

ПРОДРОМАЛЬНИЙ ПЕРІОД ПСИХОЗУ: КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ
ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ, КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ І ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ

Резюме. Зміцнення психічного здоров'я населення є одним із найважливіших завдань громадської охорони здоров'я в усіх країнах світу. В цьому сенсі особливого значення надають ранньому втручання у продромальну стадію психозу, що дозволяє запобігти розвитку патологічного процесу, зберегти соціальне функціонування і якість життя пацієнтів.

Мета дослідження – вивчити клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності розвитку продромальної стадії психозу для виявлення факторів формування психозу і розробки профілактичних заходів.

Матеріали і методи. Для вирішення поставлених завдань у роботі було використано такий комплекс методів дослідження: I – Клініко-психопатологічний метод. II – Психометричні методи: шкала оцінки продуктивної і негативної симптоматики PANSS; шкала суїцидального ризику (Лос-Анджелеського суїцидологічного центру); шкала продромальних симптомів SOPS; шкала визначення клініко-динамічного варіанту перебігу продромального періоду; шкала структурованого інтерв'ю для оцінки преморбідного статусу – PAS-SI. III – Психодіагностичні методики: опитувальник К. Леонгарда–Шмішека для визначення акцентуацій характеру; методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойко; методика оцінки інтеграційного показника якості життя. IV – Методи статистичної обробки отриманих даних з визначенням середніх величин, їх помилок, кореляційного аналізу. У процесі виконання роботи було обстежено 137 пацієнтів із вперше виявленим психозом: 65 пацієнтів (друга–третья госпіталізація) – з діагнозом параноїдної шизофренії (ПШ) (F20.0); 72 особи (перша госпіталізація) – з діагнозом гострого поліморфного психотичного розладу (ГППР) (F23.0, F23.1). Усі пацієнти були обстежені як у форматі реального часу, так і ретроспективно. Вивчення клініко-психопатологічних особливостей продромального періоду психозу (ППП) у хворих ПШ та ГППР показало, що у клініці ППП пацієнтів із ПШ переважають: розлади мислення (концептуальна дезорганізація) – в 26,2 % випадків ($p < 0,01$); пасивно-апатична соціальна відстороненість – у 30,8 % випадків ($p < 0,05$); соціальна ізоляція (усамітнення) – в 33,8 % випадків ($p < 0,01$); стереотипне мислення – у 30,8 % випадків, при ($p < 0,05$), зниження вираження емоцій – у 33,8 % випадків ($p < 0,05$); емоційне відчуження – у 40,0 % випадків ($p < 0,01$), підозрілість, страх переслідування (персекуторні ідеї) – у 30,8 % випадків ($p < 0,05$). Необхідно відмітити помірний та середній ступені вираження зазначених ознак в обстежених.

Результати досліджень та їх обговорення. У хворих із ГППР у ППП переважали клініко-психопатологічні симптоми: зниження толерантності до стресу – в 43,1 % випадків ($p < 0,01$); галюцинаторна поведінка (порушення перцепції / галюцинації) – у 26,4 % випадків ($p < 0,01$); збудження – в 25,0 % випадків ($p < 0,05$); тривожний стан – у 31,9 % випадків ($p < 0,01$); напруження – в 34,7 % випадків ($p < 0,01$); порушення уваги – у 30,6 % випадків ($p < 0,05$); розлади сну – в 27,8 % випадків ($p < 0,01$); неприродний вміст мислення (вигадливе мислення) – у 27,8 % випадків ($p < 0,01$). Необхідно зазначити помірний ступінь вираження вищеперерахованих ознак. Згідно з результатами дослідження, можна констатувати, що у хворих на ПШ у ППП переважають негативні симптоми – (3,3±1,2) бала ($p < 0,05$), тоді як у пацієнтів із ГППР у ППП частіше спостерігаються симптоми дезорганізації – (2,9±0,7) бала ($p < 0,05$) і загальні симптоми – (2,7±1,3) бала ($p < 0,05$).

Висновки. З урахуванням клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей, виявлених у пацієнтів у ППП при ПШ та ГППР, у даному дослідженні було розроблено програму раннього втручання, що базувалася на застосуванні психофармакотерапії, психотерапії та соціально-середовищних впливів.

Ключові слова: продромальний період психозу; параноїдна шизофренія; гострий поліморфний психотичний розлад; клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності; діагностика; профілактика.

ВСТУП Зміцнення психічного здоров'я населення є одним із найважливіших завдань громадської охорони здоров'я в усіх країнах світу. В цьому сенсі особливого значення надають ранньому втручання у продромальну стадію психозу, що дозволяє запобігти розвитку патологічного процесу, зберегти соціальне функціонування і якість життя пацієнтів [4, 8, 12, 13]. При цьому доведено, що раннє втручання у продромальному періоді психозу (ППП) призводить до зниження тяжкості захворювання, більш швидкого розвитку ремісії; зниження ризику когнітивного дефіциту і суїцидальної поведінки, запобігання хронізації патології; зменшення кількості госпіталізацій і їх тривалості, відновлення соціального функціонування та якості життя [10, 13, 21, 22].

Описана концепція раннього втручання базується на виділенні певної стадійності у розвитку психотичного процесу, в якій виділяють преморбідну стадію, ППП і перший епізод психозу. Наступні стадії визначають хід ендогенного процесу, ремісію, вихід із психозу і вже не належать до концепції раннього втручання [16, 17]. У проведених дослідженнях доведено, що продромальні симптоми психозу виявляються у 5–10 % населення. Ці

прояви корелюють з низьким вербальним IQ, низьким рівнем освіти, високою міграцією, вживанням наркотичних речовин і негативними життєвими подіями [9, 19].

Незважаючи на наявність вищезазначених результатів досліджень ППП, психопатологічна та патопсихологічні характеристики продрому параноїдної шизофренії (ПШ), гострого поліморфного психотичного розладу (ГППР), включаючи їх феноменологічну структуру, динаміку, тривалість, фактори ризику, патопсихологічні закономірності формування, а також можливості сучасних методів фармако- і психотерапії на цьому етапі – залишаються маловивченими.

Метою дослідження було вивчити клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності розвитку продромальної стадії психозу для виявлення факторів ризику формування психозу і розробки профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для вирішення поставлених завдань у роботі використано такий комплекс методів дослідження.

I. Клініко-психопатологічний метод [2, 11].

II. Психометричні методи: шкала оцінки продуктивної і негативної симптоматики PANSS [13]; шкала суїцидаль-

ного ризику (Лос-Анджелеського суїцидологічного центру) [6]; шкала продромальних симптомів SOPS [16, 17]; шкала визначення клініко-динамічного варіанту перебігу продромального періоду [5]; шкала структурованого інтерв'ю для оцінки преморбідного статусу – PAS-SI [20].

III. Психодіагностичні методики: опитувальник К. Леонгарда–Шмішека для визначення акцентуацій характеру [7]; методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойко [3]; методика оцінки інтеграційного показника якості життя [18].

IV. Методи статистичної обробки отриманих даних з визначенням середніх величин, їх помилок, кореляційного аналізу [1].

У процесі виконання роботи обстежено 137 пацієнтів із вперше виявленим психозом: 65 пацієнтів (друга–третья госпіталізація) – з діагнозом ПШ (F20.0); 72 особи (перша госпіталізація) – з діагнозом ГППР (F23.0, F23.1). Усіх пацієнтів обстежили як у форматі реального часу, так і ретроспективно.

Вивчення соціально-демографічних особливостей показало, що в ППП серед хворих на ПШ переважають особи чоловічої статі, виховані у повній сім'ї, у віці ($23,4 \pm 4,1$) року, які мають середню освіту, не перебувають у шлюбі, мають спадкову обтяженість на шизофренію і розлади особистості. Серед хворих на ГППР у ППП були особи жіночої статі, які мали перинатальну патологію в анамнезі, виховані у неповній сім'ї, у віці ($34,1 \pm 3,7$) року, з вищою (незавершеною вищою) освітою, які перебувають у шлюбі, мають спадкову обтяженість алкогольною залежністю і афективними розладами.

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей ППП у хворих на ПШ та ГППР показало, що переважають розлади мислення (концептуальна дезорганізація) – у 26,2 % випадків ($p < 0,01$); пасивно-апатична соціальна відстороненість – у 30,8 % випадків ($p < 0,05$); соціальна ізоляція (усамітнення) (у 33,8 % випадків, при ($p < 0,01$); стереотипне мислення (у 30,8 % випадків, при ($p < 0,05$); зниження вираження емоцій – у 33,8 % випадків ($p < 0,05$); емоційне відчуження – у 40,0 % випадків ($p < 0,01$); підозрілість, страх переслідування (персекуторні ідеї) – у 30,8 % випадків ($p < 0,05$). Необхідно відзначити помірний та середній ступені вираження зазначених ознак в обстежених.

При цьому найважливішими діагностичними ознаками ППП у хворих на ПШ виявилися: стереотипне мислення ДК–(-17,04), MI-4,58 ($p < 0,05$); соціальна ізоляція (усамітнення) ДК–(-22,71), MI-4,23 ($p < 0,01$); дезорганізаційні розлади мислення ДК–(-22,42), MI-4,01 ($p < 0,01$); пасивно-апатична соціальна відстороненість ДК–(-16,21), MI-3,86 ($p < 0,05$); підозрілість (страх переслідування) ДК–(-18,78), MI-3,18 ($p < 0,05$).

Емоційне відчуження (зниження вираження емоцій) (ДК–(-14,55), MI-2,79 $p < 0,01$) також є важливою діагностичною ознакою ППП у хворих на ПШ, але тільки разом із такими клінічними симптомами, як стереотипне мислення, соціальна ізоляція (усамітнення), дезорганізація мислення, пасивно-апатична соціальна відстороненість, підозрілість (страх переслідування).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих із ГППР у ППП переважали такі клініко-психопатологічні симптоми: зниження толерантності до стресу – в 43,1 % випадків ($p < 0,01$); галюциаторна поведінка (порушення перцепції/галюцинації) – у 26,4 % випадків ($p < 0,01$); збудження – у 25,0 % випадків ($p < 0,05$); тривож-

ний стан – у 31,9 % випадків ($p < 0,01$); напруження – у 34,7 % випадків ($p < 0,01$); порушення уваги – у 30,6 % випадків ($p < 0,05$); розлади сну – у 27,8 % випадків ($p < 0,01$); неприродний вміст мислення (вигадливе мислення) – у 27,8 % випадків ($p < 0,01$). Ступінь вираження вищеперелічених ознак у обстежених був помірним.

При цьому найважливішими діагностичними ознаками ППП у хворих із ГППР були: неприродний вміст мислення (ДК–(-24,35), MI-4,77, при ($p < 0,01$); галюциаторна поведінка ДК–(-25,14), MI-4,54 ($p < 0,01$); збудження ДК–(-15,22), MI-3,91 ($p < 0,05$); розлади сну ДК–(-21,79), MI-3,73 ($p < 0,01$) і тривожний стан ДК–(-21,11), MI-3,63 ($p < 0,01$).

Напруження (ДК–(-13,48), MI-3,10 ($p < 0,01$); проблеми з фокусуванням і увагою ДК–(-9,91), MI-2,78 ($p < 0,05$); зниження толерантності до стресу ДК–(-16,29), MI-2,53 ($p < 0,01$) також є важливими діагностичними ознаками ППП у хворих ГППР, але тільки у сукупності з такими клінічними проявами, як неприродний вміст мислення, галюциаторна поведінка, збудження, розлад сну і тривожний стан.

Згідно з результатами дослідження, можна констатувати, що у хворих на ПШ у ППП переважають негативні симптоми – ($3,3 \pm 1,2$) бала при ($p < 0,05$), тоді як у хворих із ГППР у ППП частіше спостерігаються симптоми дезорганізації – ($2,9 \pm 0,7$) бала при ($p < 0,05$) і загальні симптоми ($2,7 \pm 1,3$) бала при ($p < 0,05$). Отримані дані дозволяють прогнозувати у пацієнтів із ГППР меншу прогресивність психотичного розладу, його більш сприятливий перебіг і кращий вихід.

Вивчення динаміки ППП показало, що при ПШ частіше буває безперервний варіант перебігу (56,9 %), більш рідкісними є змішаний (27,7 %) і епізодичний (15,4 %) варіанти. У пацієнтів із ГППР переважав змішаний варіант перебігу (59,7 %), рідше зустрічалися неперервний (22,2 %) і епізодичний (18,1 %) варіанти.

У процесі вивчення ризику суїцидальної поведінки у хворих на ПШ та ГППР виявлено, що найбільші (середньо-високі) показники суїцидального ризику виявлено у пацієнтів із ГППР з епізодичним варіантом перебігу – (399,4 бала), котрий зустрічався у незначній кількості обстежених даної групи (18,1 %). У пацієнтів із переважним в даній групі змішаним варіантом перебігу (59,7 %) показник суїцидального ризику був низьким (101,3 бала).

Серед хворих на ПШ найвищі показники суїцидального ризику (278,5 бала – середній рівень) зареєстровано у пацієнтів зі змішаним варіантом перебігу, чисельність яких становила 27,7 %. У пацієнтів із переважним у цій групі неперервним типом перебігу (56,9 %) рівень суїцидального ризику був низьким (88,7 бала).

Згідно з даними проведеного кореляційного аналізу, в пацієнтів із ПШ в ППП було виявлено позитивну кореляцію між високим рівнем суїцидального ризику і такими клінічними проявами продрому психозу, як концептуальна дезорганізація ($r = 0,67$), підозрілість ($r = 0,59$) і страх переслідування ($r = 0,51$).

У хворих із ГППР у ППП позитивну кореляцію було відмічено між високим рівнем суїцидального ризику і такими клінічними проявами продрому, як тривожний стан ($r = 0,49$), галюциаторна поведінка ($r = 0,57$) і напруження ($r = 0,63$).

Вивчення патопсихологічних особливостей хворих на ПШ та ГППР у ППП показало, що у групі із ПШ переважають пацієнти з акцентуованими афективно-ригідними ($20,2 \pm 3,0$) бала, у 38,5 % випадків при $p < 0,01$) і дисти-

мічними – (19,6±1,9) бала, у 30,8 % випадків при (p<0,05) особистісними особливостями.

Для цих пацієнтів характерним був знижений загальний рівень соціальної фрустрованості – (1,9±0,3) бала, при (p<0,05). Основними факторами соціальної фрустрації для цих хворих були положення у суспільстві – (3,2±0,3) бала, ДК–(-16,22), MI-3,67 при (p<0,05), взаємовідносини з адміністрацією на роботі – (3,1±0,3) бала, ДК–(-14,20), MI-2,67 при (p<0,05), з суб'єктами своєї професійної та навчальної діяльності – (3,0±0,2) бала, ДК–(-15,02), MI-3,30 при (p<0,05).

У пацієнтів із ППП при ПШ виявлено низькі показники якості життя у сферах особистісної реалізації – (2,9±0,8) бала при (p<0,01), психологічного благополуччя – (3,1±1,1) бала при (p<0,05), загального сприйняття якості життя – (3,3±0,8) бала при (p<0,05) у групі хворих із НП ППП; соціоемоційної підтримки – (2,8±0,8) бала при (p<0,05) у групі пацієнтів із ЕП ППП; міжособистісної взаємодії – (3,0±1,5) бала при (p<0,01) у групі хворих зі ЗП ППП.

У групі хворих ГППР у ППП переважають пацієнти з тривожними – (19,3±2,9) бала при (p<0,05), у 26,4 % випадків при (p<0,01), емотивними – (13,9±2,5) бала, у 25,0 % випадків, при (p<0,05) і афективно-екзальтованими – (20,3±1,8) бала, у 13,9 % випадків при (p<0,01) особистісними особливостями з тенденцією до акцентуації.

Для пацієнтів цієї групи характерним був помірний загальний рівень соціальної фрустрованості – (2,6±0,4) бала при (p<0,05), який зумовлений відносинами з батьками – (3,7±0,2) бала, ДК–(-23,33), MI-4,12 при (p<0,01), з друзями і знайомими – (3,6±,4) бала, ДК– (-24,05), MI-2,56 при (p<0,01), з колегами по роботі – (3,6±0,4) бала, ДК– (-21,97), MI-2,98 при (p<0,01); підвищеним рівнем фрустрації від свого способу життя – (3,4±0,4) бала, ДК– (-25,27), MI-3,25 при (p<0,01).

У пацієнтів із ГППР реєстрували низькі показники якості життя: у сфері працездатності – (3,4±1,4) бала при (p<0,05) у групі хворих із НП ППП; у сферах суспільної і службової підтримки – (3,0±0,5) бала при (p<0,05), соціо-емоційної підтримки – (3,2±1,1) бала при (p<0,05) і загального сприйняття якості життя – (3,7±0,8) бала, при (p<0,05) у групі хворих з ЕП ППП; у сферах фізичного благополуччя – (3,3±1,2) бала при (p<0,05) і духовній реалізації – (3,1±0,8) бала при (p<0,05) у групі пацієнтів із ЗП ППП.

З урахуванням клініко-психопатологічних та патофизиологічних особливостей, виявлених в пацієнтів у ППП при ПШ та ГППР, ми розробили програму раннього втручання, що базувалася на застосуванні психофармакотерапії, психотерапії та соціально-середовищних впливів.

Програма раннього втручання при ППП у пацієнтів із ПШ та ГППР складається з трьох етапів: етапу клінічної та соціально-психологічної діагностики; етапу активного втручання; етапу підтримувальних впливів.

На етапі клінічної та соціально-психологічної діагностики проводять збір і аналіз анамнестичних даних, вивчення преморбідних особистісних особливостей осіб із ППП, уточнюються клінічні особливості ППП і форму його перебігу, визначають можливі етіологічні чинники, динаміку і вираження психопатологічних проявів ПШ та ГППР. Проводять оцінку соматичного і неврологічного статусу, соціального статусу (стан професійної адаптації, задоволення сімейними відносинами і включення у соціальне життя на роботі й у суспільстві тощо), рівня соціальної фрустрації осіб із ППП. Тривалість етапу складає 3–5 днів. На етапі активного втручання використовують психофармакологічні та психотерапевтичні засоби. Психофармакотерапія другого етапу при ППП у хворих на ПШ включає застосування атипичних антипсихотиків при наявності згоди пацієнта (оланзапін у дозі 5 мг/добу або рисперидон у дозі до 2 мг/добу). У пацієнтів із ГППР застосовували "малі" антипсихотики (хлорпротиксен 100 мг/добу) або атипичні антипсихотики (рисперидон у дозі 1 мг/добу).

Психотерапія другого етапу програми раннього втручання у ППП базувалися на використанні індивідуальної раціональної психотерапії та екстреної психотерапевтичної допомоги при наявності суїцидальної поведінки. Тривалість етапу складає 10–14 днів.

Етап підтримувальних впливів включав застосування методів, спрямованих на підтримку досягнутого терапевтичного ефекту і відновлення соціального та професійного статусу. На цьому етапі використовували фармакологічні засоби (нейролептики, антидепресанти, препарати загальнозміцнювальної дії тощо); індивідуальна і групова психотерапія (КБП, терапія мистецтвом і творчим самовираженням, клієнт-центрована розмовна психотерапія, прогресивна м'язова релаксація, сімейна психотерапія); соціально-середовищний і соціально-побутовий супровід хворих (соціально-психологічне консультування, корекція взаємовідносин у колективі, раціональна психотерапія).

Засоби, які використовують на третьому етапі розробленої програми, підбирали з урахуванням клінічних особливостей, а також стану соціально-психологічної адаптації. Тривалість етапу – 2–4 місяці.

ВИСНОВКИ Оцінку ефективності розробленої програми раннього втручання у ППП проводили при ПШ та ГППР і вона показала більш високу її ефективність порівняно з традиційними методами підтримувального лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антомонов. – К., 2006. – 556 с.
2. Клинический метод диагностики на современном этапе развития психиатрии / И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линева, Г. С. Рачкаускас // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 10 (461). – С. 16–20.
3. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Экспо, 2005. – С. 38.
4. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение,

организация помощи) / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21–25.

5. Методичний комплекс ретроспективної оцінки доманіфестного етапу першого психотичного епізоду: метод. рекомендації / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна, [та ін.]. – Київ; Донецьк, 2013. – 38 с.

6. Нечипоренко, В. В. Суїцидологія: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей. – СПб.: ВМЕДА, 2007. – 376 с.

7. Овчинников Б. В. Психическая предпатология превентивная

диагностика и коррекция / Б. В. Овчинников, И. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданова. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2010. – 368 с.

8. Попадопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы [Электронный ресурс] / Т. Ф. Попадопулос. – 2014. – Режим доступа: <http://www.koob.ru>.

9. Садовничий К. С. Возможности комплексной психофармакотерапии в предманифестном периоде психозов / К. С. Садовничий, К. И. Бакуменко, В. В. Иванченко // Психиатрия: быть или не быть : материалы научно-практической конференции. – Ростов-на-Дону, 2011. – С. 278–282.

10. 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 научно-практической конференции с международным участием. – Актобе, ЗКГМУ им. Марата Оспанова, 2014. – С. 114–116.

11. Чуркин А. А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М. : МегаПро, 2010. – 132 с.

12. Burgess, Ph. Australian mental health outcomes and classification network "Sharing Information to Improve Outcomes" / Ph. Burgess, J. Pirkis, T. Coombs, A. Rosen // Review of Recovery Measures. – 2010. – Vol. 1 (01). – 78 p.

13. 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.

14. Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261–276.

15. Kobayashi N. Transient psychosis due to painless thyroiditis in a patient with anxiety disorder: a case report / N. Kobayashi, J. Tajiri, M. Takano // J. Med. Case Reports. – 2011. – Vol. 5. – P. 534.

16. McGorry P. Evidence, early intervention and the tipping point / P. McGorry // Early Interv. Psychiatry. – 2010. – Vol. 4. – P. 1–3.

17. Early intervention in psychosis keeping faith with evidence-based health care / P. McGorry, J. O. Johannessen, S. Lewis [et al.] // Psychol. Med. – 2010. – Vol. 40. – P. 399–404.

18. Mezzich J. Validization an efficient quality of life index / J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruyiperez [et al.]. – Hamburg: 11th World Congress of Psychiatry: Psychiatry on new Thresholds, 1999. – P. 427–428.

19. Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomized controlled trial / P. Morrison, P. French, S. L. K. Stewart [et al.] // BMJ. – 2012. – Vol. 344 (05). – P. 2233.

20. The premorbid adjustment scale structured interview (PAS-SI): Preliminary findings / J. Rabinowitz, S. Z. Levine, N. Brill, E. J. Bromet // Schizophrenia Research. – 2007. – Vol. 90. – P. 255–257.

21. 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.

22. 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.

Отримано 10.10.17

©N. O. Maruta¹, V. S. Bilous²

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine, Kharkiv, Ukraine¹
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University²*

PRODROMAL PERIOD OF PSYCHOSIS: CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL REGULARITIES OF FORMATION, CRITERIA FOR DIAGNOSIS AND PRINCIPLES OF PREVENTION

Summary. An improvement of mental health of a population is one of the most important tasks of the public health care in all countries worldwide. In this sense, a special significance belongs to an early intervention in the prodromal stage of psychosis, which enables a prevention of development of the pathological process and saving social functioning and life quality of patients.

The aim of the study – to investigate clinical-psychopathological and pathopsychological regularities of formation of the prodromal period of psychosis in order to define risk factors of psychosis formation and to work out preventive measures.

Materials and Methods. To solve these tasks, a complex of methods was used as it stated below: I. Clinical-psychopathological method. II. Psychometric methods: the scale for assessment of productive and negative symptoms PANSS; the Scale of Suicidal Risk (Los Angeles Suicidology Center); the scale of prodromal symptoms SOPS; the scale of detection of clinical-dynamic variant of the prodromal period course; the scale of a structured interview to assess a premorbid status PAS-SI. III. Psychodiagnostic methods: K. Leonhard. Schmishek Questionnaire to define character accentuations; L.I. Vasserman's method for diagnosis of a social frustration level modified by V.V. Boiko; the method for assessment of integrative index of life quality. IV. Methods of mathematical statistics with calculation of means, their deviations, correlation analysis. During the study course, 137 patients with the first diagnosed psychosis: 65 patients (2nd or 3rd hospitalization) with diagnosis of paranoid schizophrenia (PSch) (F20.0); 72 patients (1st hospitalization) with diagnosis of acute polymorph psychotic disorder (APPD) (F23.0, F23.1) were examined. All the patients were examined both in real time frameworks and retrospectively. An investigation of clinical-psychopathological PPP peculiarities in patients with PSch and APPD demonstrated that in patients with PSch in their PPP clinical picture there were a predominance of: thinking disorders (a conceptual disorganization) (in 26.6 % of cases; p<0.01); a passive-aphatic social withdrawal (in 30.8 % of cases; p<0.05); a social isolation (solitude) (in 33.8 % of cases; p<0.01); a stereotypical thinking (in 30.8 % of cases; p<0.05); a decreased emotional expression (in 40.0 % of cases; p<0.01); suspiciousness, fear of persecution (persecutory ideas) (in 30.8 % of cases; p<0.05). Moderate and middle degrees of manifestations of these features in the examined patients should be pointed out.

Results and Discussion. In patients with APPD in their PPP there was a predominance of such clinical-psychopathological symptoms as a decreased stress tolerability (in 43.1 % of cases; p<0.01); a hallucinatory behavior (impairments of perception / hallucinations) (in 26.4 % of cases; p<0.01); excitement (in 25.0 % of cases; p<0.05); anxious conditions (in 39.1 % of cases; p<0.01); tension (in 34.7 % of cases; p<0.01); attention problems (in 30.6 % of cases; p<0.05); sleep disorders (in 27.8 % of cases; p<0.01); unnatural contents of thoughts (odd thinking) (in 27.8 % of cases; p<0.01). A moderate degree of manifestation of abovementioned features should be pointed out. In accordance to results of the investigation, we may state that in patients with PSch in their PPP there is a predominance of negative symptoms (3.3±1.2 points; p<0.05), whereas in patients with APPD in their PPP there are more often symptoms of disorganization (2.9±0.7 points; p<0.05) and general symptoms (2.7±1.3 points; p<0.05).

Conclusions. Taking into account the clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities, which were found out for patients in PPP in PSch and APPD, a program of the early intervention was worked out as result of this work. The program is based on usage of psychopharmacotherapy, psychotherapy, and social-environmental influences.

Key words: prodromal period of psychosis; paranoid schizophrenia; acute polymorph psychotic disorder; clinical-psychopathological and pathopsychological regularities; diagnosis; prevention.

©Н. А. Марута¹, В. С. Билоус²

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»¹
ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»²

ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПСИХОЗА: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Резюме. Укрепление психического здоровья населения является одной из важнейших задач общественного здравоохранения во всех странах мира. В этом смысле особое значение придается раннему вмешательству в продромальную стадию психоза, которое позволяет предотвратить развитие патологического процесса, сохранить социальное функционирование и качество жизни пациентов.

Цель исследования – изучить клинико-психопатологические и патопсихологические закономерности развития продромальной стадии психоза для выявления факторов риска формирования психоза и разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач в работе был использован следующий комплекс методов исследования: I – Клинико-психопатологический метод. II – Психометрические методы: шкала оценки продуктивной и негативной симптоматики PANSS; шкала суицидального риска (Лос-Анджелесского суицидологического центра) шкала продромальных симптомов SOPS; шкала определения клинико-динамического варианта течения продромального периода; шкала структурированного интервью для оценки преморбидного статуса – PAS-SI. III – Психодиагностические методики: опросник К. Леонгарда–Шмишека для определения акцентуаций характера; методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана в модификации В. В. Бойко; методика оценки интеграционного показателя качества жизни. IV – Методы статистической обработки полученных данных с определением средних величин, их ошибок, корреляционного анализа. В процессе выполнения работы были обследованы 137 пациентов с впервые выявленным психозом 65 пациентов (вторая–третья госпитализации) – с диагнозом параноидной шизофрении (ПШ) (F20.0); 72 пациента (первая госпитализация) – с диагнозом острого полиморфного психотического расстройства (ГППР) (F23.0, F23.1). Все пациенты были обследованы как в формате реального времени, так и ретроспективно. Изучение клинико-психопатологических особенностей продромального периода психоза ППП у пациентов ПШ и ГППР показало, что в клинике ППП больных ПШ преобладают: расстройства мышления (концептуальная дезорганизация) – в 26,2 % случаев ($p < 0,01$); пассивно-апатичная социальная отстраненность – в 30,8 % случаев ($p < 0,05$); социальная изоляция (уединение) – в 33,8 % случаев ($p < 0,01$); стереотипное мышление – в 30,8 % случаев ($p < 0,05$); снижение выраженности эмоций – в 33,8 % случаев ($p < 0,05$); эмоциональная отчужденность – в 40,0 % случаев ($p < 0,01$); подозрительность, страх преследования (персекуторная идея) – в 30,8 % случаев ($p < 0,05$). Следует отметить умеренную и среднюю степени выраженности указанных признаков в обследованных.

Результаты исследований и их обсуждение. У больных с ГППР в ППП преобладали клинико-психопатологические симптомы: снижение толерантности к стрессу – в 43,1 % случаев ($p < 0,01$); галлюцинаторная поведение (нарушение перцепции/галлюцинации) – в 26,4 % случаев ($p < 0,01$); возбуждение – в 25,0 % случаев ($p < 0,05$); тревожное состояние – в 31,9 % случаев ($p < 0,01$); напряженность – в 34,7 % случаев ($p < 0,01$); нарушения внимания – в 30,6 % случаев ($p < 0,05$); расстройства сна – в 27,8 % случаев ($p < 0,01$); неестественное содержание мышления (причудливое мышления) – в 27,8 % случаев ($p < 0,01$). Следует отметить умеренную степень выраженности вышеперечисленных признаков. Согласно результатам исследования, можно констатировать, что у больных ПШ в ППП преобладают негативные симптомы (3,3±1,2) балла ($p < 0,05$), тогда как у больных ГППР в ППП чаще бывают симптомы дезорганизации (2,9±0,7) балла ($p < 0,05$) и общие симптомы – (2,7±1,3) балла ($p < 0,05$).

Выводы. С учетом клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей, выявленных у пациентов в ППП при ПШ и ГППР, в данном исследовании была разработана программа раннего вмешательства, которая базировалась на применении психофармакотерапии, психотерапии и социально-средовых воздействий.

Ключевые слова: продромальный период психоза; параноидная шизофрения; острое полиморфное психотическое расстройство; клинико-психопатологические и патопсихологические закономерности; диагностика; профилактика.