

М.М. Скугаревская

## СОСТОЯНИЯ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХОЗА: АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПОСЛЕДУЮЩИХ ПОСТУПЛЕНИЙ В РНПЦ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ГУ «РНПЦ психического здоровья», Минск, Беларусь

Проведен анализ повторных поступлений в Республиканский научно-практический центр психического здоровья лиц, которые при стационарном обследовании на этапе призыва на срочную военную службу были расценены как имеющие клинически высокий риск развития психоза. Катамнез оценен у 54 пациентов в среднем через  $24,8 \pm 2,6$  месяцев. Расстройства психотического спектра развились у 29 человек (53,7%). Предикторами развития расстройств психотического регистра явилась большая выраженность продуктивных, негативных, поведенческих симптомов, худшие показатели социального функционирования на этапе первичного обследования.

**Ключевые слова:** риск развития психоза, катамнез, предикторы психоза.

**М.М. Skugarevskaya**

### AT RISK MENTAL STATE FOR PSYCHOSIS: FOLLOW-UP ANALYSIS OF THE ADMISSIONS TO THE RSPC FOR MENTAL HEALTH

The follow-up analysis of the admissions to the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health of "at risk mental state for psychosis" persons was conducted. Catamnesis assessed in 54 patients after an average of  $24,8 \pm 2,6$  months. Psychotic spectrum disorders occurred in 29 individuals (53,7%). Predictors of the development of psychotic disorders were the higher levels of productive, negative, behavioral symptoms, the worst indicators of social functioning in the primary examination.

**Key words:** at risk mental state for psychosis, follow-up analysis, predictors of psychosis.

Термины «состояние риска развития психоза», «синдром риска первого психоза», «синдром ослабленных психотических симптомов», «крайне высокий риск» являются относительно новыми понятиями в современной психиатрии и отражают тенденцию к максимально ранней диагностике психических расстройств и оказанию помощи на ранних этапах. Предпосылкой выделения данных состояний является наличие продрома при шизофрении, о котором упоминалось еще со времен первого описания данного заболевания [5]. В медицине термином «продром» обозначают стадию заболевания, при которой встречаются неспецифические, ранние симптомы, которые указывают на заболевание до того, как оно манифестирует в своей полной картине. С уверенностью сказать, что это продром, можно только ретроспективно после появления полной симптоматики заболевания. В проспективных исследованиях, когда не ясно, действительно ли в последующем у человека разовьется психоз, используется термин «состояние риска развития психоза», что в англоязычной литературе звучит как «at-risk mental state», «ultra-high risk (mental) state», «clinical high risk state» и др. [8].

Как известно, риск развития шизофрении возрастает, начиная с подросткового периода, достигает пика к 20 годам и существенно снижается после 35 лет [2]. Поэтому целевой группой при изучении состояний риска развития психоза являются подростки и молодые взрослые. На начальных этапах шизофренического процесса выделяют преморбидную стадию, продромальную стадию и первый эпизод болезни. Преморбидная фаза в большинстве случаев асимптоматична, но у некоторых пациентов могут наблюдаться небольшие, стойкие «нейроонтогенетические» нарушения в моторном, социальном и/или интеллектуальном функционировании. Продромальные

симптомы проявляются у 80-90% больных шизофренией за 1-2 года до первого приступа. Обычно вначале появляются неспецифические и негативные симптомы, а затем слабовыраженные позитивные симптомы. За 4-6 месяцев до клинической манифестации заболевания количество и выраженность симптоматики увеличивается, характерны шизофреноподобные феномены (идеи отношения, необычные или чужие мысли и др.), хотя сохраняется критичность к ним. Когда пропадает критика к состоянию, как правило, развивается психоз.

Существуют два основных подхода к выделению групп риска развития шизофрении: генетический и клинический. В первом случае к группе риска относятся ближайшие родственники больных шизофренией, находящиеся в критическом для развития заболевания возрасте. Однако, частота развития явного психоза в этой группе мала, порядка 8% [6].

Другой подход основывается на выявлении лиц с определенными симптомами, которые характерны для продромального этапа шизофрении (клинический подход), и в данной публикации использован именно этот подход как наиболее перспективный в современной психиатрии.

Выделение состояний клинически высокого риска основывается на выделении следующих групп симптомов:

■ Ослабленные продуктивные симптомы – симптомы, отличающиеся от нормальных психических феноменов, но не являющиеся еще психотическими. Например, сверхценные идеи о том, что над субъектом смеются, или к нему враждебно относятся, при этом субъект осознает, что это не всегда правда. Сюда же можно отнести идеи отношения, необычные убеждения или магическое мышление, нарушения восприятия, странное поведение, речь и внешний вид. При этом симптомы не достигают уровня

отчетливого психоза, проявляются с частотой несколько раз в неделю, длятся от одной недели до 5 лет [4].

■ Очерченные продуктивные симптомы (идеи отношения, обманы восприятия, параноидные идеи, нарушения мышления и речи), но возникающие на короткий промежуток времени и проходящие спонтанно.

■ Ослабленные негативные симптомы. К ним относят абулию, апатию, ангедонию, бедность речевой продукции, притупление аффекта и др.

■ Базисные симптомы, которые характеризуют несколько иной подход к описанию критериев риска развития психоза на основании детального феноменологического описания нарушений, предшествующих началу психоза. Базисные симптомы представляют собой небольшие, субъективно ощущаемые нарушения в области ощущений, когнитивных, волевых и моторных функций, энергетического потенциала и толерантности к стрессу [3, 7].

Крайне важной является также оценка социального функционирования (учеба, работа, семья, общение). Нарушения социального функционирования считаются необходимым признаком для оценки состояния как «продромального».

Традиционные инструменты по психопатологической оценке не являются достаточно чувствительными к донологическим формам психотических расстройств. Были разработаны специфические инструменты по выделению группы риска на основании шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), в частности инструмент «Всесторонняя оценка состояний риска развития психических расстройств» - Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS), который мы использовали в данной работе [9].

Цель исследования состояла в катamnестической оценке состояний клинически высокого риска развития психоза по данным поступлений в РНПЦ психического здоровья.

**Материалы и методы.** Проведен анализ по базе данных случаев поступления в РНПЦ психического здоровья лиц, которые на период обследования по направлению военных комиссариатов в 2006 – 2010 г. были расценены как имеющие клинически высокий риск развития психоза (265 человек). Оценка поступлений произведена на конец 2012 г. Наличие клинически высокого риска развития психоза оценивалось на основании присутствия ослабленных продуктивных симптомов, негативных симптомов, формальных расстройств мышления, определяемых при патопсихологическом исследовании. Оценка производилась с применением методики CAARMS а также методами патопсихологии [1, 9]. 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

Всего выявлено 54 человека, которые поступили повторно в РНПЦ психического здоровья после того, как проходили там же стационарное обследование по направлениям военных комиссариатов и были расценены как имеющие клинически высокий риск развития психоза.

Средний возраст на момент первого обследования составил  $19,79 \pm 0,28$  лет. На этапе первичного обследования можно выделить следующие особенности изучаемой группы: 13 человек (24,1%) отчислялись из учебных заведений по различным причинам; поведенческие проблемы в школе (состояли на внутришкольном учете, имели отрицательную характеристику в личном деле) имели 22 человека (40,7%). На учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 12 человек (22,2%). К административной или уголовной ответственности привлекались 16 человек (29,7%). Проблемное употребление алкоголя отмечалось у 12 человек (22,2%), эпизодическое употребление других психоактивных веществ (каннабиноиды, клей) – 8 человек (14,8%). Акты самоповреждения (порезы на предплечьях, парасуициды) совершали 18 человек (33,3%). Таким образом, можно отметить в целом неблагоприятный социально-демографический профиль исследуемой группы. Такие параметры как аутоотравматизация, правонарушения, отчисления с мест учебы, плохая характеристика могли сами по себе обратить внимание психиатра призывной комиссии и послужить поводом направления на стационарное психиатрическое обследование.

Наследственный анамнез был отягощен у 2 пациентов шизофренией у отца, у 11 пациентов – алкоголизмом отца или матери, у 1 пациента отец покончил жизнь самоубийством.

С точки зрения клинической картины на этапе обследования можно отметить следующее: жалобы на состояние психического здоровья при поступлении предъявляли 18 человек (33,3%). В основном жалобы носили неспецифический характер: бессонница (6 человек), раздражительность, вспышки агрессии (4 человека), апатия, «нет интереса к жизни» (4 человека), тревога, «постоянный страх» (2 человека), колебания настроения (2 человека), невозможность сосредоточиться, проблемы с памятью, «путаница мыслей» (2 человека), неприятные соматические ощущения, такие как головная боль, «зажатость в голове» (3 человека), проблемы в общении с людьми (2 человека). Свообразные жалобы на «боли в спине из-за конфликта с родителями» были у одного пациента. То есть, наличие и характер жалоб без целенаправленного респроса часто не позволяет идентифицировать пациентов как «продромальных». Связи между наличием жалоб на этапе обследования и последующим развитием расстройств психотического регистра не обнаружено (критерий  $\chi^2$ ,  $p > 0,05$ ).

Между обследованием и повторным поступлением проходил период в среднем  $24,8 \pm 2,6$  месяцев. Диагностические категории, верифицированные при повторном поступлении, представлены в таблице 1.

Психотические расстройства развились более чем в половине случаев (53,7%). Неожиданной находкой оказалось развитие в достаточно большом проценте случаев алкогольного галлюциноза (9,3%), что подтверждает существование специфической предрасположенности к развитию психотических расстройств, в том числе и под воздействием экзогенных факторов. Поступления с диагнозом при выписке «Употребление алкоголя с вредными последствиями» в 100% случаев были связаны с суицидальным поведением (суицидальные высказывания,

Таблица 1. Спектр диагностических категорий при повторном поступлении

Рубрики по МКБ-10	количество	процент
<b>Шизофрения и близкие расстройства</b>	21	38,9
Острые полиморфные психотические расстройства	8	14,8
Шизотипическое расстройство	4	7,4
Шизофрения	6	11,1
Шизизоаффективное расстройство	3	5,6
<b>Психотические расстройства в рамках других разделов</b>	8	14,8
Алкогольный галлюциноз	5	9,3
Состояние отмены алкоголя с делирием	1	1,9
Органическое шизофреноподобное расстройство	2	3,7
<b>Невротические и связанные со стрессом расстройства</b>	12	22,2
Паническое расстройство	1	1,9
Обсессивно-компульсивное расстройство	1	1,9
Расстройства адаптации	6	11,1
Другие невротические расстройства	4	7,4
<b>Расстройства, связанные с употреблением ПАВ (непсихотические)</b>	8	14,8
Употребление алкоголя с вредными последствиями	5	9,3
Синдром зависимости от алкоголя	1	1,9
Состояние отмены алкоголя	1	1,9
Синдром зависимости от летучих растворителей	1	1,9
<b>Другие диагнозы</b>	5	9,3
Расстройства личности	2	3,7
Умеренный депрессивный эпизод	1	1,9
Органическое эмоционально лабильное расстройство	1	1,9
Психически здоров	1	1,9

парасуициды). Также суцидальные высказывания или попытки послужили причиной поступления в стационар у 3 человек с диагнозами расстройств адаптации. Итого суцидальное поведение послужило поводом для госпитализации в 14,8% случаев.

В дальнейшем нами был проведен анализ возможных предпосылок развития расстройств психотического спектра, для чего выделена группа лиц, у которых развились расстройства психотического уровня (гр.1, n=29) и группа, в которой расстройства не развились (гр.2, n=25).

Не выявлено предикторной значимости для развития расстройств психотического уровня таких показателей как возраст, наличие поведенческих проблем в школе, административных и уголовных правонарушений, злоупотребления психоактивными веществами, аутоагрессивного поведения ( $p>0,05$ ).

Достоверным предиктором развития психотических расстройств в группе риска оказались показатели социального функционирования (по шкале GAF): ниже среди тех, у кого развился психоз по сравнению с теми, у кого не развился ( $55,23\pm 2,36$  и  $66,18\pm 3,30$  баллов соответственно,  $p<0,01$ ), а также ряд клинических параметров, оцененных по результатам CAARMS (данные представлены в таблице 2).

Как видно из таблицы 2 среди тех, у кого в дальнейшем развилось расстройство психотического уровня, значимо выше была выраженность позитивных симптомов, наблюдаемого притупления аффекта, ангедонии, социальной изоляции, нарушений ролевого функционирования, дезорганизованного/ стигматизирующего поведения и субъективных вегетативных нарушений.

Различий между группами по выраженности формальных расстройств мышления при патопсихологическом исследовании, а именно искажений процесса ассоциирования, обобщения, наличия аутичных, выхолащенных и своеобразных образов, формальности мышления не выявлено ( $p>0,05$ ).

Ограничения исследования. В анализ вошли только случаи повторных госпитализаций в РНПЦ психического здоровья, судьба других пациентов, расцененных как «клинически высокий риск» не отслежена в данной работе. Отсутствие последующих госпитализаций в РНПЦ психического здоровья не означает отсутствия у остальных пациентов психических расстройств, т.к. они могли получать помощь в других учреждениях здравоохранения либо не обращаться за помощью. Также возможно в дальнейшем развитие психотических расстройств среди тех, у кого при повторном поступлении имелись расстройства непсихотического регистра. Для формирования более полной картины в дальнейшем необходимо отследить катамнез всех лиц, расцененных как имеющие клинически высокий риск развития психоза.

#### Выводы

Имеет место изначальное неблагополучие по показателям социального функционирования среди пациентов, имеющих клинически высокий риск развития психоза и поступивших в последующем в РНПЦ психического здоровья.

Для диагностики состояний клинически высокого риска развития психоза необходимо углубленное интервью, так как активно предъявляемые жалобы носят неспецифический характер.

Предикторами развития расстройств психотического регистра являются большая выраженность продуктивных, негативных, поведенческих симптомов по шкале CAARMS, худшие показатели социального функционирования.

Использование критериев для оценки состояний клинически высокого риска является перспективным в прогнозировании развития психотических расстройств.

Таблица 2. Показатели по шкале CAARMS \* на этапе обследования в зависимости от развития психоза в дальнейшем

	Гр.1 M±m	Гр.2 M±m	Достоверность различий
<b>1. Позитивные симптомы</b>			
1.1 необычное содержание мыслей (идеи отношения, воздействия, вкладывания-отнятия мыслей и др.)	0,79±0,19	0,18±0,12	p<0,01
1.2 «невычурные» идеи (величия, вины, преследования, ревности и др.)	2,03±0,25	0,50±0,18	p<0,01
1.3 нарушения восприятия	0,83±0,24	0,18±0,14	p<0,05
1.4 дезорганизация речи	2,69±0,31	1,72±0,31	p<0,05
<b>2. когнитивные изменения (внимание\ концентрация)</b>			
2.1 субъективные ощущения	0,32±0,19	0,14±0,14	p>0,05
2.2 наблюдаемые изменения	1,11±0,25	1,00±0,29	p>0,05
<b>3. эмоциональные нарушения</b>			
3.1 субъективные эмоциональные нарушения	0,71±0,21	0,27±0,19	p>0,05
3.2 наблюдаемое притупление аффекта	3,58±0,10	3,13±0,56	p<0,01
3.3 наблюдаемый неадекватный аффект	1,33±0,29	0,90±0,29	p>0,05
<b>4 негативные симптомы</b>			
4.1 алогия	1,45±0,25	1,55±0,28	p>0,05
4.2 абулия\ апатия	1,14±0,27	0,68±0,22	p>0,05
4.3 ангедония	1,07±0,24	0,36±0,21	p<0,05
<b>5 поведенческие изменения</b>			
5.1 социальная изоляция	2,13±0,25	0,95±0,24	p<0,01
5.2 нарушение ролевого функционирования	2,63±1,51	1,63±0,28	p<0,01
5.3 дезорганизованное\ стигматизирующее поведение	1,21±0,28	0,27±0,15	p<0,05
5.4 агрессивное\ опасное поведение	0,93±0,28	0,91±0,25	p>0,05
<b>6 двигательные\ соматические изменения</b>			
6.1 субъективные нарушения моторики	0	0,09±0,09	p>0,05
6.3 субъективные телесные ощущения	0,53±0,23	0,14±0,14	p>0,05
6.4 субъективные вегетативные нарушения	0,48±0,21	0	p<0,05
<b>7 общая психопатология</b>			
7.1 мания	0,17±0,12	0	p>0,05
7.2 депрессия	0,70±0,21	0,50±0,24	p>0,05
7.3 суицидальность\ самоповреждение	0,52±0,18	1,18±0,35	p>0,05
7.4 колебания настроения	0,21±0,15	0,13±0,13	p>0,05
7.5 тревога	0,48±0,18	0,32±0,18	p>0,05
7.6 ОКР симптомы	0,21±0,14	0,27±0,27	p>0,05
7.7 диссоциативные симптомы	0,07±0,07	0	p>0,05
7.8 нарушения толерантности к стрессу	0,14±0,11	0	p>0,05

Примечание: \* показатели по шкале CAARMS оценивались по 7-балльной шкале, где 0 – отсутствие симптома, 6 – тяжелая, психотическая выраженность симптома.

### Литература

1. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. – Киев: Здоров'я, 1986. – 279 с.
2. Джонс, П.Б., Бакли П.Ф. Шизофрения: Клин. Руководство / Под общ. ред. проф. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс. – информ, 2008. – 192 с.
3. Скугаревская, М.М. Базисные симптомы как предикторы развития психоза. Психологический журнал. – 2011(1-2). – стр. 63-70.
4. Скугаревская, М.М. Продром шизофрении. Оценка риска развития психоза. / Психиатрия. -2009. -№ 4 (06). – стр. 71 – 79.
5. Шизофрения. – Пер. с англ. \ Под ред. В.Штенгелова. – Киев.: Сфера, 2005. – 488 с.
6. Johnstone, E.C., Cosway R., Lawrie S.M. Distinguishing characteristics

- of subject with good and poor early outcome in the Edinburgh High-Risk Study. British Journal of Psychiatry. – 2002.- V.181. – p.26 – 29.
7. Klosterkotter, J., Ebel H., Schultze-Lutter F., Steinmeyer E.M. Diagnostic validity of basic symptoms. European Archives of psychiatry and clinical neurosciences. – 1996. – V.246. – p.147 – 154.
8. Olsen, K.A., Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. – Acta Psychiatr Scand. – 2006. – V.113. – p. 273 – 282.
9. Yung, A.R., Yuen H.P., McGorry P.D. et 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 1.02.2013 г.