

*В. С. Білоус*

**ПРОДРОМАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОЗА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**

*В. С. Білоус*

**Продромальні предиктори психозу у хворих на параноїдну шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад**

*V. S. Bilous*

**Prodromal predictors of psychosis in patients with paranoid schizophrenia and acute polymorph psychotic disorder**

В статье изложены результаты клинико-психопатологического исследования продрома психоза при параноидной шизофрении (ПШ) и острого полиморфного психотического расстройства (ОППР). Проанализированы варианты течения и основные клинико-психопатологические проявления продромального периода психоза у пациентов с ПШ и ОППР, на основании чего выделены продромальные предикторы психоза при ПШ и ОППР. Установлено, что предикторами психоза при ПШ выступают низкие показатели продуктивной симптоматики при высоких показателях негативных симптомов, в то время как выраженные продуктивные симптомы и низкие показатели негативной симптоматики, наоборот, служат предикторами психоза при ОППР.

**Ключевые слова:** продромальный период психоза, параноидная шизофрения, острое полиморфное психотическое расстройство, продромальные предикторы психоза

В статті викладено результати клініко-психопатологічного дослідження продрому психозу при параноїдній шизофренії (ПШ) та гострому поліморфному психотичному розладу (ГППР). Проаналізовано варіанти перебігу та основні клініко-психопатологічні прояви продромального періоду психозу у пацієнтів з ПШ і ГППР, на підставі чого виокремлено продромальні предиктори психозу при ПШ і ГППР. Встановлено, що предикторами психозу при ПШ є низькі показники продуктивної симптоматики при високих показниках негативних симптомів, в той час як виражені продуктивні симптоми та низькі показники негативної симптоматики, навпаки, служать предикторами психозу при ГППР.

**Ключові слова:** продромальний період психозу, параноїдна шизофренія, гострий поліморфний психотичний розлад, продромальні предиктори психозу

In the article results of a clinical-psychopathological investigation of a prodrome of paranoid schizophrenia (PS) and acute polymorph psychotic disorder (APPD) are described. In patients with PS and APPD variants of course and main clinical-psychopathological manifestations of a prodromal period of psychosis have been analyzed. On this base prodromal predictors of psychosis in PS and APPD were defined. It was established the predictors of psychosis in PS were low levels of productive symptoms and high levels of negative symptoms, whereas, on the contrary, prominent productive symptoms and low levels of negative symptoms were predictors of psychosis in APPD.

**Key words:** prodromal period of psychosis, paranoid schizophrenia, acute polymorph psychotic disorder, prodromal predictors of psychosis

Актуальность исследований клинико-психопатологических особенностей продромальной фазы психоза обусловлена клиническим патоморфозом острых психотических расстройств шизофренической и шизофреноформной структуры и связанных с этим проблем ранней диагностики продромальных состояний. Все большее место в структуре таких психозов занимают сложные, клинически неоднородные и атипичные аффективные и другие нарушения. Одновременно с этим галлюцинозно-бредовая симптоматика становится все более «размытой» и синдромально неопределенной. Полиморфные, клинически и нозологически неопределенные формы шизофреноформных психозов и ранняя диагностика их продрома представляют в настоящее время серьезную диагностическую и терапевтическую проблему [2, 3, 6].

При том ранняя диагностика и своевременное вмешательство в психоз на продромальном периоде его формирования приводит к снижению тяжести заболевания, более быстрому развитию ремиссии, снижению риска когнитивного дефицита и суицидального поведения, предотвращению хронизации патологии, уменьшению количества госпитализаций и их продолжительности [1, 7, 9, 10].

Вышеизложенное определяет высокую медико-социальную значимость и практическую необходимость детального изучения продромальных предикторов психоза для разработки конкретных критериев их ранней диагностики и превенции последствий.

Цель работы — изучить особенности проявлений продромального периода психоза у больных пара-

ноидной шизофренией (ПШ) и острым полиморфным психотическим расстройством (ОППР), на основании чего выделить продромальные предикторы психоза у больных ПШ и ОППР.

В исследование включено 137 пациентов, среди которых 65 пациентов — с диагнозом ПШ (F20.0) и 72 пациента — с диагнозом ОППР (F23.0, F23.1).

В качестве методов исследования использовались: шкала определения клинико-динамического варианта течения продромального периода (Марута Н. А., Абрамов В. А., Осокина О. И. и др., 2013); шкала оценки позитивной и негативной симптоматики PANSS (ретроспективно) (Мосолов С. Н., 2001); шкала продромальных симптомов SOPS (McGlashan T., 2010) [4, 5, 8].

Сравнительный анализ результатов исследования больных ПШ и ОППР показал, что клиника продромального периода больных ПШ характеризуется непрерывным вариантом течения ( $56,9 \pm 5,9$  балла, при  $p < 0,01$ ); доминированием негативной психопатологической симптоматики ( $3,3 \pm 1,2$  балла, при  $p < 0,05$ ), наличием в средней и сильной степени выраженности расстройств мышления (в  $26,2—32,3$  % случаев, при  $p < 0,01$ ); в средней степени выраженности — пассивно-апатической социальной отстраненности (в  $30,8$  % случаев, при  $p < 0,05$ ), социальной изоляции (в  $33,8$  % случаев, при  $p < 0,01$ ), стереотипности мышления (в  $30,8$  % случаев, при  $p < 0,05$ ) и снижения эмоций (в  $33,8$  % случаев, при  $p < 0,05$ ); а также умеренной степенью выраженности эмоциональной отчужденности (в  $40,0$  % случаев, при  $p < 0,01$ ), подозрительности и боязни преследования (в  $30,8$  % случаев, при  $p < 0,05$ ).

Клинические проявления продрома ОППР характеризовались смешанным вариантом течения ( $59,7 \pm 6,8$  балла, при  $p < 0,01$ ); преобладанием симптомов дезорганизации и общих психопатологических симптомов ( $2,9 \pm 0,7$  и  $2,7 \pm 1,3$  балла, при  $p < 0,05$ ); наличием в средней и сильной степени выраженности сниженной толерантности к стрессу (в 43,1 % случаев, при  $p < 0,01$ ); в средней степени выраженности — галлюцинаторного поведения (в 26,4 % случаев, при  $p < 0,01$ ), возбуждения (в 25,0 % случаев, при  $p < 0,05$ ), тревожного состояния (в 31,9 % случаев, при  $p < 0,01$ ), напряженности (в 34,7 % случаев, при  $p < 0,01$ ), проблем с фокусировкой и вниманием (в 30,6 % случаев, при  $p < 0,05$ ), расстройств сна (в 27,8 %

случаев, при  $p < 0,01$ ); в умеренной степени выраженности неестественного (вычурного) содержания мышления (в 27,8 % случаев, при  $p < 0,01$ ).

Сравнительный анализ полученных в ходе исследования данных позволил определить достоверно значимые особенности клинических проявлений продромов психоза при ПШ и ОППР. Для определения их дифференциально-диагностической значимости проводился расчет показателей диагностических коэффициентов (ДК) и мер информативности (МІ), результаты проведенного статистического анализа представлены в таблицах 1,2. Данные поданы в порядке уменьшения мер информативности выделенных признаков.

Таблица 1. Продромальные предикторы психоза у больных параноидной шизофренией

Симптомы	Оценка по шкале, баллы	ДК	МІ
Непрерывный вариант течения продрома	—	-4,09	0,71
<b>Позитивная и негативная симптоматика по данным шкалы PANSS</b>			
Отсутствие или минимальная степень выраженности тревожного состояния	$\leq 2,0$	-8,23	0,65
Отсутствие или минимальная степень выраженности напряженности	$\leq 2,0$	-4,7	0,38
Эмоциональная отчужденность в умеренной степени выраженности	$\geq 4,0$	-2,75	0,34
Минимальная степень выраженности неестественного содержания мышления	2,0	-3,45	0,29
Расстройства мышления сильной степени выраженности	$\geq 5,0$	-1,88	0,20
Стереотипное мышление в средней степени выраженности	5,0	-2,66	0,19
Пассивно-апатическая социальная отстраненность средней степени выраженности	5,0	-2,66	0,19
Слабая степень выраженности галлюцинаторного поведения	$\leq 3,0$	-1,50	0,13
Подозрительность, боязнь преследования в умеренной и выше степени выраженности	$\geq 4,0$	-1,81	0,12
<b>Продромальные симптомы психоза по шкале SOPS</b>			
Отсутствие или сомнительная степень выраженности снижения толерантности к стрессу	$\leq 1,0$	-5,39	0,74
Концептуальная дезорганизация средней и выше степени выраженности	$\geq 4,0$	-4,06	0,44
Сомнительная степень выраженности вычурного мышления	1,0	-3,45	0,29
Социальная изоляция или уединение средней степени выраженности	4,0	-3,08	0,26
Подозрительность / персекуторные идеи в умеренной степени выраженности	3,0	-3,04	0,24
Нарушения перцепции/галлюцинации в легкой степени выраженности	2,0	-2,87	0,22
Снижение выраженности эмоций средней и сильной степени выраженности	$\geq 4,0$	-2,41	0,17

Примечания. Здесь и далее: ДК — диагностический коэффициент; МІ — мера информативности Кульбака. Приведены статистически достоверные показатели, при  $p \leq 0,05$

Как видно из таблицы 1, ни один из выделенных предикторов не является самодостаточным ( $ДК \leq 13$ , т. е. меньше порогового). Следовательно, достоверность дифференциации психоза при ПШ по клинике продрома обеспечивает совокупность сочетания нескольких признаков (при этом диагностические коэффициенты разных признаков добавляются один к другому в порядке уменьшения их мер информативности, до тех пор пока не будет достигнут достоверный уровень дифференциации ( $\Sigma ДК > 13, 20$  или  $30$  для  $p \leq 0,05, p \leq 0,01$  и  $p \leq 0,001$  соответственно)).

Итак, исходя из данных таблицы 1, продромальными предикторами психоза при ПШ выступают: *отсутствие или минимальная степень выраженности тревожного состояния* ( $ДК = -8,23, МІ = 0,65$ ), *напряженности* ( $ДК = -4,7, МІ = 0,38$ ), *снижения толерантности к стрессу* ( $ДК = -5,39, МІ = 0,74$ ), *неестественного (вычурного) содержания мышления* ( $ДК = -3,45, МІ = 0,29$ ), *нарушений перцепции/галлюцинации* ( $ДК = -2,87, МІ = 0,22$ ); *наличие непрерывного варианта течения* ( $ДК = -4,09, МІ = 0,71$ ), *средней и выше степени выраженности концептуальной дезорганизации* ( $ДК = -4,06, МІ = 0,44$ ), *эмоциональной отчужденности* ( $ДК = -2,75, МІ = 0,34$ ), *социальной изоляции или уединения* ( $ДК = -3,08, МІ = 0,26$ ), *подозри-*

*тельности / персекуторных идей* ( $ДК = -3,04, МІ = 0,24$ ), *стереотипного мышления* ( $ДК = -2,66, МІ = 0,19$ ), *пассивно-апатической социальной отстраненности* ( $ДК = -2,66, МІ = 0,19$ ), *снижения выраженности эмоций* ( $ДК = -2,41, МІ = 0,17$ ), а также *сильная степень выраженности расстройств мышления* ( $ДК = -1,88, МІ = 0,20$ ). При идентичных симптомах (полученных на основании разных методик) представлены признаки с наибольшими дифференциально-диагностическими показателями.

Статистические показатели продромальных предикторов психоза при ОППР приведены в таблице 2.

Согласно представленным данным, в качестве продромальных предикторов психоза при ОППР выделены: *отсутствие нарушений критичности и недостаточности суждений* ( $ДК = 5,58, МІ = 0,45$ ), *эмоциональной отчужденности* ( $ДК = 3,39, МІ = 0,37$ ), *снижения переживания эмоций и самого себя* ( $ДК = 4,33, МІ = 0,34$ ), *стереотипного мышления* ( $ДК = 5,20, МІ = 0,28$ ), *концептуальной дезорганизации* ( $ДК = 2,45, МІ = 0,27$ ), *снижения выраженности эмоций* ( $ДК = 4,78, МІ = 0,22$ ), *социальной изоляции или уединения* ( $ДК = 2,74, МІ = 0,22$ ); а также *наличие смешанного варианта течения* ( $ДК = 3,34, МІ = 0,53$ ), *неестественного содержания мышления умеренной и выше степени выраженности* ( $ДК = 3,63,$

MI = 0,33), зниження толерантності к обычному стресу середньої і вище ступені вираженості (ДК = 3,01, MI = 0,32), расстройств сна середньої ступені вираженості (ДК = 3,54, MI = 0,27), тривожного стану середньої і вище ступені вираженості (ДК = 2,44, MI = 0,24), напруженості середньої і вище ступені вираженості (ДК = 2,44, MI = 0,24), галюцинаторного поведіння середньої ступені вираженості (ДК = 3,31, MI = 0,23),

расстройств мышления умеренной степени выраженности (ДК = 2,41, MI = 0,19), нарушенный внимания средней степени выраженности (ДК = 2,57, MI = 0,17), возбуждения средней степени выраженности (ДК = 2,57, MI = 0,17). Совокупное наличие вышеперечисленных признаков (в сумме ДК ≥ 13, при p ≤ 0,05; в сумме ДК ≥ 20, при p ≤ 0,01) обеспечивает достоверную дифференциацию продрома психоза при ОППР.

Таблица 2. Продромальные предикторы психоза у больных острым полиморфным психотическим расстройством

Симптомы	Оценка по шкале, баллы	ДК	MI
Смешанный вариант течения продрома	—	3,34	0,53
<b>Позитивная и негативная симптоматика по данным шкалы PANSS</b>			
Сохранность критичности и отсутствие недостаточности суждений	1,0	5,58	0,45
Отсутствие эмоциональной отчужденности	1,0	3,39	0,37
Неестественное содержание мышления умеренной и выше ступені вираженості	≥ 4,0	3,63	0,33
Отсутствие стереотипного мышления	1,0	5,20	0,28
Тревожное состояние средней и выше ступені вираженості	≥ 5,0	2,44	0,24
Напряженность средней и выше ступені вираженості	≥ 5,0	2,44	0,24
Галюцинаторное поведіння середньої ступені вираженості	5,0	3,31	0,23
Расстройства мышления умеренной степени выраженности	4,0	2,41	0,19
Нарушения внимания средней ступені вираженості	5,0	2,57	0,17
Возбуждение средней ступені вираженості	5,0	2,57	0,17
<b>Продромальные симптомы психоза по шкале SOPS</b>			
Отсутствие снижения переживания эмоций и самого себя	0	4,33	0,34
Вычурное мышление умеренной и выше ступені вираженості	≥ 3,0	3,63	0,33
Снижение толерантності к обычному стрессу середньої і вище ступені вираженості	≥ 4,0	3,01	0,32
Расстройства сна в средней ступені вираженості	4,0	3,54	0,27
Отсутствие или сомнительная выраженность концептуальной дезорганизации	≤ 1,0	2,45	0,27
Отсутствие или сомнительная выраженность социальной изоляции или уединения	≤ 1,0	2,74	0,22
Отсутствие снижения выраженности эмоций	0	4,78	0,22
Проблема с фокусировкой и вниманием средней ступені вираженості	4,0	2,57	0,17

Полученные результаты свидетельствуют, что продромальными предикторами психоза при ПШ выступают низкие показатели продуктивной симптоматики при высоких показателях негативных симптомов, в то время как предикторами психоза при ОППР, наоборот, служат выраженные продуктивные симптомы и низкие показатели негативной симптоматики. Установлено также, что продромальные проявления ОППР обладают меньшей прогредиентностью, а само психическое расстройство имеет более благоприятное течение и прогноз по сравнению с ПШ.

Полученные результаты рекомендовано использовать при разработке и внедрении программ раннего вмешательства в психоз.

### Список литературы

- Абрамов, В. А. Методологические и методические подходы к разработке высокоспециализированных технологий психиатрической помощи [Текст] / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, Г. Г. Путятин, И. В. Жигулина // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — №1(28). — С. 5—15.
- Етчіс, Е. Шизофренія: огляд та оновлення уявлень про механізми психопатології [Електронний ресурс] / Е. Етчіс // Вестник ассоциации психиатров Украины — 2013. — № 01. — Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/35068>.
- Марута, Н. А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии [Текст] / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2014. — № 2(29). — С. 42—43.
- Методичний комплекс ретроспективної оцінки домінуючого етапу першого психотичного епізоду [Текст] : методичні

рекомендації / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна та ін. — Київ; Донецьк, 2013. — 38 с.

5. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств [Текст] / С. Н. Мосолов. — М., 2001. — 238 с.

6. Шмуклер, А. Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра [Электронный ресурс] / А. Б. Шмуклер // Психиатрия и психофармакотерапия — 2013. — № 15(5). — Режим доступа : <http://con-med.ru>.

7. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states [Text] / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann et al. // Br. J. Psychiatry. — 2012. — №200. — P. 22—29.

8. McGlashan, T. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up [Text] / T. McGlashan, B. Walsh, S. Woods. — Oxford University Press, 2010. — 249 p.

9. McGorry, P. Evidence, early intervention and the tipping point [Text] / P. McGorry // Early Interv. Psychiatry. — 2010. — Vol. 4. — P. 1—3.

10. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? [Text] / C. Mihalopoulos, M. Harris, L. Henry et al. // Schizophr Bull. — 2009. — Vol. 35. — P. 909—918.

Надійшла до редакції 05.05.2016 р.

**БИЛОУС Владимир Сергеевич**, научный сотрудник Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: mscience@ukr.net

**BILOUS Volodymyr**, Researcher of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net