

Про деякі симптоми передприступного періоду при маніакально-депресивному психозі

П. В. Бірюкович

На протязі багатьох років у клініці, якою керує академік АН УРСР В. П. Протопопов, провадиться всебічне вивчення маніакально-депресивного психозу клінічними, фізіологічними і біохімічними методами. Довгий час основна увага була спрямована на вивчення самих приступів — як маніакальних, так і депресивних. Дослідження, проведені під керівництвом В. П. Протопопова співробітниками клініки (П. В. Бірюкович, Й. А. Поліщук, С. Д. Расін, С. П. Зелінський), дали можливість встановити ряд закономірностей вищої нервової діяльності, обміну речовин, діяльності вегетативної нервової системи, кровообігу та ряду клінічних особливостей, які спостерігаються під час приступів маніакально-депресивного психозу.

Весь одержаний матеріал був викладений В. П. Протопоповим в його праці «Соматична характеристика маніакально-депресивного психозу» [1], в якій на основі зробленого аналізу й узагальнення здобутих даних висловлено припущення, що в основі всіх розладів, які спостерігаються при маніакально-депресивному психозі, лежить зниження регуляторної функції кори та надмірний вплив таламо-гіпоталамічної ділянки за типом застійного збудження. За час приступу це збудження поступово слабшає і зв'язані з ним розлади розсіюються, після чого настає так званий світлий проміжок. З настанням нового приступу в основному повторюється картина соматичних розладів і розладів психічної діяльності незалежно від зовнішніх умов, в яких розвинувся черговий приступ. Це чергування приступів і «світлих» проміжків і ряд властивостей, при яких настає приступ, дали В. П. Протопопову підставу висловити думку, що приступ слід розглядати як реакцію на якісь несприятливі зміни, що виникають в організмі хворих під час ремісії. Отже, щоб комплексно вивчити все захворювання маніакально-депресивним психозом, необхідно дослідити його не тільки під час приступу, а й у період ремісії та виявити, які аномалії виникають під час ремісії і як вони пов'язані з процесами, що відбуваються під час приступу.

Коли вивчення приступів в значній мірі було завершено, в клініці, керованій В. П. Протопоповим, було організовано вивчення ремісійних проміжків.

В цій праці мені було запропоновано висвітлити питання, які патологічні зміни в обмінних, соматовегетативних і церебральних процесах виникають в організмі хворих в період ремісії; показати характер цих змін та динаміку їх розвитку в процесі ремісії, а також встановити, яке значення мають несприятливі зовнішні фактори в підготовці та розвитку чергового приступу захворювання і в який саме період ремісії ці фактори набувають найбільшого патогенного значення. Розв'язання цих

питань не тільки розширює перспективи вивчення маніакально-депресивного психозу, але й створює реальні основи для розробки патогенетичної профілактики цього захворювання.

Слід зауважити, що такий підхід до вивчення маніакально-депресивного психозу ще не став надбанням сучасних психіатричних шкіл. Причиною цього, очевидно, є традиційне уявлення про світлий проміжок маніакально-депресивного психозу як про період цілковитого благополуччя організму.

З радянських психіатрів ми можемо послатися лише на співзвучне нашим уявленням висловлювання Т. А. Гейера. В 1954 р. він писав: «Ми вважаємо, що для з'ясування патогенезу маніакально-депресивного психозу, крім ретельних патофізіологічних досліджень хворих в період маніакальних і депресивних фаз, необхідні також патофізіологічні дослідження хворих на маніакально-депресивний психоз і під час світлих проміжків» [2].

Клінічне і патофізіологічне вивчення маніакально-депресивних хворих під час ремісії, проведене нами протягом останніх шести років під керівництвом В. П. Протопопова, показало, що в соматичній сфері цих хворих і під час ремісії спостерігаються істотні розлади обміну речовин і вегетативної регуляції, які в основному полягають у зниженні енергетичного обміну, зниженні окисних процесів та корелятивно зв'язаного з ними зниження тону симпатичної нервової системи. Ці розлади в соматичній сфері найбільш чітко проявляються в коротких ремісіях і особливо в міру наближення чергового приступу захворювання, коли ще нема ніяких психотичних симптомів, а також істотних змін об'єктивних показників стану вищої нервової діяльності.

Виходячи з характеру і динаміки розвитку соматичних розладів, що з'являються в період ремісії, а також оцінки їх значення в патогенезі чергового приступу хвороби, ми розробили під керівництвом В. П. Протопопова систему профілактичних заходів, за допомогою яких вдається усувати ці патологічні зрушення в соматичній і цим запобігати розвиткові чергового приступу. Відсилаючи читачів до статті В. П. Протопопова «Обмін речовин при маніакально-депресивному психозі, терапія і профілактика цього психозу» [3], в якій викладено зміст першого етапу наших досліджень, ми в цій статті маємо на увазі охарактеризувати деякі клінічні симптоми передприступного періоду при маніакально-депресивному психозі.

Під так званим передприступним періодом ми розуміємо певний відрізок часу до початку приступу як маніакальної, так і депресивної фази психозу. В одних випадках цей період триває 1—1,5 місяця і більше, в інших буває коротшим. В цей період ще нема будь-яких проявів маніакальної або депресивної симптоматики, це ще стан ремісії в його звичайному клінічному розумінні, а тому на основі поведінки хворого та інших клінічних критеріїв ще не можна передбачити наближення приступу захворювання.

Тимчасом встановлення клінічних ознак, які могли б сигналізувати лікарю про наближення приступу захворювання, має важливе практичне значення, оскільки воно дало б можливість завчасно вжити відповідних лікувально-профілактичних заходів.

Тривалі й систематичні спостереження над маніакально-депресивними хворими в різні періоди ремісії і детальне вивчення їх анамнезу дозволили нам встановити деякі клінічні ознаки, які є досить характерними для передприступного періоду.

Підвищена сонливість. Це явище частіше спостерігається у хворих

го періоду
сихозі

академік АН УРСР
маніакально-депресивними методами.
ення самих присту-
ення, проведені під
ініки (П. В. Бірю-
(), дали можливість
ьності, обміну речо-
обігу та ряду клі-
ступів маніакально-

Т. Протопоповим в
о-депресивного пси-
гальнення здобутих
ладів, які спостері-
ить зниження регу-
о-гіпоталамічної ді-
тупу це збудження
ються, після чого
нового приступу в
ів і розладів пси-
их розвинувся чер-
» проміжків і ряд
Протопопову під-
к реакцію на якісь
их під час ремісії.
іакально-депресив-
д час приступу, а
ть під час ремісії
д час приступу.

вершене, в клініці,
вчення ремісійних

питання, які пато-
бральних процесах
зати характер цих
ож встановити, яке
підготовці та роз-
е період ремісії ці
и. Розв'язання цих

з періодичною депресією і полягає в тому, що за кілька тижнів до початку чергового приступу психозу (у одних хворих цей період тривалиший, у інших — коротший) вони починають відчувати непереборний потяг до сну і можуть безперервно спати протягом багатьох годин на добу. Деякі з хворих змальовують цей період як якийсь особливий стан: їх весь час клонить на сон, вони можуть спати, не прокидаючись, по 12—14 годин і після цього готові ще спати; нічний сон при цьому не порушується. У деяких хворих на основі цього симптому можна передбачити швидке настання приступу психозу. Черговий приступ у таких хворих супроводжується безсонням, причому перехід від стану сонливості до безсоння частіше настає гостро, знаменуючи початок захворювання. Це явище можна зрозуміти при зіставленні його з іншими фактами, що спостерігаються у цих хворих в період ремісії: зниженням основного обміну, зменшенням споживання вуглеводів тканинами, низьким дихальним коефіцієнтом, підвищенням утворенням кетонів тіл, ваготонічною установкою вегетативної нервової системи, підвищенням ваги тіла та іншими ознаками, які вказують на ослаблення дисиміляторних процесів.

Оскільки зазначені зміни в обміні речовини і направленості вегетативної нервової системи найбільш чітко виражені в міру наближення чергового приступу захворювання, слід припустити, що й описаний стан підвищеної сонливості в передприступному періоді корелятивно з ними зв'язаний і зумовлений розвитком в корі гальмування.

Як зазначено вище, перехід від підвищеної сонливості до безсоння сигналізує про початок приступу захворювання, однак нерідко поява безсоння випереджає розвиток психотичної симптоматики, з'являючись, як і ряд інших соматичних показників, що відбивають зрушення в обміні в бік переважання дисиміляторних процесів, раннім симптомом початку приступу.

Тяжкі сновидіння і хворобливі переживання під час сну. У багатьох маніакально-депресивних хворих в передприступному періоді, особливо перед початком депресивної фази, бувають тяжкі, неприємні сновидіння і переживання під час сну.

В одних випадках це тяжкі, але яскраві зорові образи і дії, в інших випадках — просто афективні переживання (туга, тривога), подібні до звичайних депресивних переживань.

Такі сновидіння і переживання уві сні, про які хворі розповідають як про «депресивні» і «кошмарні», звичайно не супроводжуються погіршенням сну. Навпаки, це явище частіше збігається з періодом сонливості, але наявність сновидінь вказує на недостатню глибину сну.

Прокинувшись, хворі, як правило, не надають цим переживанням якогось особливого значення, хоч вони і нагадують їм про попередній хворобливий стан.

У деяких хворих такі переживання мають епізодичний характер, у інших вони — часте явище, особливо яскраво виражене у хворих з періодичною депресією.

Наведемо деякі приклади.

Хвора К-о перенесла вісім маніакально-депресивних приступів (останні чотири — депресивні). Щоразу, приблизно за 1,5 місяця до початку депресії, у неї з'являються тяжкі сновидіння, приміром, такого змісту: вона бачить зруйновані будинки, похмурі пейзажі, брудні калюжі; пробираючись через ліс, не може розсунути на своєму шляху гілля, яке немов приковує її до одного місця. Інколи їй сниться, що вона йде по мосту і з жахом зупиняється перед його зруйнованим краєм над прірвою. Інші сновидіння такого ж неприємного характеру. Під час сновидіння хвора відчуває тугу і страх. Але після пробудження ці переживання її зовсім не тривожать, і вона про них не думає.

Хвора Ч-а перенесла понад 20 приступів депресії та один приступ манії; останні 15 років депресивні фази повторюються щороку. Як правило, за місяць або більше перед початком депресії у хворої з'являються тяжкі неприємні сновидіння, зокрема, яскраві, афективні переживання меланхолічного характеру. Прокинувшись вранці, вона не відчуває душевного тягару і спокійно, як завжди, починає працювати.

Хвора П-а також перенесла багато депресивних фаз. Протягом останніх двох років ми мали можливість тричі спостерігати у неї наближення приступу депресії, який нам щоразу вдавалося усувати при перших ознаках його наближення. Спостерігаючи хвору в передприступні періоди майже щодня, ми переконались, що кожного разу приблизно за два тижні до перших ознак депресії у неї з'являлися тяжкі сновидіння депресивного характеру, яких не було в інші періоди ремісії.

Хвора М-на перенесла три приступи депресії. Вона зазначає, що приблизно за місяць до початку приступу депресії, прокидаючись вранці, вона неодноразово здивовано помічала, що її подушка була мокрою від сліз.

Не спиняючись на інших прикладах, яких можна було б навести велику кількість, ми хочемо зазначити, що симптом тяжких сновидінь сигналізує про неблагополуччя в організмі, яке, насамперед, полягає в порушенні обміну речовин; це досить переконливо підтверджується проведеними нами біохімічними дослідженнями.

Гадаємо, що цей симптом може бути використаний з діагностичною метою як один з показників наближення приступу захворювання.

Особливості передменструального періоду. Як відомо, питанню про менструальні розлади при маніакально-депресивному психозі багато авторів приділяло значну увагу. Найбільш детально це питання досліджене В. П. Протопоповим [4], який довів, що порушення менструального циклу при маніакально-депресивному психозі особливо чітко проявляється під час депресивної фази і є характерним соматичним симптомом цього захворювання.

Наші дані про менструальний цикл у жінок, хворих на маніакально-депресивний психоз, показують, що і в періоді ремісії у них часто спостерігаються ті чи інші менструальні розлади, які полягають то в деяких затримках (від кількох днів до місяця і більше) менструації, то в скороченні міжменструального періоду; менструальні кровотечі часто бувають мізерними. Подібні розлади, особливо затримка менструації, частіше спостерігаються при наближенні чергового приступу.

На можливість затримки менструації перед приступом депресії вже давно вказував В. П. Протопопов [4].

Особливу увагу привертає зміна загального стану хворих у передменструальному періоді, що часто спостерігається саме при наближенні приступу захворювання. Ця зміна загального стану хворих проявляється пригніченим настроєм, підвищеною дратівливістю, загальним нездужанням, головним болем, часто нудотою та іншими явищами. З появою місячних ці симптоми зникають, рідше вони спостерігаються і в дні кровотеч.

Як відомо, подібний стан у передменструальному та менструальному періодах може бути і в психічно здорових жінок, тим більше у невротичних, але це не знижує значення цього симптому у маніакально-депресивних хворих як одного з показників неблагополуччя в організмі, що розвивається ще в період ремісії. Слід урахувати, що цей симптом з'являється під час ремісії при наближенні чергового приступу захворювання, коли спостерігаються і більш чіткі зміни в обміні речовин.

За нашими даними, у переважної більшості менструюючих жінок маніакальний приступ настає перед менструаціями або в самому їх початку.

Стан деяких соматовегетативних показників. За нашими даними,

у вазі тіла маніакально-депресивних хворих спостерігається велика різниця в стані приступу і під час ремісії. Більш як у 90% хворих під час ремісії значно збільшується вага тіла, іноді на 10—30 кг в порівнянні з вагою під час приступу. Як правило, максимальна вага тіла спостерігається в кінці ремісії, на що вже давно вказував В. П. Протопопов.

Ми вважаємо, що саме наближення приступу захворювання відзначається найбільш істотним збільшенням ваги тіла, що поряд з іншими соматичними показниками відбиває особливий стан обміну речовин у передприступному періоді і, насамперед, вказує на зниження дисиміляторних процесів.

Невпинне падіння ваги тіла настає з розвитком приступу психозу, однак це зниження ваги тіла після її максимального підвищення може початися ще при психічному благополуччі і є, таким чином, раннім соматичним симптомом початку приступу. В напрямі, характерному для приступу хвороби, можуть змінюватись і інші соматовегетативні показники, передуючи розвитку психічної симптоматики. Так, нами встановлено, що у маніакально-депресивних хворих в ремісії пульс сповільнений — брадикардія спостерігалась у 85% випадків. У цьому стані відмічено також значне зниження кров'яного тиску.

Старанне спостереження над розвитком приступу захворювання показує, що прискорення пульсу, підвищення кров'яного тиску та інші соматичні симптоми маніакально-депресивного психозу, встановлені В. П. Протопоповим [5], можуть з'явитися раніше, ніж психотичні симптоми.

Отже, наші дані свідчать про те, що початкові психозу передують зрушення в соматичній сфері в напрямі, немов би протилежному ремісії.

На закінчення ми хочемо зауважити, що виявлені нами деякі клінічні ознаки, а також дані про динаміку ряду соматовегетативних показників можуть мати діагностичне значення для вирішення питання про наближення або початок приступу маніакально-депресивного психозу. Однак слід підкреслити, що далеко не завжди вказані симптоми спостерігаються в єдиному комплексі. В одних випадках чіткіше окреслені одні ознаки, в інших — інші. Все ж кожному хворому властива своя певна симптоматика, розпізнавання якої може значно полегшити завдання лікаря щодо своєчасного застосування найбільш ефективних лікувально-профілактичних заходів.

Звичайно, ми не вважаємо, що застосування тих чи інших лікувально-профілактичних засобів може ґрунтуватись на цих даних. Для цього необхідно, насамперед, мати лабораторні дані про стан обмінних процесів. Однак вивчення клінічних спостережень і їх патофізіологічне розшифрування, безперечно, допоможуть у практичній роботі лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Протопопов В. П., Невропатология и психиатрия, № 4, 1948.
2. Гейер Г. А., Невропатология и психиатрия, № 11, 1954.
3. Протопопов В. П., Сб. «Высшая нервная деятельность и кортико-висцеральные взаимоотношения», Изд-во АН УССР, 1955, стр. 198.
4. Протопопов В. П., Научная медицина, № 3—4, 1919.
5. Протопопов В. П., Соматический синдром, наблюдаемый в течении маниакально-депрессивного психоза, Научная медицина, № 7, 1920.

Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця Академії наук УРСР,
відділ психіатрії і патології вищої нервової діяльності.

О некоторых симптомах предприступного периода при маниакально-депрессивном психозе

П. В. Бирюкович

Резюме

Длительные и систематические наблюдения над маниакально-депрессивными больными в разные периоды ремиссии и детальное изучение их анамнеза позволили нам установить некоторые клинические признаки, являющиеся довольно характерными для предприступного периода. Эти признаки, которые мы понимаем как определенные симптомы предприступного периода, сводятся к следующему: 1) повышенная сонливость; 2) тяжелые сновидения и болезненные переживания во время сна; 3) изменения общего состояния в предменструальном периоде у женщин; 4) изменения ряда соматовегетативных показателей.

Повышенная сонливость в предприступном периоде чаще наблюдается у больных с периодической депрессией и выражается в том, что за несколько недель до начала очередного приступа депрессии (у одних больных этот период более продолжителен, у других он короче) они начинают испытывать неодолимое влечение ко сну и могут спать непрерывно по много часов в сутки.

Переход от повышенной сонливости к бессоннице уже знаменует начало приступа заболевания, однако нередко появление бессонницы опережает появление психотической симптоматики, являясь ранним симптомом начала приступа.

Тяжелые сновидения и болезненные переживания во время сна особенно часто отмечаются у больных перед началом депрессивной фазы. В одних случаях это тягостные, но достаточно яркие зрительные образы и действия, в других — просто тяжелые аффективные переживания (тоска, тревога), подобные их обычным депрессивным переживаниям.

Такие сновидения и переживания во сне, о которых больные говорят как о «депрессивных» и «кошмарных», обычно не сопровождаются ухудшением сна. Наоборот, это явление чаще совпадает с периодом сонливости, однако наличие сновидений указывает на недостаточную глубину сна.

Изменения общего состояния в предменструальном периоде у женщин выражаются в несколько угнетенном настроении, сочетающемся с повышенной раздражительностью, общим недомоганием, головными болями, нередко тошнотами и другими явлениями. Обычно с наступлением месячных эти явления проходят, реже — продолжают и в дни кровотечений. Данный симптом проявляется лишь в периоды ремиссии, близкие к приступу заболевания, и наиболее ярко выражен перед началом заболевания.

Состояние ряда соматовегетативных показателей в предприступном периоде отражает ваготоническую установку вегетативной нервной системы и снижение диссимильаторных процессов (неудержимое увеличение веса тела, брадикардия пульса, низкое кровяное давление, низкий основной обмен и др.). Непосредственно же началу приступа психоза предшествует сдвиг в соматической сфере, причем это изменение соматовегетативных показателей в сторону симпатикотонии и преобладания диссимильаторных процессов опережает развитие психотической симптоматики.

Не всегда указанные симптомы предприступного периода наблюдаются в едином комплексе, однако каждому больному свойственна характерная симптоматика, распознавание которой может облегчить задачу врача при выборе соответствующего вмешательства.