороны близких, щадящие условия труда, привычный круг обязанностей и общения. Изменения установившегося жизненного стереотипа приводили к ухудшению состояния больных. Пациенты этой группы нуждались в постоянной поддерживающей психофармакотерапии, аналогичной таковой у больных с вялотекущими формами шизофрении. Терапевтическая тактика должна была быть динамичной, с быстрым наращиванием доз в случаях появления аффективных фазных расстройств, эскалаций бредовой симптоматики. С учетом особенностей психопатологических синдромов, определявших клиническую картину этого периода болезни, наиболее эффективной оказывалась комбинированная психофармакотерапия с использованием различных классов препаратов: нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов. У больных с аффективными фазными расстройствами представлялось целесообразным применение с профилактической целью солей лития и карбамазепина.

В ремиссиях с положительной динамикой (II тип), характеризующихся постепенной редукцией позитивных расстройств, повышением уровня социальной адаптации и стабилизацией состояния, наиболее выраженные изменения как клинических, так и социальных показателей имели место на этапе редукции психопатологических расстройств.

2. Ремиссии с положительной динамикой, постепенной редукцией позитивной симптоматики, повышением их уровня и стабилизацией состояния (34 пациента: 21 женщина, 13 мужчин). 3. Стационарные ремиссионные состояния с неизменной клинической картиной на всем их протяжении (76 пациентов: 39 женщин и 37 мужчин).

Формирование того или иного типа ремиссионных состояний определялось особенностями течения эндогенного процесса.

Ремиссии с отрицательной динамикой (I тип) формировались преимущественно в случаях, когда манифестному приступу предшествовали признаки стертых, ближе к вялому (47%) или латентному (41,2%), течения болезни. Клинически оно выражалось проходящими провоцируемыми или аутохтонными аффективными и неврозоподобными расстройствами, микропсихотическими эпизодами по типу шизофренических реакций. Особенности этого варианта течения болезни являлись также отсутствие отчетливой преемственности в симптоматологических проявлениях инициального периода и последующего приступа и небольшое число перенесенных приступов (в среднем, 1,5 приступа на больного).

В ремиссиях I типа отрицательная динамика обуславливалась вялопрогредиентным течением эндогенного процесса с неврозоподобными, аффективными и бредовыми проявлениями. Течение болезни в ремиссии характеризовалось как углублением и расширением круга позитивных расстройств, так и нарастанием шизофренического дефекта: аутизацией, эмоциональным обеднением, сужением круга интересов, в отдельных случаях обнаруживались признаки падения энергетического потенциала. С увеличением длительности заболевания на отдаленных этапах ремиссии через 10-15 лет после приступа, в прединволюционном и инволюционном возрасте, выраженность негативных и позитивных расстройств достигала значительной степени. Тенденция к приступообразности в этих случаях в целом оказывалась незначительной, проявля-

лась преимущественно однократными острыми психотическими состояниями (у 24 больных).

В случаях ремиссий с положительной динамикой (II тип) возвращению приступу также более, чем у половины больных (64,6%) предшествовало стертое течение болезни. Однако, в отличие от вышеописанной группы, здесь речь шла преимущественно с латентном течении (58,8%), и лишь в единичных случаях оно могло быть отнесено к вялому (5,8%). Проявления болезни, являвшиеся отражением доманифестного этапа в развитии заболевания, характеризовались фобической симптоматикой, психопатоподобными и дисморфобическими расстройствами, явлениями метафизической интоксикации, реактивно-провоцированными и аутохтонными затяжными и атипичными депрессиями, а также исподволь нараставшими негативными изменениями. Характерным являлось формирование дисгармоничной личностной структуры, эмоционально обедненной, со склонностью к неадекватному реагированию и выраженным инфантилизмом, в существенной степени определявшим образ жизни больных. Сформировавшиеся, в основном чертах, у большинства больных еще в доприступном периоде явления неглубокого шизофренического дефекта не претерпевали по ходу дальнейшего течения болезни качественных изменений.

Длительные ремиссии с положительной динамикой могли быть условно разделены на 2 периода: 1) Редуцирования позитивных расстройств и постепенной, на протяжении 3-15 лет, стабилизации состояния. 2) Устойчивого состояния без признаков дальнейшей динамики эндогенного процесса. В первом периоде клиническая картина определялась явлениями реактивной лабильности, полиморфными аффективными расстройствами, остаточной бредовой симптоматикой и транзиторными психотическими эпизодами. Обнаруживалось определенное клиническое сходство психопатологической симптоматики инициально-го периода, предшествующего психотическому приступу, и периода

ностей их личностной структуры, характера негативных изменений. У больных с наличием позитивной симптоматики в длительных ремиссиях возможности социальной адаптации и характер социо-терапевтических мероприятий обуславливались не только степенью выраженности негативных, но и позитивных расстройств.

В целом, больные приступообразной шизофренией в длительных ремиссиях в значительной степени сохраняли возможности социальной адаптации. К периоду обследования 57 больных (39,6%) имели высшее образование (среди них было 5 кандидатов наук), 55 больных (38,2%) - среднее и среднее специальное, и только 32 больных (22,2%) - незаконченное среднее. 50 пациентов (34,7%) занимались интеллектуальным трудом, 50 (34,7%) - квалифицированным физическим трудом, лишь 37 больных (17,9%) - неквалифицированным трудом. 7 больным (12,7%) была установлена 2 группа инвалидности. 86 пациентов (59,7%) жили в собственной семье, 45 больных (31,2%) к периоду обследования были разведенными, 13 (9,1%) - оставались холостыми. 96 пациентов (66,6%) имели детей.

Если показатели социально-трудовой и семейной адаптации в группах больных с разными типами динамики длительных ремиссий незначительно отличались к периоду формирования ремиссионных состояний, то в последующем на протяжении длительной ремиссии они могли претерпевать существенные изменения.

В ремиссиях с отрицательной динамикой (I тип) в сравнении со II и III типом ремиссий изменения социального положения больных были наиболее неблагоприятными, что обуславливалось продолжающимся вялопрогредиентным течением эндогенного процесса. Выраженная дестабилизация состояния со снижением социальной адаптации особенно отчетливо обнаруживалась на отдаленных этапах ремиссии, через 10-15 лет после приступа, что было связано с постепенным углубле-

подобной симптоматики предвещало скорое развитие повторного приступа.

Только в 3 случаях (16%) длительные ремиссии, прервавшиеся новым приступом, относились к ремиссиям с положительной динамикой, с постепенной редукцией психопатологических расстройств и формированием клинически устойчивых состояний стенического типа. Среди длительных прервавшихся ремиссий не наблюдалось ремиссий с отрицательной динамикой.

Поскольку отдаленными рецидивами прерывались в основном стенические и гипертимные ремиссии стационарного типа, нами было проведено клинко-статистическое сопоставление ремиссионных состояний, прервавшихся повторным приступом (19 больных), и схожих с ними по клинической структуре и уровню социальной адаптации гипертимных и стенических ремиссий, остававшихся стабильными на всем протяжении анализируемого периода (28 больных: 13 женщин и 15 мужчин). Сравнительный анализ показал, что у больных с длительными ремиссиями, прервавшимися отдаленными рецидивами, отмечалась значительно более высокая наследственная отягощенность шизофренией, предпочтительная манифестация болезни и формирование длительных ремиссий у больных в возрасте до 30 лет, преимущественно провоцированный характер возникновения приступов, выраженность в клинической структуре приступов кататонических расстройств. Наиболее часто повторные приступы возникали в возрасте 35-37 лет при длительности ремиссий в пределах 10-15 лет.

Особенности социально-грудовой адаптации больных приступообразной шизофренией в длительных ремиссиях. Социально-терапевтическая тактика. Возможности социальной адаптации больных в длительных ремиссиях в значительной степени определялись непосредственно структурой ремиссионных состояний. У пациентов с ремиссиями без позитивной симптоматики социальная адаптация зависела от особен-

стабилизации ремиссии у одного и того же больного. По мере сглаживания и исчезновения вышеуказанных расстройств устанавливалось стационарное, устойчивое к внешним влияниям состояние, в большинстве случаев лишенное позитивной симптоматики. В его клинической картине на первый план выступали явления неглубокого шизофренического дефекта.

Ремиссии с положительной динамикой формировались также в случаях с мало выраженной тенденцией к приступообразности. Число перенесенных приступов составляло в среднем 1,9 на больного.

Ремиссии стационарного типа (III тип). В отличие от ремиссий вышеуказанных типов формировались в рамках приступообразной шизофрении, дебютировавшей непосредственно развернутым приступом. Хотя в доприступном периоде и могли наблюдаться отдельные психопатологические расстройства фобического и аффективного круга, в большинстве случаев они выступали изолированно, в рамках "форпост-симптомов", не сопровождаясь какими-либо признаками процессуальной динамики. Латентное течение болезни отмечалось лишь у 14 больных (18,4%). Симптоматика инициального периода, в тех случаях, где он наблюдался, четко коррелировала с психопатологическими проявлениями острого периода и определялась неразвернутыми бредовыми и галлюцинаторными расстройствами субпсихотического уровня. Клиническая картина длительных стационарных ремиссий на всем их протяжении не претерпевала существенных изменений. Чаще всего (у 56 больных) она определялась нерезко выраженным шизофреническим дефектом с явлениями аутизма, эмоциональной обедненностью, усилением присутствующих больным еще в доприступный период черт стеничности, гипертимности, сензитивности и повышенной возбудимости. Значительно реже (у 7 больных) длительные стационарные ремиссии характеризовались более выраженным шизофреническим дефектом астенического типа (по Губеру), когда эмоциональные изменения гиперестетического полк-

са сочетались с признаками редукции энергетического потенциала, со стойкими астеническими расстройствами. У части больных (13 пациентов) в структуре стационарных ремиссионных состояний помимо негативных изменений обнаруживались явления нажитой циклотимии, представленной преимущественно монополярными стертыми аффективными расстройствами.

Случаи приступообразной шизофрении, сопровождающейся формированием ремиссий стационарного типа, характеризовались большим числом приступов, чем вышеописанные. В среднем число приступов, приходящихся на одного больного, составляло 3,1.

С целью установления возможных прогностических интегративных критериев был проведен сравнительный анализ наследственно-конституциональных, преморбидных и других показателей, характеризующих течение заболевания у больных приступообразной шизофренией с разными типами динамики длительных ремиссионных состояний. Статистически достоверными признаками, коррелирующими с формированием наиболее благоприятных в клинико-социальном аспекте длительных ремиссий стационарного типа (III тип), являлись невысокая наследственная отягощенность шизофренией, отсутствие признаков течения эндогенного процесса в доприступном этапе, преемственность симптоматики инициального периода с психопатологическими проявлениями манифестного приступа, аутохтонность возникновения приступов, их малая продолжительность и острая структура со спутанностью сознания, растерянностью, психомоторным возбуждением.

В группе больных с отрицательной динамикой в ремиссии (I тип) обнаруживались: высокая наследственная отягощенность шизофренией, признаки вялого течения эндогенного процесса в доманифестном этапе; отсутствовала отчетливая преемственность в симптоматологических проявлениях инициального периода и последующего приступа; отмечались аутохтонность возникновения и большая про-

должительность приступов, полиморфизм их структуры с быстрой утратой остроты по мере развития приступа и изменчивостью синдромологических проявлений.

У пациентов с положительной динамикой в ремиссии (II тип) в доманифестном этапе преобладали признаки латентного течения болезни, клиническая картина инициального периода отражала обострение латентного течения и была схожа с таковой в последующем периоде стабилизации ремиссии (при этом не отмечалось преемственности с симптоматикой острого приступа), выявлялись отчетливая экзогенная провоцированность приступов, их острота и гомогенность структуры.

Клинические особенности длительных ремиссий, прервавшихся развернутым приступом. При проведении сплошного исследования длительных ремиссий на диспансерном материале было выявлено, что у 19 больных (10 женщин и 9 мужчин) из 144 они прерывались повторным развернутым приступом. Продолжительность длительных ремиссий в этих случаях составляла: у 15 пациентов 10-15 лет, у 4 - 16-21 год (в среднем 12,2 лет). Анализ клинической картины длительных прервавшихся ремиссий показал, что в большинстве случаев (у 16 больных - 84%) они относились к стеническим и гипертимным ремиссиям стационарного типа. Состояние больных характеризовалось повышенной активностью, неутомимостью, настойчивостью в достижении цели, уверенностью в своих силах, оптимизмом, неизменно ровным или слегка повышенным аффективным фоном и на протяжении многих лет оставалось стабильным. Повторному приступу предшествовал инициальный период, продолжительность которого могла достигать нескольких лет. Клиническими проявлениями его являлись аффективные фазы, реже бредовые расстройства, транзиторные микропсихотические эпизоды. Возникновение после длительного устойчивого состояния в стенических и гипертимных ремиссиях стационарного типа