

М.М. Скугаревская, Н.А. Данилевич, Ю.В. Кремень, Е.И. Кудина

ФОРМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РИСКА ПЕРВОГО ПСИХОЗА

РНПЦ психического здоровья

Синдром риска первого психоза представляет собой совокупность клинических признаков, отражающих высокую вероятность развития психотического эпизода в ближайшие годы и является отражением «продрома» шизофрении. Целью настоящего исследования было оценить расстройства мышления, выявляемые при патопсихологическом исследовании, в группе клинически высокого риска развития психоза. Всего обследовано 244 человека с синдромом риска первого психоза, у 88,5% из которых выражены нарушения мышления, определяемые методами патопсихологии. Показана ассоциация формальных расстройств мышления с продуктивными, негативными и поведенческими симптомами, характерными для шизофрении и синдрома риска первого психоза.

Ключевые слова: синдром риска первого психоза, шизофрения, формальные расстройства мышления, патопсихология.

М.М. Skuhareuskaya, N.A. Danilevich, Yu.V. Kremen, E.I. Kudina

FORMAL THOUGHT DISORDER IN INDIVIDUALS WITH THE RISK SYNDROME FOR FIRST PSYCHOSIS

The risk syndrome for first psychosis is a new concept in contemporary psychiatry and is a reflection of the “prodrome” schizophrenia. Formal Thought Disorder (FTD) has been considered as a central characteristic of schizophrenia for many years. FTD in combination with other high-risk criteria may be a valuable predictor of subsequent development of psychosis. The presence of FTD in clinical high risk individuals was assessed with methods of experimental pathopsychology. We assessed FTD in putatively prodromal individuals (n=244). FTD was revealed in 88.5% of clinical high risk individuals. FTD which can be detected by techniques of experimental pathopsychology are closely associated with clinical high risk for psychosis.

Key words: the risk syndrome for first psychosis, schizophrenia, formal thought disorder, pathopsychology, high risk of psychosis.

Синдром риска первого психоза представляет собой совокупность клинических признаков, отражающих высокую вероятность развития психотического эпизода в ближайшие годы. На данный момент отсутствует четкое определение данного феномена и единая терминология. Используются такие определения как «состояние психического риска» (at risk mental state), «синдром риска психоза» (psychosis risk syndrome), «клинически высокий риск» (clinical high risk), «крайне высокий риск» (ultra high risk), «синдром ослабленного психоза» (attenuated psychosis syndrome) и др. [9]. Предпосылкой выделения данных состояний является наличие продрома при шизофрении, то есть стадии заболевания, при которой встречаются неспецифичные, ранние симптомы, которые указывают на заболевание до того, как оно манифестирует в своей полной картине.

Диагностика синдрома риска первого психоза осуществляется преимущественно на основании таких клинических симптомов, как ослабленные продуктивные, нега-

тивные симптомы, когнитивные нарушения. Для «раннего продромального периода» характерны базисные симптомы, для «позднего продромального периода» характерно появление ослабленных психотических симптомов. Подробнее информация изложена в других публикациях [3]. По данным мета-анализа Fusar-Poli P et al. (2012), независимо от используемых диагностических подходов, психоз развивался у 18% пациентов спустя 6 месяцев после идентификации состояния как клинически высокий риск, у 22% через один год, у 29% через 2 года и у 36% спустя 3 года [7]. При этом, примерно в 70% случаев развивались психозы шизофренического спектра. Тот факт, что у существенной доли пациентов с синдромом риска первого психоза психоз так и не развивается, является основанием для усовершенствования существующих критериев. Такими перспективными маркерами могут являться формальные расстройства мышления.

Формальные расстройства мышления являются ключевой характеристикой шизофрении со времени первого

описания этого расстройства Блейлером (1911) и представляют собой нарушение формы мышления (в отличие от содержательной стороны мышления). В настоящее время к ним чаще всего относят паралогичность, разрыхление ассоциаций, разорванность, бедность речевой продукции (Американская психиатрическая ассоциация, 1980), хотя четкое определение термина и перечня относимых к нему нарушений отсутствует. Речь пациента отражает лежащие в основе мыслительные процессы, поэтому частым синонимом формальных расстройств мышления является термин «дезорганизованная речь». Существующие в англоязычной психиатрии методики оценки формальных расстройств мышления основываются на анализе речи пациента (аудиозаписи), часто трудоемки и требуют привлечения лингвиста, специализирующегося в этой области. [4, 6]. В то же время в русскоязычной психиатрии существуют уникальные разработки, позволяющие в процессе патопсихологического эксперимента выявлять нарушения мышления. Методики патопсихологии (классификации предметов, классификация понятий, исключение предметов, объяснение метафор и пословиц, методика пиктограмм и др.) широко используются в отечественном здравоохранении, показали свою валидность и надежность [1]. К «шизофреническому патопсихологическому симптомокомплексу» относят неадекватность, формальность, выхожденность, бессодержательность ассоциаций, использование при обобщении несущественных, латентных признаков объектов или субъективных критериев, не критичность мышления, резонерство, разноплановость, соскальзывания на случайные ассоциации и суждения, использование вычурных или усложненных речевых высказываний, искаженное толкование условного смысла, колебания внимания) [2]. Описываемые нарушения являются в первую очередь отражением «разрыхления ассоциаций» по Блейлеру и отражают нарушения мышления в тех ситуациях, когда выраженной дезорганизации речи может и не быть, т.е. вне периодов острого психоза.

Оценка формальных расстройств мышления в группе клинически высокого риска развития психоза ранее изучалась Bearden С.Е. с соавт. (2011), и, по нашим данным, является пока единственным опубликованным исследованием по данной проблематике. Исследование проводилось у подростков (средний возраст 17 лет) с использованием анализа аудиозаписи речи пациентов в процессе обсуждения прослушанного текста. Авторами показано нарушение логичности мышления, бедность речи, нарушение связности речи у лиц с клинически высоким риском развития психоза с последующей трансформацией в психоз [5]. Оценка расстройств мышления методами патопсихологии в группе клинически высокого риска развития психоза по имеющейся у нас информации ранее не проводилась.

Целью настоящего исследования было оценить расстройство мышления, выявляемые при патопсихологическом исследовании, в группе клинически высокого риска развития психоза.

Материал и методы

Нами было проведено клиническое наблюдательно-аналитическое исследование с формированием исследовательской группы методом направленного отбора

($n=244$, средний возраст $20,19 \pm 0,14$ лет). Лица в исследуемую группу набирались из числа проходящих обследование в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья перед призывом на срочную военную службу. Наличие синдрома риска первого психоза оценивалось либо на основании присутствия ослабленных психотических симптомов, отражающих высокую вероятность развития психоза в ближайшем будущем (1-2 года) (согласно критериям UHR), либо базисных симптомов, характерных для более ранней продромальной фазы заболевания (согласно критериям когнитивно-перцептивных нарушений, оценка) [3, 8]. Клиническая картина оценивалась с применением методик «Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении» (SPI-A) и «Всесторонняя оценка состояний риска развития психических расстройств» (Comprehensive Assessment of At Risk Mental States, (CAARMS)) [8, 10]. На основании материалов личного дела призывника, а также клинического интервью, оценивались такие параметры как поведенческие проблемы в школе, учет в инспекции по делам несовершеннолетних, проблемное употребление алкоголя, других психоактивных веществ, аутоагрессивация, наличие либо отсутствие жалоб на психическое здоровье.

Патопсихологическая оценка нарушений мышления проводилась по результатам предъявления стандартного набора методик (классификации предметов, классификация понятий, исключение предметов, объяснение метафор и пословиц, методика пиктограмм), которые оценивались опытным психологом с формированием патопсихологического заключения и подсчетом количества выявленных искажений процесса мышления в эксперименте, также как и оценкой формальности ответов в эксперименте.

Социальное функционирование оценивалось с помощью шкалы «Глобальная оценка функционирования» (GAF). Статистическая обработка данных производилась с помощью программы SPSS с использованием методов описательной и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение

По результатам патопсихологического исследования проводилась общая оценка выраженности шизофренического патопсихологического симптомокомплекса. Оценка проводилась по шкале Лайкерта от 0 до 4, где 0 – нет нарушений мышления, 1- единичные своеобразные, субъективные суждения, 2 - единичные искажения в процессе ассоциирования/ обобщения, нет признаков эмоционально-волевых нарушений; 3 – множественные искажения в процессе обобщения / ассоциирования + признаки эмоционально-волевых нарушений; 4 – грубые нарушения мышления, нарушение категориального строя мышления, выхожденность, неадекватность образов. Кроме того, отдельно подсчитывалось количество искажений при обобщении, ассоциировании в процессе эксперимента, а также выраженность формальности (от 1 – нет формальности, до 4 – выраженная формальность).

По результатам общей оценки нарушений мышления в исследуемой группе получены данные, представленные в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, достаточно выраженные нарушения мышления (оценка 2-4) отмечались у 88,5% пациентов. Отсутствие нарушений мышления либо единичные своеобразные, субъективные суждения (что может быть

Оригинальные научные публикации

Таблица 1. Общая оценка нарушений мышления по результатам патопсихологического исследования.

Общая оценка нарушений мышления	Количество пациентов (процент к общему числу)
0 нет нарушений мышления	2 (0,8%)
1 единичные своеобразные, субъективные суждения,	26 (10,7%)
2 единичные искажения в процессе ассоциирования/ обобщения, нет признаков эмоционально-волевых нарушений	57 (23,4%)
3 множественные искажения в процессе обобщения/ ассоциирования + признаки эмоционально-волевых нарушений	99 (40,6%)
4 грубые нарушения мышления, нарушение категориального строя мышления, выхожденность, неадекватность образов	60 (24,6%)

Таблица 2. Результаты корреляционного анализа (непараметрическая корреляция Спирмена) связи клинических проявлений по шкале CAARMS и нарушений мышления

Симптом	Общая оценка нарушений мышления	p	Количество искажений	p	формальность	p
Необычное содержание мыслей	-0,16	0,809	-0,50	0,459	-0,050	0,442
Нарушения восприятия	-0,11	0,866	0,020	0,772	0,001	0,983
Дезорганизация речи	0,260	0,000	0,080	0,237	0,210	0,002
Субъективные когнитивные изменения	-0,139	0,039	0,026	0,698	-0,123	0,068
Наблюдаемые когнитивные изменения (внимание, концентрация)	-0,044	0,512	-0,012	0,861	0,082	0,225
Притупление аффекта	0,300	0,00	0,084	0,213	0,271	0,00
Неадекватный аффект	0,237	0,00	0,120	0,075	0,164	0,015
Алогия	0,104	0,124	0,007	0,920	0,125	0,063
Абулия/ апатия	-0,046	0,491	0,001	0,994	-0,015	0,826
Ангедония	-0,105	0,119	0,013	0,844	-0,041	0,540
Социальная изоляция	-0,008	0,904	0,012	0,857	0,069	0,307
Нарушения ролевого функционирования	0,216	0,001	0,111	0,102	0,176	0,009
Дезорганизованное \ стигматизирующее поведение	0,174	0,009	0,072	0,288	0,137	0,042
Агрессивное \ опасное поведение	0,113	0,093	0,126	0,062	0,079	0,241
Мания	0,055	0,412	0,052	0,439	-0,062	0,357
Депрессия	-0,215	0,001	-0,131	0,053	-0,148	0,028
Суицидальность \ самоповреждение	-0,191	0,004	-0,082	0,229	-0,209	0,002
Колебания настроения	-0,035	0,604	0,049	0,468	-0,111	0,099
Тревога	-0,241	0,000	-0,108	0,110	-0,152	0,024
ОКР симптомы	-0,058	0,388	0,114	0,091	-0,009	0,890
Диссоциативные симптомы	-0,148	0,028	-0,003	0,967	-0,146	0,030

характерным для пациентов с расстройствами личности) отмечались в 11,5% случаев.

Для оценки выраженности ослабленных продуктивных, негативных, когнитивных, поведенческих и других симптомов нами использовалась шкала CAARMS. Оценка производилась по 7-балльной шкале от 0 (отсутствие симптома) до 7 (тяжелая, психотическая выраженность). Данные корреляционного анализа между основными показателями данной шкалы и нарушениями мышления представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, большая выраженность нарушений мышления по результатам патопсихологической оценки была ассоциирована с большей выраженностью дезорганизации речи, притупления аффекта, неадекватного аффекта, поведенческих нарушений (нарушения ролевого функционирования, дезорганизованное, стигматизирующее поведение); а также с меньшей выраженностью субъективно оцениваемых когнитивных изменений, депрессии, суицидальности/самоповреждения, тревоги и диссоциативных симптомов. То есть формальные расстройства мышления более выражены у тех пациентов, у кого одновременно присутствуют продуктивные, негативные и поведенческие симптомы, характерные для расстройств шизофренического спектра. В то же время обратная зависимость с субъективно оцениваемыми когнитивными изменениями, депрессией, тревогой, может объясняться сохранностью критичности в анализе собственных переживаний, сохранностью эмоциональных проявлений. Также следует отметить различную степень связи с клиническими феноменами преимущественно качественно оцениваемых параметров («общая оценка нарушений мышления» и «формальность») и количественных параметров («количество искажений»), что говорит о большой роли патопсихолога, проводящего эксперимент, и значимости его субъективного восприятия в интерпретации полученных результатов. Простая количественная оценка выявленных искажений кажется менее значимой для клинической практики, так как не затрагивает весь спектр выявляемых нарушений.

При оценке влияния ряда социально-демографических показателей на выраженность нарушений мышления получены следующие данные (непараметрическая статистика, коэффициент Манна-Уитни). Более выраженными нарушениями мышления были среди тех, у кого отмечались поведенческие нарушения в период обучения в школе ($p=0,006$), кто состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних ($p=0,017$), у кого отмечалось проблемное употребление алкоголя ($p=0,023$). Наличие каких-либо жалоб на свое психическое состояние у пациентов не было связано с выраженностью нарушений мышления ($p=0,075$), наследственная отягощенность по психическим расстройствам также не влияла на изучаемый показатель ($p=0,532$), как и эпизодическое употребление других психоактивных веществ, кроме алкоголя ($p=0,196$), отчисление из учебных заведений по различным причинам ($p=0,093$). Наличие аутоотравматизации, парасуицидов в анамнезе было ассоциировано с несколько меньшей выраженностью суммарного показателя нарушений мышления ($p=0,037$). Вышеуказанные поведенческие феномены являются неспецифическими, однако их присутствие дает возможность заподозрить, не лежат ли в основе выявля-

емых нарушений формальные расстройства мышления (проявления шизофренического патопсихологического симптомокомплекса), которые сказываются на способности осуществлять адекватное социальное взаимодействие.

Статистически достоверной взаимосвязи между глобальной оценкой функционирования (по шкале GAF) и выраженностью нарушений мышления не обнаружено (коэффициент корреляции Спирмена $-0,087$, $p=0,208$).

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие **выводы**:

1. у 88,5% лиц с синдромом риска первого психоза выражены нарушения мышления, определяемые методами патопсихологии;
2. выраженность формальных расстройств мышления ассоциирована с продуктивными, негативными и поведенческими симптомами, характерными для шизофрении и синдрома риска первого психоза;
3. поведенческие проблемы в подростковом возрасте ассоциированы с большей выраженностью нарушений мышления;
4. формальные расстройства мышления являются перспективным маркером клинически высокого риска развития психоза.

Ограничения исследования: для более точной оценки прогностической значимости формальных расстройств мышления как предикторов развития психоза необходима катamnестическая оценка исследуемой группы, что является целью наших последующих исследований.

Литература

1. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. – Киев: Здоров'я, 1986. – 279 с.
2. Медицинская психология: конспект лекций (составитель С.Л. Соловьева / М-СПб. – 2004. – 160 с.
3. Скугаревская, М.М. Продром шизофрении. Оценка риска развития психоза. / Психиатрия. № 4 (06). 2009. – стр. 71 – 79.
4. Andreasen, N. Scale for the assessment of thought, language and communication (TLC). / Schizophrenia bulletin. – 1986. – Vol.12. N3. – pp.473-481.
5. Bearden, C.E., Keng Nei Wu, Caplan R., Cannon T.D. Thought disorder and communication deviance as predictors of outcome in youth at clinical high risk for psychosis. / J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2011. – V.50 (7). – p.669-680.
6. De Bruin, E.I. Assessment of formal thought disorder: the relation between the Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale and clinical judgment. / Psychiatry Research. - 2007 (02). – Vol.149 (1-3). – pp. 239-246.
7. Fusar-Poli, P., Bonoldi I., Yung A.R. et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. / Arch Gen Psychiatry. – 2012. – V.69 (3). – P.220-229.
8. Schultze-Lutter, F., Addington J., Ruhrmann S., Klosterkötter J. Schizophrenia Prediction Instrument, Adult version (SPI-A). – Giovanni Fioriti s.r.l., Rome, - 2007. - 92 p.
9. Tandon, N., Shah . J., Keshavan S., Tandon R. Attenuated psychosis and the schizophrenia prodrome: current status of risk identification and psychosis prevention. Neuropsychiatry (London) . – 2012. – V.2 (4). – P. 345-353.
10. Yung, A.R., Yuen H.P., McGorry P.D. al. Mapping the onset of psychosis – the Comprehensive Assessment of At risk Mental States (CAARMS). Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2005. – Vol.39. – p. 964-971.

Поступила 18.02.2014