



**Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»**



**Кафедра психиатрии, медицинской психологии,
психосоматики и психотерапии с лабораторией
психического здоровья**

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ АТТЕНУИРОВАННОЙ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

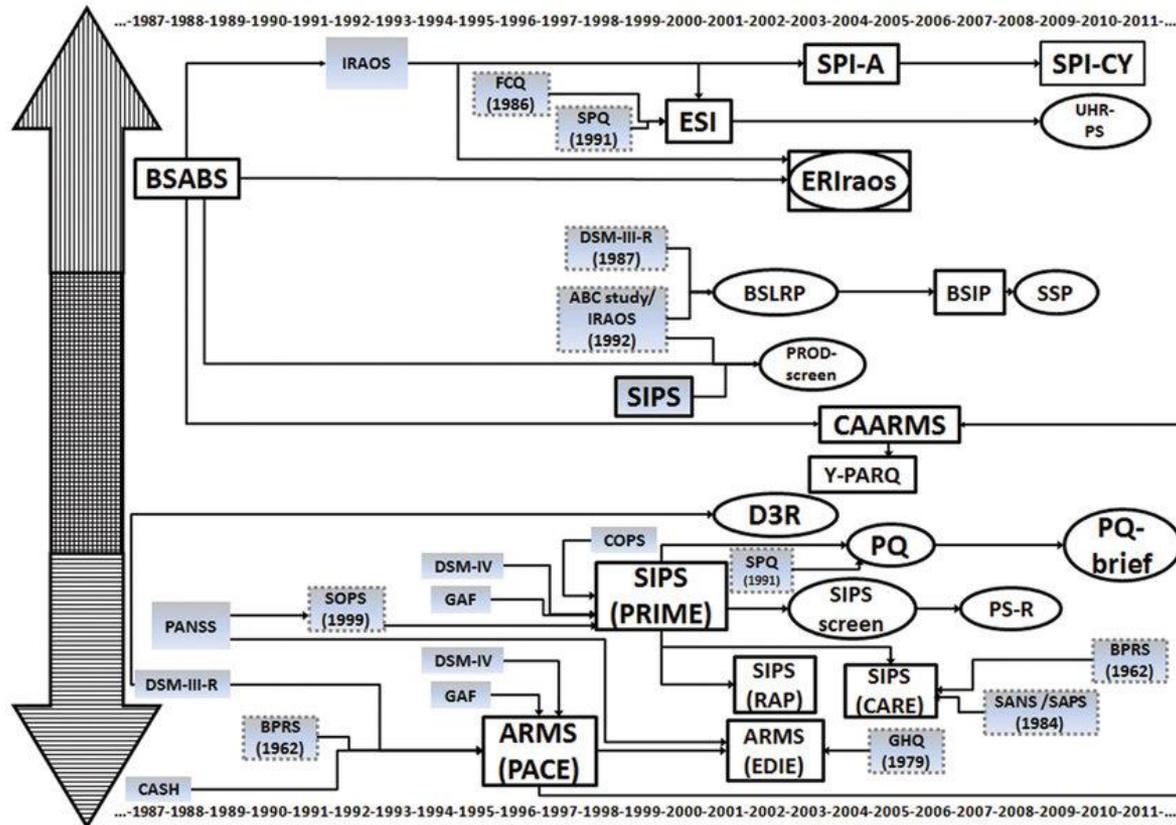
**к.мед.н., доцент Бойченко А.А.
асс. Трошина Е.О.
асс. Лубенская О.А.**

Критерии аттенуированного (ослабленного) психотического синдрома в DSM-V

(раздел 3 «требует дальнейшего изучения», 2013)

- A. Характерные симптомы: **как минимум один из следующих в ослабленной форме**, но достаточной тяжести и/или частоты, которые нельзя не принимать во внимание или игнорировать:
 - 1) бред/бредоподобные идеи;
 - 2) галлюцинации/перцептивные нарушения;
 - 3) дезорганизация речи/коммуникации.
- B. Симптомы, соответствующие критерию A, должны проявляться со **средней частотой как минимум 1 раз в неделю за последний месяц**.
- C. Симптомы, соответствующие критерию A, **начались или усилились за последний год**.
- D. Симптомы, соответствующие критерию A, вызывают достаточный **дистресс и нарушение функционирования**, чтобы сам пациент и/или его родитель/опекун обращались за помощью.
- E. Симптомы, соответствующие критерию A, нельзя лучше объяснить другим DSM-V диагнозом, включая расстройства, связанные с употреблением ПАВ.
- F. Клинические критерии любого психотического расстройства по DSM-V никогда не достигались.

Инструменты оценки риска перехода базисных СИМПТОМОВ В ПСИХОЗ [Jean-Gabriel Daneault, 2013]



Approach	Pattern
Basic symptoms	
Combination of both approaches	
Attenuated psychotic symptoms	

Type of instrument	Border
Risk assessment instrument	
Screening instrument	
Other instruments	
Other instruments (not on timeline)	(date)
Relationship of genealogy	

Аттенуированный психотический синдром

- Симптомы, подобные психотическим, которые не достигают уровня развернутого психоза, отличаются сохранением определенного критического отношения к ним и в достаточной степени субъективно определяются пациентом
- Включает в себя симптомы, отличающиеся от нормальных психических феноменов, но не достигающие степени истинных психотических, возникающие по меньшей мере **один раз в неделю на протяжении последнего месяца и симптомы психотического уровня, продолжающиеся несколько минут, но не более часа, до 4-х раз в неделю на протяжении последних 3-х месяцев** [Miller T., 2002; Woodberry K. et al., 2016]
- Отдельные симптомы психотического уровня, возникающие **один-два раза в месяц, длящиеся от нескольких минут до нескольких часов, имеющие слабую степень выраженности и отличающиеся сохранением критики** [Van der Heiden W., Hafner H., 2000]

Базисные симптомы [Gross G., Huber G., 1987]

- Помехи в процессе мышления
- Внедрение отдельных мыслей
- Аерсеверации
- Напряжение, давление в голове – хаос несвязных мыслей
- Блокировка мыслей
- Нарушение рецептивной речи - невозможность воспринять/понять известное значение слова/предложения
- Нарушение экспрессивной речи – уменьшение словарного запаса
- Нарушение абстрактного мышления
- Невозможность распределять внимание на две задачи одновременно, обращение внимания на детали в поле зрения
- Нарушение способности отличать реальность и воображение/воспоминание
- Нестойкие идеи отношения
- Дерезализация
- Визуальные и зрительные обманы, никогда не воспринимающиеся как реальные

**BSABS, SPI-A, SPI-CY, CAARMS,
SIPS, COPS**

Базисные симптомы [*Gross G., Huber G., 1987*]

- Субъективно выявляемые нарушения мышления, речи, телесной перцепции, моторики, вегетативных функций, а также толерантности к стрессу
- Субъективно переживаемы → могут быть выявлены лишь путем тщательного расспроса
- Субъективность - отличие от негативных симптомов, которые определяются объективно [*Parnas J. et al., 2005*]
- Субъективность - отличие от позитивных психотических симптомов, т.к. сразу же распознаются пациентом как психическое отклонение, однако, в связи с трудностями их описания, пациенты способны сделать это лишь под влиянием наводящих вопросов [*Schultze-Lutter F. et al., 2007*]

Аттенуированные психотические симптомы

[Woodberry K. et al., 2016]

- Необычные идеи
- Магическое мышление
- Ощущение, что происходящее вокруг не естественно
- Убежденность в способности окружающих читать, контролировать или вкладывать мысли («субпсихотический бред»)
- Ощущение, что окружающие наблюдают, подают знаки, намереваются причинить вред («субпсихотическая паранойя»)
- Чувство превосходства или одаренности (бред особых способностей, одаренности субпсихотического уровня)
- Отрывочные зрительные или слуховые аберрации, видимые как будто бы «краем глаза», слышимые как приглушенные звуки или голоса (ложные запахи, вкусы или телесные сенсации)
- Метафоричная, шаблонная, обстоятельная или дезорганизованная речь
- Нарушение процесса мышления с бесконтрольным возникновением неуместных мыслей или ощущение, что мысли исчезают, блокируются или появляются слишком быстро

Когнитивно-перцептивные базисные симптомы (COPER)

Наличие как минимум одного из следующих десяти базисных симптомов с оценкой SPI-A ≥ 3 на протяжении последних трех месяцев и первое появление ≥ 12 месяцев назад:

- Вмешивающиеся мысли (C2)
- Персеверации мыслей (O1)
- Наплывы мыслей (D3)
- Блокады мыслей (C3)
- Нарушение рецептивной речи (C4)
- Нарушение способности различать фантазию и истинные воспоминания, представления и ощущения (O2)
- Нестабильные идеи отношения (D4)
- Дерезализация (O8)
- Зрительные перцептивные нарушения (D5, F2, F3, O4)
- Слуховые перцептивные нарушения (F5, O5)

Критерии высокого риска на основании когнитивных нарушений (COGDIS)

Наличие как минимум двух из девяти нижеперечисленных базисных симптомов с оценкой SPI-A ≥ 3 на протяжении последних трех месяцев:

- Неспособность разделять внимание (B1)
- Вмешивающиеся мысли (C2)
- Наплывы мыслей (D3)
- Блокады мыслей (C3)
- Нарушение рецептивной речи (C4)
- Нарушение экспрессивной речи (C5)
- Нестойкие идеи отношения (D4)
- Нарушения абстрактного мышления (O3)
- Захват внимания деталями зрительного поля (O3)

Франкфуртский опросник жалоб (the Frankfurt Complaint Questionnaire, FBF) (Süllword 1986, 1991)

The Frankfurt Complaint Questionnaire: Factor solutions and corresponding items.

Model	Original	Süllword (1991)	Mass et al. (1997)	Mass et al. (1995)	Loas et al. (2002)	Yon et al. (2008)
Number of factors / items	10 / 98	4 / 98	2 / 50	2 / 18	1 / 24	1 / 98
N		229	692	242	310	399
Sample		Schizophrenia patients	Schizophrenia patients (N=505), Alcohol dependent patients (N=187)	Schizophrenia patients (N=85), Alcohol dependent patients (N=101), both diagnoses (N=222)	Schizophrenia patients	Students
Age (mean)		32.8 years	40.7 years	37.3 years	39.23 years	24.3 years
Gender Male		55.9%	79.1%	67.4%	37.9%	8.3%
Female		44.1%	20.9%	32.6%	26.1%	91.7%
Version	German	German	German	German	French	Spanish
Cronbachs' alpha	n.a.	0.96	n.a.	n.a.	0.78	0.95
Factors	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loss of control 2. Simple perception* 3. Complex perception 4. Language* 5. Thought* 6. Memory 7. Motility 8. Lack of automatism 9. Anhedonia and anxiety 10. Sensory overstimulation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disturbances of automated responses* 2. Perceptual disturbances* 3. Depression* 4. Overinclusion 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dysphoric concomitants of severe illness particularly impairing concentration* 2. Subjective experiences of perceptual uncertainties 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schizophrenia-specific factor 2. Alcohol-specific factor 		
Corresponding items*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 7, 22, 33, 74, 83, 85, 86, 96 2. 19, 24, 25, 29, 45, 47, 50, 51, 63, 67, 84, 92 3. 14, 23, 26, 27, 97, 30, 76, 79, 97 4. 31, 40, 42, 66, 69, 71, 82, 90, 93, 94 5. 2, 4, 12, 35, 36, 39, 43, 54, 70 6. 8, 37, 52, 60, 62, 68, 73, 78, 88, 91 7. 5, 9, 11, 18, 20, 34, 44, 59, 64, 81 8. 6, 13, 17, 38, 46, 48, 56, 57, 75, 77 9. 1, 15, 16, 28, 41, 55, 72, 87, 95, 98 10. 3, 10, 21, 32, 49, 53, 58, 61, 65, 80, 89 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 33, 35, 36, 42, 48, 52, 54, 60, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 85, 88, 89, 91, 94, 95, 96 2. 3, 5, 9, 11, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 29, 30, 32, 34, 40, 45, 47, 50, 51, 59, 64, 67, 76, 79, 81, 84, 87, 92 3. 1, 6, 8, 15, 16, 17, 22, 26, 27, 28, 31, 37, 38, 39, 43, 49, 55, 57, 72, 75, 77, 78, 82, 90, 93, 97, 98 4. 2, 4, 7, 10, 12, 13, 44, 46, 53, 56, 58, 61, 62, 65, 74, 80, 83, 86 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1, 5-8, 17, 27, 31, 35-39, 42, 46, 52, 54, 56, 65, 66, 68-71, 73, 75, 77, 78, 80, 82, 90, 93, 94, 95, 96, 98 2. 14, 18, 19, 23-25, 29, 32, 45, 51, 63, 76, 79, 84 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 11, 14, 15, 63, 81, 90, 93, 94 2. 2, 13, 16, 28, 41, 47, 52, 56, 87 	26, 27, 35, 36 , 38, 39, 42, 44, 45, 46, 55, 60, 66, 69, 73, 75, 80, 85, 86, 89, 93, 95, 96, 98	1-98
Method	Grouping according to phenomenological similarities	EFA, varimax rotation	PCA, varimax rotation	Item-by-item comparison	PCA, varimax rotation	PCA, varimax rotation
VE	n.a.	72%	59.6%	n.a.	65.30 %	68.98%

Note: EFA = Exploratory Factor Analysis, PCA = Principal Component Analysis, n.a. = not available, VE = variance explanation

*Factors and items most likely corresponding to COGDIS or COPER in bold (Michel et al., 2016a)

Структурированное интервью продромальных синдромов / Шкала продромальных симптомов (Structured Interview for Prodromal Syndromes/ Scale Of Prodromal Symptoms, SIPS/SOPS) [Miller et al. 1999, 2002]

Оценивают ослабленные и транзиторные психотические симптомы UHR критериев, а также легкие формы негативных, общих симптомов и дезорганизации + Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) (Kay et al. 1987) для охвата всего спектра от ранних субъективных продромальных до психотических симптомов

Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении (The Schizophrenia Proneness Instrument) – SPI-A [*Frauke Schultze-Lutter et al., 2007*]

- SPI-A фокусируется на базисных симптомах, которые появляются уже достаточно рано в процессе развития психотического расстройства и поэтому хотя бы частично обладают высокой прогностической значимостью для шизофрении (Klosterkötter et al. 2001, Schultze-Lutter et al. 2006)
- Только симптомы, которые ощущаются субъективно пациентом/ субъектом и отсутствовали в тот период, который пациент считает своим преморбидом, оцениваются как отчетливые базисные симптомы. Поэтому, симптом оценивается как положительный, только если воспринимается пациентом/субъектом как нарушение, недостаток или жалоба независимо от того, проявляется ли он в поведении, жестикуляции, мимике или речи
- Если нарушение (например, блокада мыслей) наблюдается интервьюером, но отрицается пациентом/субъектом, то оно не оценивается как базисный симптом
- С другой стороны, если симптом (например, блокада мыслей) описывается пациентом/ субъектом, но не наблюдается в процессе интервью, то, тем не менее, оценивается как базисный симптом
- Базисные симптомы не должны быть стабильными и постоянно присутствовать после их первого появления, а пациент/субъект часто не знает, почему симптомы появляются или исчезают

Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении (The Schizophrenia Proneness Instrument) – SPI-A [*Frauke Schultze-Lutter et al., 2007*]

- Данное интервью является полуструктурированным, так что вопросы, приведенные в руководстве, являются только рекомендуемыми. Кроме того, в процессе интервью могут использоваться примеры утверждений для прояснения симптома в вопросе к пациенту/субъекту («Например, один человек описал это следующим способом:...»)
- Для подсчета различных по качеству базисных симптомов даются различные критерии :
 - их частота
 - выраженность
 - вызываемая ими субъективная тяжесть
 - объем копинг усилий, необходимых для совладания с их возрастанием,
 - влияние их на поведение, исполнение, уровень функционирования или окружение
 - вызывают ли они необходимость у пациента/субъекта искать медицинскую помощь
 - затрагиваемые ими области жизни
- Распределение оценочных критериев при различных базисных симптомах дается вместе с определениями в перечне симптомов

Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении (The Schizophrenia Proneness Instrument) – SPI-A [*Frauke Schultze-Lutter et al., 2007*]

- Помимо 7-балльной шкалы выраженности базисных симптомов от «0» (отсутствует) до «6» (крайне выражено), возможны три дополнительные оценки для всех симптомов:
 - 7= всегда присутствовал в той же степени выраженности (черта)
 - 8= явно присутствует, но выраженность неизвестна
 - 9= определение симптома сомнительно
- Эти дополнительные оценки используются только для описательных целей, а оценок «8» и «9» следует особенно избегать
- Суммарные баллы по каждой группе симптомов высчитываются только по сумме оценок выраженности от «0» до «6»

Аттенуированный синдром *pro et contra*

За

- возможность лечения молодых лиц с функциональными нарушениями и выраженным дистрессом
- раннее лечение снижает уровень социальных и трудовых ограничений
- потенциал для исследований

Против

- обоснованность диагностической категории - ?, предиктивная значимость – 50%
- большое число ложноположительных случаев
- степень подготовки и время специалистов при диагностике аттенуированного синдрома
- отсутствие стандартного лечения
- побочные эффекты антипсихотической терапии (соотношение риск-польза)
- стигматизация
- реакция на диагноз

Ведение пациентов с клинически высоким риском развития психоза

АПА (Lehman et al., 2004)

- «Тщательная оценка и внимательный мониторинг»

Международная ассоциация раннего психоза
(Int. Early Psychos. Assoc. Writ. Group, 2005)

- «Антипсихотические препараты обычно не показаны», за исключением случаев «внезапного ухудшения», «выраженного суицидального риска, если лечение депрессии оказалось неэффективным» или «агрессивность и враждебность нарастают и представляют опасность для окружающих»

Немецкая ассоциация психиатрии, психотерапии и неврологии
(DGPPN, 2006)

- «Непрерывное внимание и наблюдение. Если значимые симптомы достигают уровня расстройства, то КБТ и социотерапия должны быть предложены. Если проявляются психотические симптомы, необходимо назначение антипсихотиков»

Лечение аттенуированного синдрома

- КБТ в течение 6 мес. - снижение риска психоза на 15%, сохранялось 3 года [Morrison A. et al., 2007]
- Психообразование, тренинг социальных навыков, когнитивная терапия, семейная терапия [Pitschel-Walz G. Et al., 2001; Combs D. et al., 2007; McGurk S. et al., 2007] → социальное функционирование

Лечение аттенуированного синдрома

- антидепрессанты (СИОЗС) (предпочтительнее)
- омега-3 жирные кислоты (эйкозапентаеновая кислота и докозагексаеновая кислота) 1,2 в сутки 12 недель [Amminger G. et al., 2010]
- низкие дозы ААП (арипипразол, рисперидон, оланзапин), неоднозначно!
- малые дозы лития, модуляторы глутаматергической системы (ампакины, глицин, мемантин), эритропоэтин, N-ацетилцистеин, ингибиторы антиоксидазы [Berger G. et al., 2007]

Благодарю за внимание!

