

Усов Г.М., Арсланова А.В.

Наследственность и преморбидные особенности личности у пациентов, перенесших в дебюте психического заболевания психотическую манию

Кафедра психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск

Usov G.M., Arslanova A.V.

Hereditary load and premorbid personality features in patients with atypical mania in the debut of mental disorder

Резюме

Было проведено сравнительное исследование наследственной отягощенности и преморбидных особенностей личности у пациентов с психотической манией. Всего было обследовано 125 человек (77 мужчин и 48 женщин), которые были разделены на 2 группы. Основную группу составили пациенты, в манифесте заболевания у которых отмечалась атипичная мания, протекающая с неконгруентными аффекту бредовыми идеями, а также психическими автоматизмами и/или галлюцинациями (n=54). В группу сравнения были включены пациенты, перенесшие в дебюте психического заболевания манию с конгруентными аффекту психотическими симптомами (n=71). Полученные данные свидетельствуют о накоплении аффективной патологии в семьях больных с аффективными психозами. Также была выявлена более частая встречаемость гипертимной и возбудимой акцентуаций у пациентов с атипичной манией. Полученные результаты могут быть использованы в качестве научной основы для разработки комплекса психосоциальных программ для таких пациентов. **Ключевые слова:** наследственная отягощенность, преморбидные особенности личности, психотическая мания, атипичная мания

Summary

Hereditary load and personality features were investigated in 125 patients (77 men and 48 women) with psychotic mania. All the patients were divided in two groups: with mood incongruent or atypical (n=54) and mood congruent (n=71) psychotic symptoms. That results show high level of hereditary load in patients' families. High prevalence of hyperthymic and explosive personalities was indicated in patients with atypical mania. The results obtained in this study can be used as scientific basis in psychosocial rehabilitation of the patients.

Key words: hereditary load, premorbid personality features, psychotic mania, atypical mania

Введение

В настоящее время гетерогенность спектра аффективных расстройств считается доказанной [1,3,10,15]. При изучении семейного анамнеза было установлено, что в семьях пациентов, страдающих униполярной депрессией, накапливаются случаи данного заболевания, в то время как в семьях лиц, страдающих биполярным расстройством, среди родственников преобладают расстройства биполярного спектра и шизофрения [2,4,9]. В последующем эти данные были подтверждены результатами генетических исследований [6]. Дальнейшее изучение вопроса показало, что и в рамках расстройств биполярного спектра прослеживается генетическая неоднородность, которая проявляется в различных формах наследственной отягощенности. В

частности, в исследовании HABILOS было показано, что пациенты, перенесшие хотя бы одну манию с неконгруентными аффекту психотическими симптомами, выделяются по целому ряду параметров, в том числе, большей частотой психотических расстройств среди ближайших родственников [7,13,14]. Однако, по мнению многих авторов, вопросы разграничения различных форм эндогенных (в т.ч. биполярных аффективных) расстройств нуждаются в дальнейшем изучении [2,5,10].

Цель: оценка наследственной отягощенности у лиц первой степени родства, а также преморбидных особенностей личности у пациентов с психотической манией, сопряженной с конгруентными и неконгруентными психотическими симптомами.

Материалы и методы

Всего нами было обследовано 125 человек (77 мужчин и 48 женщин). Данные были получены в ходе интервьюирования самих пациентов и изучения их историй болезни и амбулаторных карт. Средний возраст на момент дебюта заболевания составил у мужчин – $27,14 \pm 10,36$ лет, у женщин – $27,9 \pm 9,9$. Критериями включения в исследование являлись: 1) перенесенный впервые в жизни маниакальный эпизод, с психотическими симптомами, 2) возраст пациентов в дебюте психотической мании от 18 до 55 лет, 3) диагноз: шизофрения и расстройства шизофренического спектра, маниакальный эпизод с психотическими симптомами, биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами, верифицированные по МКБ-10 (F2, F30.2, F31.2).

Критерием исключения из исследования являлась тяжелая сопутствующая органическая патология ЦНС, в том числе выраженные когнитивные расстройства, для исключения вторичного характера мании.

Далее весь массив пациентов был разделен на две группы. В основную группу были включены пациенты, в манифесте заболевания у которых отмечалась атипичная мания, протекающая с неконгруэнтными аффекту бредовыми идеями, а также психическими автоматизмами и/или галлюцинациями. В нее были включены 54 человека: 34 мужчины (63%) и 20 женщин (37%). Средний возраст начала заболевания составил $28,04 \pm 10,3$, а длительность катamnестического наблюдения в среднем – $4,15 \pm 4,59$ лет. Среднее количество регоспитализаций по катamnезу составило $1,4 \pm 2,15$.

В группу сравнения были включены 71 человек, перенесшие в дебюте психического заболевания манию с конгруэнтными аффекту психотическими симптомами: 43 мужчины (60,6%) и 28 женщин (39,4%). Средний возраст дебюта заболевания составил $26,9 \pm 10,1$. Длительность катamnестического наблюдения в группе сравнения составила $5,5 \pm 8,53$. Среднее количество регоспитализаций по катamnезу составило $1,69 \pm 2,63$.

Таким образом, обе группы были сопоставимы по половому и возрастному составу, длительности заболевания, а также по количеству регоспитализаций при катamnестическом наблюдении.

В настоящем исследовании нами использовались следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катamnестический, статистический.

Результаты и обсуждение

Частота наследственной отягощенности среди пациентов обеих групп представлена в таблице 1. Наследственность по линии отца была отягощена у 24,1% человек в основной группе и у 29,5% человек в группе сравнения. По линии матери в основной группе лиц с отягощенной наследственностью было 21,3% человек, в группе сравнения – 16,9%. Со стороны sibсов наследственность отягощена в основной группе – в 8,4% случаев, тогда как в группе сравнения – в 2,8% случаев. Таким

образом, различия достигли статистической значимости ($\chi^2=3,464$; $df=2$; $p>0,05$).

В основной группе примерно равное количество пациентов было с отягощенной наследственностью как по линии отца (24,1%), так и по линии матери (21,3%), без статистически значимых различий. Причем в равном процентном соотношении (9,3%) со стороны обоих родителей встречалась патология аффективной сферы. На втором месте по распространенности была возбудимая психопатия: по линии отца – 7,4%, по линии матери – 6,4%. Наследственная отягощенность со стороны sibсов отмечалась в 8,4% случаев, при этом наиболее частой нозологией была шизофрения (3,7%).

В группе сравнения у большинства обследованных (56,3%) наследственность была психопатологически не отягощена. По линии отца наследственность была отягощена чаще (29,5%), чем по линии матери (16,9%). Данные различия достигали статистической значимости ($\chi^2=5,865$; $df=2$; $p<0,05$). Со стороны обоих родителей наследственность была чаще отягощена шизофренией (со стороны отца – 9,6%, со стороны матери – 8,5%). Наркологическая патология по линии отца встречалась у 8,4% обследованных, аффективные расстройства в 5,9%. По линии матери у 4,2% человек наследственность была отягощена по наличию аффективных расстройств. Со стороны sibсов наследственность была отягощена всего в 2,8% случаев, в равных процентных соотношениях – в 1,4% по наличию аффективных расстройств и наличию алкоголизма/наркомании (без статистически значимых различий).

По данным различных ученых [11,17] аффективные расстройства возникают при индивидуальной повышенной чувствительности к стрессу. Так же известно [5], что экзогенный стрессовый фактор может играть, как патогенетическую, так и провоцирующую роль в дебюте психотической мании. Поэтому в ходе исследования нами была предпринята попытка изучения преморбидных черт личности пациентов, а также социально-психологических факторов в преморбидном периоде для оценки взаимосвязи с клинико-динамическими показателями заболевания после его манифестации.

В обеих группах среди личностных девиаций преобладали акцентуации характера (55,5% в основной группе и 59,2% в группе сравнения). Лиц без каких-либо личностных девиаций встречалось больше в основной группе – 26% человек, в группе сравнения – 19,7%. У 18,5% обследованных в первой группе выявлены психопатические проявления, в группе сравнения таких пациентов встречалось больше – 21,1%. Полученные данные представлены в таблице 2.

Подробные характеристики личностного профиля в сравнительном аспекте в двух группах наглядно представлены в таблице 3.

В обеих группах чаще встречалась гипертимная акцентуация, в группе сравнения – 33,8%, в основной группе – 27,8%. На втором месте по встречаемости: в основной группе была возбудимая акцентуация – 24%, в группе сравнения – экстраверсия – 29,6% человек.

Таблица 1. Психопатологически отягощенная наследственность.

Наследственная отягощенность	Количество признаков			
	Основная группа (n=54)		Группа сравнения (n=71)	
	Абс	%	Абс	%
Наследственность не отягощена	30	55,5	40	56,3
Отягощена со стороны отца:	13	24,1	21	29,5
шизофрения:	2	3,7	7	9,6
депрессии/суициды/мании	5	9,3	4	5,9
возбудимая психопатия	4	7,4	2	2,8
алкоголизм/наркомания	2	3,7	6	8,4
судимость	0	0	2	2,8
Отягощена со стороны матери:	11	21,3	12	16,9
шизофрения:	1	1,9	6	8,5
депрессии/суициды/мании	5	9,3	3	4,2
возбудимая психопатия	3	6,4	0	0
алкоголизм	2	3,7	2	2,8
судимость	0	0	1	1,4
Отягощена со стороны сыбсов:	5	8,4	2	2,8
шизофрения:	2	3,7	0	0
депрессии/суициды/мании	1	1,9	1	1,4
алкоголизм/наркомания	2	2,8	1	1,4
Всего*	59	109,3	75	105,7

* – сумма более 100%, т.к. у части больных наследственность была отягощена по линии нескольких родственников.

Таблица 2. Выраженность личностных девиаций в основной группе и в группе сравнения.

Выраженность личностных девиаций	Основная группа (n=54)		Группа сравнения (n=71)	
	Абс. чел.	%	Абс. чел.	%
Акцентуация черт характера	30	55,5	42	59,2
Психопатические проявления	10	18,5	15	21,1
Гармоничная личность	14	26	14	19,7
Всего	54	100	71	100

Третьей по распространенности была гармоничная личность в основной группе (18,5%) и возбудимость (22,5%) в группе сравнения. Различия достигли статистической значимости ($\chi^2=0,323$; $df=2$; $p>0,05$). Так же достаточно часто встречалась неустойчивая акцентуация, без статистически значимых различий в обеих группах: 14,8% в основной и 15,5% в группе сравнения.

Также нами рассматривалась частота возникновения периодов приподнятого настроения, не достигающего степени выраженности гипомании, в преморбидном периоде. Данные состояния расценивались, как ощущение пациентом хорошего настроения, появление чувства успешной жизнедеятельности, но без нарушений сна, речевой и моторной активности. Чаще всего такие состояния отмечались в основной группе: более пяти периодов приподнятого настроения перенесли в основной группе

9,3% человек, в группе сравнения – 5,6%. Один-два подобных эпизода встречались чаще в группе сравнения – 35,2%, в основной группе – 31,5%. Данные наглядно представлены в таблице 4.

У подавляющего большинства обследуемых на момент дебюта заболевания отмечалась благоприятная обстановка в семье, хотя у пациентов из группы сравнения гармоничные отношения встречались несколько чаще (60,6%), чем у пациентов в основной группе (53,7%). Соответственно, конфликтные взаимоотношения чаще наблюдались в семьях в основной группе (18,5%), чем в группе сравнения (14%), различия по данному показателю достигали статистической значимости ($\chi^2=1,067$, $df=2$, $p>0,05$). Формальные отношения в семьях встречались в основной группе – 27,8%, в группе сравнения – 25,4%. Данные представлены в таблице 5.

Таблица 3. Преморбидные личностные особенности в основной группе и в группе сравнения.

Преморбидные личностные особенности	Основная группа (n=54)		Группа сравнения (n=71)	
	Абс., чел	%	Абс.,чел.	%
Гипертимность	15	27,8	24	33,8
Возбудимость	13	24	16	22,5
Экстраверсия	7	13	21	29,6
Гармоничная личность	10	18,5	8	11,3
Циклоидность	6	11,1	7	9,6
Сензитивность	3	5,5	2	2,8
Психастеничность	2	3,7	3	4,2
Истероидность	4	7,4	4	5,6
Интраверсия	2	3,7	4	5,6
Неустойчивость	8	14,8	11	15,5
Эмотивность	1	1,9	3	4,2
Шизоидность	4	7,4	2	2,8
Всего*	54	138,8	71	147,5*

* – сумма более 100%, т.к. у части больных была смешанная акцентуация.

Таблица 4. Периоды повышенного, приподнятого настроения в преморбиде в основной группе и в группе сравнения.

Периоды приподнятого настроения в преморбиде	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс	%	Абс	%
Не встречались вовсе	25	46,2	32	45,1
1-2 периода	17	31,5	25	35,2
3-5 периодов	7	13	10	14,1
>5 периодов	5	9,3	4	5,6
Всего	54	100	71	100

Таблица 5. Качество взаимоотношений в семье.

Взаимоотношения в семье	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс	%	Абс	%
Гармоничные	29	53,7	43	60,6
Конфликтные	10	18,5	10	14
Формальные	15	27,8	18	25,4
Всего	54	100	71	100

Таблица 6. Семейное положение и наличие постоянного места жительства.

Семейное положение.	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс	%	Абс	%
Холост, проживает самостоятельно	3	5,6	5	7
Не состоит в браке, проживает с родителями	20	37	35	49,3
Состоит в браке	21	38,8	24	33,8
Одинок, проживает в общежитии или психиатрическом доме-интернате	3	5,6	1	1,4
Разведен	7	13	6	8,5
Всего	54	100	71	100

В ходе исследования нами было установлено, что на момент дебюта заболевания пациенты в группе сравнения чаще (49,3%) проживали совместно с родителями, и не были в браке, чем в основной (37%), при этом различия достигали статистической значимости ($\chi^2=3,841$, $df=2$, $p>0,05$). В основной группе было больше пациентов, которые находились в браке (38,8%) чем в группе сравнения в (33,8%). Разведенными были 13% человек в основной группе и 8,5% человек в группе сравнения (данные представлены в таблице 6).

По мнению многих ученых [3,8,12,18] эмоциональная атмосфера в семье влияет на манифест психического заболевания и/или на уровень его обострения. Так же были проведены исследования [16], подчеркивающие значительную ассоциацию между семейной средой и тяжестью манифеста психического заболевания.

Заключение

Таким образом, при ретроспективной оценке нами были получены данные о более значимом накоплении аффективной патологии в семьях больных аффективными расстройствами, протекающими с психотическими маниями с неконгруэнтными аффекту психотическими симптомами. Так же нами была выявлена статистически значимая более частая встречаемость личностных девиаций

у пациентов с атипичной психотической манией, а именно гипертимной и возбудимой акцентуаций. Большая частота психотравмирующих моментов может объясняться как типом акцентуации (склонность к рискованному поведению у гипертимных личностей), так и, вероятно, ее большей выраженностью, чем у пациентов в группе сравнения. У пациентов с психотической манией с неконгруэнтными аффекту психотическими симптомами ситуация усугублялась отрицательными микросредовыми факторами, конфликтными взаимоотношениями в семье. Исходя из этого, представляется обоснованным дополнять медикаментозное лечение комплексом психосоциальных вмешательств, разработанных с учетом характерных для пациентов с атипичной психотической манией особенностей личности. ■

Усов Г.М., д.м.н., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск, Арсланова А.В., аспирант кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск, Автор, ответственный за переписку - Усов Григорий Михайлович, тел. 89136026960, usovgm@list.ru

Литература:

1. Вартамян М.Е. Генетика психических болезней // *Руководство по психиатрии*/Под ред. А.В. Снежневского. - М.: Медицина, 1983. - Т. 1. - С. 115-133.
2. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С. 19-24
3. Сосюкало О. О., Никифорова И.Ю. Сравнительная характеристика семейного фона больных аффективным и шизоаффективным психозом//*Материалы 12-го съезда психиатров России*. - М., 1995. - С.267-269.
4. Психиатрия: Руководство для врачей. В двух томах/ Под ред. А.С. Тиганова. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2012. - Т. 1. - С. 638-751.
5. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder // *J. Affect. Disord.* - 1998. - Vol. 50. - P. 143-151
6. Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood- incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J Affect Disord*, 2006. P. 215-223
7. Akiskal H. et al. *Clinical aspects of mania*, 2009. P. 47-48.
8. Brown G.W., Rutter M. The measurement of family activities and relationships: methodological study // *Human Relations*. 1966; 19. P. 241-263.
9. Craddock, Nicholas John, O'Donovan, Michael Conlon and Owen, Michael John. *Genes for schizophrenia and bipolar disorder. Implications for psychiatric nosology*. *Schizophrenia Bulletin*. 2006 32 (1). P. 9-16.
10. Goodwin F.K., Jamison K.R. *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. -New York: Oxford University Press, 2007. P. 32-65.
11. Depue, R. *Neurobiological aspects of affective disorders* / R. Depue, W. Iacono // *R. Depue, W. Iacono // Neurobehavioral aspects of affective disorders. Annual Review of Psychology*. 1989. - Vol. 40. P. 457-492
12. Kavanagh D.J. *Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia* // *Br J. Psychiatry*. 1992: 160. P 601-620.
13. Marneros A. and Goodwin F.K., *Bipolar disorders. Mixed states, Rapid cycling and Atypical Formes*, 2005. *Cambridg*. P. 187-206.
14. Marneros A et al. *The longitudinal polymorphism of bipolar I disorder and its theoretical implications*. *J Affect Disord*, 2008. 107(1-3). P 117-126.
15. Pini S., et al., *Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, shizo-affective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features*. *Eur Psychiatry*, 2004. 19 (1). P. 8-14.
16. Reinares M., Bonnín C.M., Hidalgo-Mazzei D., Colom F, Solé B., Jiménez E., Torrent C., Comes M., Martínez-Arán A., Sánchez-Moreno J., Vieta E. *Family functioning in bipolar disorder: Characteristics, congruity between patients and relatives, and clinical correlates*. *Psychiatry Res*. 2016 Aug 5; 245. P. 66-73.

17. Rottig D., Rottig S., Brieger P., Marneros A. *Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes. J Affect Disord. 2007 Dec;104 (1-3). P. 97-102.*
18. Vaughn C. E., Leff J. *The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients // British Journal of Social and Clinical Psychology. 1976; 15. P. 157-165.*