

УДК 616.895.8:616.89-008.48-07

В. С. Білоус

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОДРОМАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПСИХОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

В. С. Білоус

Клініко-психопатологічні прояви продромального періоду психозу у пацієнтів з параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним розладом

V. S. Bilous

Clinical and psychopathological manifestations of prodromal stage of psychosis in patients with paranoid schizophrenia and acute polymorphic psychotic disorder

Представлены результаты сравнительного анализа клинико-психопатологических проявлений продрома параноидной шизофрении и острого полиморфного психотического расстройства. В рамках исследования проанализированы варианты течения, динамика и основные клинико-психопатологические проявления продромального периода психоза у пациентов с шизофренией и острым полиморфным психотическим расстройством и выделены их специфические особенности с учетом формы психоза. Установлено, что клинико-психопатологическими особенностями продрома параноидной шизофрении выступают непрерывный вариант течения; высокая прогрессивность; неблагоприятный прогноз и преобладание в клинической картине расстройства негативных симптомов. Клинико-психопатологическими особенностями продрома острого полиморфного психотического расстройства выступают смешанный вариант течения, низкая прогрессивность; благоприятный прогноз; преобладание среди клинических проявлений симптомов дезорганизации и общих психопатологических расстройств.

Ключевые слова: продромальный период психоза, клинико-психопатологические особенности, параноидная шизофрения, острое полиморфное психотическое расстройство

Подано результати порівняльного аналізу клініко-психопатологічних проявів продрому параноїдної шизофренії та гострого поліморфного психотичного розладу. В рамках дослідження проаналізовано варіанти перебігу, динаміку та основні клініко-психопатологічні прояви продромального періоду психозу у пацієнтів з шизофренією і гострим поліморфним психотичним розладом та виокремлено їхні специфічні особливості з урахуванням форми психозу. Встановлено, що клініко-психопатологічними особливостями продрому параноїдної шизофренії є безперервний варіант перебігу; висока прогресивність; несприятливий прогноз і переважання в клінічній картині розладу негативної симптоматики. Клініко-психопатологічними особливостями продрому гострого поліморфного психотичного розладу є змішаний варіант перебігу, низька прогресивність; сприятливий прогноз; переважання серед клінічних проявів загальних психопатологічних симптомів і симптомів дезорганізації.

Ключові слова: продромальний період психозу, клініко-психопатологічні особливості, параноїдна шизофренія, гострий поліморфний психотичний розлад

There were presented the findings of comparative analysis of clinical and psychopathological aspects of prodromal stage of psychosis and acute polymorphic psychotic disorder. For study purposes we have analyzed the variants of course, the dynamics and basic clinical and psychopathological manifestations of prodromal period of psychosis in patients with schizophrenia and acute polymorphic psychotic disorder. The specific characteristics were marked, taking into consideration the forms of psychosis. It was determined that there were the following psychopathological peculiarities of prodromal stage of schizophrenia: continuous course, high progression, unfavourable prognosis and the prevalence of negative symptoms disorder in a clinical picture. The clinical and psychopathological peculiarities of prodromal stage of acute polymorphic psychotic disorder are: the mixed variant of course, low progression; favourable prognosis; the prevalence of symptoms of disorganization and general psychopathological disorders among the clinical manifestations.

Key words: prodromal stage of psychosis, clinical and psychopathological characteristics, paranoid schizophrenia, acute polymorphic psychotic disorder

Современные исследования доказывают необходимость смещения акцентов в терапии и реабилитации пациентов с психотическими расстройствами на более ранние этапы формирования этого заболевания [1—3, 5, 10]. Доказано, что раннее терапевтическое вмешательство в продромальном периоде психоза 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, восстановлению социального функционирования и качества жизни больных [6—8, 11—13].

Вышеизложенное обуславливает необходимость ранней диагностики психотических расстройств на начальных этапах их формирования, в частности в период продрома. Однако анализ современной литературы относительно клинических особенностей продромаль-

ной стадии психоза при шизофрении и расстройствах шизофренического круга показал недостаток исследований в этой области. Продромальный период психоза мало изучен, большая часть этих исследований устарела или велась без учета современных данных патоморфоза психотических расстройств при эндогенной психической патологии, а имеющиеся единичные литературные данные демонстрируют неоднозначные или противоречивые результаты, что определяет актуальность и востребованность комплексных исследований в данном направлении.

Цель исследования — изучить особенности клинико-психопатологических проявлений продромального периода параноидной шизофрении (ПШ) и острого полиморфного психотического расстройства (ОППР) для оптимизации их ранней диагностики и терапии.

Обследовано 137 пациентов с впервые выявленным психозом, среди которых 65 пациентов (2—3-я госпитализация) — с диагнозом ПШ (F20.0) и 72 пациента

(первая госпитализация) — с диагнозом ОППР (F23.0, F23.1), которые были обследованы как в формате реального времени, так и ретроспективно.

Методы исследования: 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) [3, 4, 9]. При заполнении шкал использовали информацию, полученную от пациента, членов семьи, представителей здравоохранения и из медицинских документов.

Анализ вариантов клинического течения продрома психоза показал, что у больных ПШ продромальный период психоза характеризуется в большинстве случаев непрерывным течением ($56,9 \pm 5,9$ балла, при $p < 0,01$), что выражается поступательным развитием симптоматики со стереотипным формированием продуктивных симптомов и отсутствием истинных фазовых аффективных симптомов и неизбежным наличием негативных расстройств, связанных с нарушениями когнитивного, эмоционально-волевого и социального функционирования. При этом отмечается видимая преемственность между симптоматикой продрома и симптоматикой последующих этапов болезни со стертыми границами перехода одного этапа в другой, отсутствием периода острого нарастания продуктивных расстройств.

Продромальный период ОППР характеризуется преобладанием смешанного варианта течения ($59,7 \pm 6,8$ балла, при $p < 0,01$), что отражается в вариабельных по длительности и волнообразных по течению психотических нарушениях и включает наличие рудиментарных неврозоподобных и психопатоподобных расстройств (тревожное состояние, напряженность, нарушение внимания, снижение толерантности к обычному стрессу и т. д.). Рудиментарные расстройства имеют поступательное развитие, и на их фоне возникают достаточно очерченные вспышки («приступы») полиморфной симптоматики, включающей субпсихотические симптомы (расстройства сна, нарушение перцепции, галлюцинаторное поведение, возбуждение, неестественное содержание мышления (вычурное мышление)). Картина продрома при ОППР полиморфна, рудиментарна, клинически неоднородна, отличается временной вариабельностью от нескольких недель до нескольких месяцев, с достаточной сохранностью общей психической продуктивности и функционирования больных в обществе. Уже на стадии продрома отмечается различная степень прогрессивности процесса, что определяется удельным весом негативных симптомов и изменений личности в период между продромальными «приступами».

Анализ выраженности позитивных и негативных симптомов (по данным шкалы PANSS) продромального периода психоза у обследованных больных показал, что клиника продромального периода ПШ характеризовалась наличием расстройств мышления сильной степени выраженности в 26,2 % случаев, при $p < 0,01$; пассивно-апатической социальной отстраненности средней степени выраженности в 30,8 % случаев, при $p < 0,05$; стереотипности мышления средней степени выраженности в 30,8 % случаев, при $p < 0,05$; подозрительности, боязни преследования в умеренной степени выраженности (мало оформленные бредовые идеи преследования,

не влияющие на общение или отношение к окружающим) в 30,8 % случаев, при $p < 0,05$; эмоциональной отчужденности в умеренной степени выраженности (больной эмоционально самоустраивается от микросоциального окружения и его проблем, однако, при активномощении может быть вовлечен в деятельность) в 40,0 % случаев, при $p < 0,01$.

Клиника продрома ОППР характеризовалась преобладанием следующих клинико-психопатологических симптомов: галлюцинаторное поведение в средней степени выраженности (т. е. эпизодические галлюцинации, иногда затрагивающие более чем одну сенсорную сферу и нарушающие мышление или поведение больного, бредовая интерпретация обманов восприятия, эмоциональная или вербальная реакция больного на галлюцинации) в 26,4 % случаев, при $p < 0,01$; возбуждение в средней степени выраженности (значительная гиперактивность, частые вспышки двигательного возбуждения, больному трудно спокойно усидеть на месте хотя бы несколько минут) в 25,0 % случаев, при $p < 0,05$; тревожное состояние в средней степени выраженности (т. е. выраженная тревога со значительными соматическими расстройствами и поведенческими реакциями) в 31,9 % случаев, при $p < 0,01$; напряженность в средней степени выраженности (выраженная напряженность со многими ее проявлениями, но поведение, в целом, при этом не страдает) в 34,7 % случаев, при $p < 0,01$; нарушение внимания в средней степени выраженности (общение с больным нарушено из-за слабой концентрации внимания, отвлекаемости и сложностей с переходом на другие темы) в 30,6 % случаев, при $p < 0,05$; неестественное содержание мышления в умеренной степени выраженности (отмечается частое искажение мыслей, иногда достигающих уровня эксцентричных) в 27,8 % случаев, при $p < 0,01$.

В результате анализа интенсивности и качественного состава продромальных симптомов психотического расстройства (по данным шкалы SOPS) установлено, что клиника продрома больных ПШ характеризовалась наличием следующих расстройств: из числа позитивной симптоматики — средняя степень выраженности концептуальной дезорганизации мышления (мышление обстоятельное, паралогичное, с трудностями сохранения его целенаправленности, иногда с невозможностью уследить за нитью беседы) в 32,3 % случаев, при $p < 0,01$; в умеренной степени выраженности подозрительности/персекуторные идеи (слабые, отрывочные, нестойкие убеждения о слежке, наблюдении и выраженная подозрительность) в 30,8 % случаев, при $p < 0,05$; среди негативных симптомов — социальная изоляция или уединение в средней степени выраженности (мало друзей, недоверчив к другим) в 33,8 % случаев, при $p < 0,01$; в средней степени снижение выраженности эмоций (трудности в поддержании спонтанности и плавности беседы, минимальная межличностная эмпатия, монотонность и отсутствие инициативы в беседе) в 33,8 % случаев, при $p < 0,05$.

В качестве особенностей клиники продрома ОППР отмечались: среди позитивных симптомов — в средней степени выраженности нарушения перцепции/галлюцинации (искажения перцепции, иллюзии, эпизодические галлюцинации (псевдогаллюцинации), которые еще распознаются больным как нереальные, могут быть

пугающими или увлекательными) в 26,4 % случаев, при $p < 0,01$; симптомы дезорганизации, включающие в средней степени выраженности проблемы с фокусировкой и вниманием (легко отвлекается и периодически теряет нить разговора) в 30,6 % случаев, при $p < 0,05$, а также вычурное мышление в умеренной степени выраженности (постоянные необычные идеи, искаженные или алогичные мысли, которые удерживаются пациентом как его убеждения или философская система) в 27,8 % случаев, при $p < 0,01$; среди общих симптомов — расстройства сна в средней степени выраженности (нарушения сна отражаются на других аспектах функционирования пациента) в 27,8 % случаев, при $p < 0,01$; снижение толерантности к стрессу в средне-сильной степени выраженности (чрезмерная реакция на обычные каждодневные события, которые ранее легко преодолевались, легко перегружается ситуациями, которые ранее легко переносились) в 43,1 % случаев, при $p < 0,01$.

Анализ выраженности групп симптомов показал, что в продроме больных ПШ преобладали негативные симптомы — $3,3 \pm 1,2$ балла (при $p < 0,05$), тогда как у больных ОППР в продроме психоза доминирующими были симптомы дезорганизации ($2,9 \pm 0,7$ балла, при $p < 0,05$) и общие симптомы ($2,7 \pm 1,3$ балла, при $p < 0,05$).

Таким образом, изучив клинико-психопатологические особенности продрома у больных ПШ и ОППР можно констатировать, что **клиника продромального периода больных ПШ** характеризуется непрерывным вариантом течения; доминированием негативной психопатологической симптоматики, наличием расстройств мышления в средне-сильной степени выраженности; пассивно-апатической социальной отстраненности, социальной изоляции, стереотипности мышления и снижения эмоций в средней степени выраженности; а также умеренной степени выраженности эмоциональной отчужденности, подозрительности и боязни преследования.

Клинические проявления продрома ОППР характеризуются смешанным вариантом течения, преобладанием симптомов дезорганизации и общих психопатологических симптомов; наличием сниженной толерантности к стрессу в средне-сильной степени выраженности; галлюцинаторного поведения, возбуждения, тревожного состояния, напряженности, проблем с фокусировкой и вниманием, расстройств сна в средней степени выраженности; неестественного (вычурного) содержания мышления в умеренной степени выраженности.

Учитывая тот факт, что у больных ПШ в продромальном периоде психоза преобладают негативные симптомы, а в продроме психоза у больных ОППР преобладают симптомы дезорганизации и общие симптомы, а также тот факт, что, в отличие от больных с ПШ, в клинике продрома больных ОППР отмечена меньшая частота встречаемости подозрительности, боязни преследования, концептуальной дезорганизации, стереотипного мышления, эмоциональной отчужденности и снижения выраженности эмоций, социальной изоляции, недостаточности суждений и критики, можно сделать вывод о том, что психические расстройства в продромальном периоде психоза больных ОППР обладают меньшей

прогредиентностью, а психика этих больных обладает более высокими компенсаторными возможностями и, следовательно, психическое расстройство имеет более благоприятное течение и прогноз.

Список литературы

1. Методологические и методические подходы к разработке высокоспециализированных технологий психиатрической помощи / [В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, Г. Г. Путятин, И. В. Жигулина] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 1(28). — С. 5—15.
2. Марута, Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым эпизодом психоза / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. — Харьков, 2010. — 96 с.
3. Методичний комплекс ретроспективної оцінки доманіфестного етапу першого психотичного епізоду : методичні рекомендації / [Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокін та ін.]. — Київ ; Донецьк, 2013. — 38 с.
4. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. — М., 2001. — 238 с.
5. Формальные расстройства мышления при синдроме риска первого психоза / [М. М. Скугаревская, Н. А. Данилевич, Ю. В. Кремень, Е. И. Кудина] // Военная медицина. — 2014. — № 2. — С. 12—19.
6. Цупрун, В. Е. Особенности суицидального поведения больных в первом психотическом эпизоде / В. Е. Цупрун, М. С. Сторожева // Психиатрическая служба Казахстана и России: общие традиции, перспективы развития и международного сотрудничества : материалы региональной науч.-практ. конф. с междунар. участием. — Актобе, ЗКГМУ им. Марата Оспанова, 2014. — С. 114—116.
7. Fusar-Poli, P. Voxel-wise meta-analysis of fMRI studies in patients at clinical high risk for psychosis / P. Fusar-Poli // J. Psychiatry Neurosis. — 2012. — Vol. 37(2). — P. 106—112.
8. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis / [P. Fusar-Poli, B. Nelson, L. Valmaggia et al.] // Schizophr. Bull. — 2014. — Vol. 40(1). — P. 120—131.
9. McGlashan, T. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up / T. McGlashan, B. Walsh, S. Woods. — Oxford University Press, 2010. — 249 p.
10. McGorry, P. Evidence, early intervention and the tipping point / P. McGorry // Early Interv. Psychiatry. — 2010. — Vol. 4. — P. 1—3.
11. Nordentoft, M. CBT for psychotic disorders: beyond meta-analyses and guidelines — it is time to implement! / M. Nordentoft, S. Austin // World Psychiatry. — 2014. — Vol. 13(3). — P. 260—261.
12. Schrank, B. Conceptualizing and measuring the well-being of people with psychosis: systematic review and narrative synthesis / B. Schrank, V. Bird, A. Tylee // Soc. Sci. Med. — 2013. — Vol. 92. — P. 9—21.
13. Tarrrier, N. The cognitive behavioral prevention of suicide in psychosis: a clinical trial / N. Tarrrier, J. Kelly, S. Maqsood // Schizophr. Res. — 2014. — Vol. 156. — P. 204—210.

Надійшла до редакції 22.12.2015 р.

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

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