

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

_____ Д.Л. Пиневиц

« _____ » _____ 201г.

Регистрационный номер № 177-1113 .

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ШИ-
ЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ПРОДРОМАЛЬНОМ ЭТАПЕ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

ГУ «РНПЦ психического здоровья»,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

доцент, к.м.н. Скугаревская М.М., доцент, к.м.н. Копытов А.В., профес-
сор, д.м.н. Скугаревский О.А., Данилевич Н.А., Ситько Л.З., Наконечная
Е.А.

Минск, 2013

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) представлен метод диагностики психотических расстройств шизофренического спектра на раннем, продромальном этапе.

Данная инструкция предназначена для врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, психологов и других врачей специалистов, сталкивающихся в своей работе с проблемами психотических расстройств, работающих с подростками и молодыми людьми, в том числе при решении экспертных вопросов.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- психиатрическое освидетельствование;
- экспертиза годности к службе в вооруженных силах;
- наличие ближайших родственников, больных шизофренией;
- профилактическая, лечебно-реабилитационная практика врачей психиатров-наркологов, медицинских психологов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- текущее либо перенесенное психотическое расстройство шизофренического спектра;
- выраженные когнитивные нарушения вследствие умственной отсталости, органического поражения ЦНС и др.;
- состояние алкогольного, наркотического опьянения;
- возраст старше 30 лет.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

1. «Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении» (SPI-A) [Шультце-Люттер Ф. с соавт., 2012].

2. Методики патопсихологического исследования: исключение- предметный вариант, классификация предметов/понятий, понимание переносного смысла пословиц и метафор, пиктограмма, опосредованное запоминание [Рубинштейн С.Я., 1999].
3. Патопсихологический диагностический опросник ПДО [А.Е. Личко, 1981 г.].
4. Тест интеллекта Векслера.
5. Шкала глобальной оценки функционирования (GAF).
6. Нейропсихологические методы: Кембриджская нейропсихологическая автоматизированная батарея тестов (CANTAB), батарея тестов PennCNP, Висконсинский тест сортировки карточек.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Этап 1. На первом этапе при сборе анамнестических сведений акцент делается на следующих моментах: наследственная отягощенность по психическим расстройствам; наличие психотических расстройств в анамнезе; социально-трудовой анамнез (наличие работы, учеба, причины отчисления из учреждений образования, привлечение к административной, уголовной ответственности, учет в инспекции по делам несовершеннолетних); признаки социальной дезадаптации, снижение социального функционирования; употребление психоактивных веществ; аутоотравматизация, парасуициды.

Производится анализ предоставляемых характеристик (при наличии). При возможности проводится беседа с независимым информантом (родственники, педагоги и др.)

Проводится стандартное клиническое интервью с оценкой поведения, внешнего вида пациента. «Продромальные» пациенты, как правило, активно не предъявляют жалоб на свое психическое здоровье, поэтому необходим целенаправленный расспрос относительно наличия и выражен-

ности позитивных, негативных симптомов, эмоциональных нарушений. Перечень оцениваемых симптомов и примерных вопросов представлен в приложении.

Выявление специфических базисных симптомов производится с применением «Инструмента по оценке предрасположенности к шизофрении». Проводится оценка наиболее прогностически значимых (когнитивных и перцептивных) симптомов.

Этап 2. На втором этапе психологом производится патопсихологическое исследование с использованием стандартных методик для оценки нарушений мышления. Цель исследования состоит в выявлении проявлений шизофренического патопсихологического симптомокомплекса. Для шизофренического патопсихологического симптомакомплекса характерен следующий набор патопсихологических показателей: неадекватность ассоциаций с их формальностью или выхолащенностью, бессодержательностью; использование при обобщении несущественных, маловероятных (латентных) признаков объектов или субъективных критериев; не критичность мышления; резонерство; явления разноплановости, соскальзывания на случайные ассоциации в суждениях; использование вычурных или усложненных речевых высказываний; искаженное толкование условного смысла; колебания внимания и снижение его активности.

Тест ПДО позволяет выявить признак дискордантности характера, сущность которого состоит в том, что когда с помощью ПДО были установлены определенные типы характера, одновременно высокими оказались показатели тех других типов, которые несовместимы с диагностированными типами. Например, при диагностировании истероидного, шизоидного типов одновременно высокие показатели сензитивного, гипертимного, циклоидного типов.

При использовании теста интеллекта Векслера у данной категории пациентов могут выявляться интер- и интратестовые расхождения (несоответствие уровня решения отдельных заданий в пределах одного субтеста объективной степени трудности этих заданий, а также неадекватные ответы на вопросы экспериментатора с целью выявления способности коррекции неверных ответов).

Этап 3. Углубленное нейропсихологическое исследование (опционально). На данном этапе в зависимости от оснащенности учреждения методиками для нейропсихологического тестирования производится оценка исполнительских функций (Висконсинский тест сортировки карточек), оперативной памяти (тест SWM – Spatial Working Memory), памяти на лица, способности распознавать эмоциональные выражения лиц.

Снижение показателей по результатам нейропсихологического тестирования в области исполнительских функций, оперативной памяти, восприятия эмоций и свидетельствуют о несостоятельности когнитивного функционирования, расцениваемого как эндофенотипический признак шизофрении и в сумме с клиническими проявлениями свидетельствует о повышении риска развития психоза в ближайшем будущем.

Этап 4. Пациент оценивается как имеющий высокий риск развития психоза, если его симптоматику можно отнести в одну из следующих групп. Следует помнить, что необходимым условием оценки симптома является отсутствие непосредственной связи с употреблением психоактивных веществ.

Группа 1. Ослабленные психотические симптомы. К этой группе относятся симптомы, отличающиеся от нормальных феноменов, но не являющиеся еще психотическими (оценка по вопросам приложения 1).

Критерии диагностики:

<i>Присутствие ≥ 1 из следующих симптомов несколько раз в неделю на протяжении ≥ 1 недели</i>
<i>с выраженностью симптоматики 3 – 5 баллов:</i> Необычное содержание мыслей / бредовые идеи Подозрительность / персекуторные идеи Идеи величия
<i>С выраженностью симптоматики 3-4 балла:</i> Нарушения восприятия / галлюцинации
<i>С выраженностью симптоматики 4-5 баллов:</i> Дезорганизация речи

Группа 2. Короткие, самопроходящие психотические симптомы.

К этой группе относятся симптомы психотической выраженности, но проходящие спонтанно (без применения антипсихотиков) и не связанные с приемом психоактивных веществ.

Критерии диагностики:

<i>Присутствие ≥ 1 из следующих симптомов, спонтанно (без применения антипсихотиков) разрешающихся в течение 7 дней</i>
Бред (6 баллов) Галлюцинации (5-6 баллов) Дезорганизация речи (6 баллов)

Группа 3. Генетический риск и особенности функционирования.

К этой группе относятся лица, имеющие родственника первой степени родства с психотическим расстройством в анамнезе (не вследствие соматического заболевания или употребления психоактивных веществ) либо соответствующие критериям шизотипического расстройства. Для отнесения в эту группу обязательным является падение уровня социального функционирования (30 % и более по шкале глобальной оценки функционирования) за последний год.

Группа 4. Присутствие базисных симптомов. К наиболее прогностически значимым относятся группа когнитивно-перцептивных базисных

симптомов, представленная в таблице 1 и группа когнитивных нарушений, представленная в таблице 2.

Таблица 1. Когнитивно-перцептивные базисные симптомы

<i>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</i>
Вмешивающиеся мысли Персеверации мыслей Наплывы мыслей Блокады мыслей Нарушения рецептивной речи Нарушение способности различать фантазию и истинные воспоминания, представление и ощущение Нестабильные идеи отношения Дереализация Зрительные перцептивные нарушения Слуховые перцептивные нарушения

Таблица 2. Критерии высокого риска на основании когнитивных нарушений

<i>Наличие как минимум двух из девяти ниже перечисленных базисных симптомов с оценкой SPI-A ≥ 3 на протяжении последних трех месяцев</i>
Неспособность разделять внимание Вмешивающиеся мысли Наплывы мыслей Блокады мыслей Нарушения рецептивной речи Нарушения экспрессивной речи Нарушения абстрактного мышления Нестойкие идеи отношения Захват внимания деталями зрительного поля

Группа 5. Ослабленные негативные симптомы в сочетании с проявлениями шизофренического патопсихологического симптомокомплекса. К негативным симптомам относят притупленный аффект, эмоциональную отгороженность, бедность речевой продукции, апатичность. Оценка производится на основании клинического интервью в сочетании с данными патопсихологического исследования. Особую насторо-

женность вызывают эмоционально-волевые нарушения в сочетании с многочисленными случаями искажения процессов обобщения, ассоциирования, разноплановостью, нарушением категориального строя мышления. Нарастание указанных изменений в динамике является прогностически плохим признаком.

При отнесении пациента к группе 1 или 2, вероятность психоза в ближайшее время (до 2-х лет) наиболее высока. Группы симптомов 3 – 5 отражает более раннюю продромальную фазу и соответственно возможность развития психоза в более отдаленные сроки. В среднем психоз развивается 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. При этом примерно в 70% случаев развиваются психозы шизофренического спектра, но возможно развитие и других психотических и непсихотических расстройств.

Нарастание выявленных симптомов в динамике является прогностически неблагоприятным. С другой стороны при обеспечении адекватной психосоциальной поддержки у большинства пациентов возможна редукция имеющихся симптомов.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОШИБОК, ОГРАНИЧЕНИЙ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Социальные факторы риска (стрессовые ситуации, соматические заболевания, употребление различных психоактивных веществ и др.) способствуют усугублению имеющегося состояния и могут служить триггерным фактором в развитии психоза.

Проведение нейропсихологического тестирования является опциональным и зависит от оснащенности специализированным инструмента-

рием. Нарушение когнитивных функций, характерное для шизофрении, усугубляет риск развития психоза.

Необходимо проводить динамическое наблюдение за лицами, имеющими клинически высокий риск развития психоза, пока они находятся в критическом для развития шизофрении возрасте.

Возможно сочетание симптомов различных групп риска между собой. Наличие любой другой психиатрической симптоматики не исключает диагностики клинически высокого риска развития психоза. Чаще всего встречается сочетание с депрессивными и тревожными симптомами.

Перечень оцениваемых симптомов с примерами формулировки задаваемых интервьюером вопросов

ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Необычное содержание мыслей/ персекуторные идеи /бредовые идеи

- Есть ли у вас ощущение, что происходит что-то странное, то, что вы не можете объяснить? Что это?
- Озадачены ли вы чем-то? Не кажется ли вам обычное окружение странным?
- Нет ли ощущения, что вы как-то изменились? Не кажется ли вам, что другие люди или окружающий мир каким-то образом изменились?
- Идеи отношения: Нет ли у вас ощущения, что происходящие вокруг события имеют какое-то особое значение, или что окружающие пытаются вам что-то сообщить? Что это такое? Как это началось?
- Сделанные мысли, чувства, действия: Чувствуете ли вы, что кто-то или что-то извне контролирует ваши мысли, чувства, действия или побуждения? Нет ли у вас ощущений или побуждений, которые исходят не от вас?
- Соматическая пассивность: Испытываете ли вы какие-нибудь странные ощущения в теле? Знаете ли вы, что их вызывает? Могут ли они быть следствием воздействия других людей или какой-нибудь внешней силы?
- Вкладывание мыслей: Есть ли у вас ощущение, что в вашу голову вкладываются чужие мысли? Как вы понимаете, что они не ваши? Откуда они появляются?
- Отнятие мыслей: Нет ли у вас ощущения, что из вашей головы забирают мысли? Как это происходит?

- Трансляция мыслей: Есть ли у вас ощущение, что ваши мысли могут транслироваться так, чтобы другие люди знали содержание ваших мыслей?
- Ощущение чтения мыслей: Могут ли другие люди читать ваши мысли?
- Подозрительность. Персекуторные идеи: Не пытался ли кто-нибудь навредить вам? Не кажется ли, что люди говорят о вас, смеются с вас или рассматривают вас? Как это происходит? Как вы узнаете это?
- Идеи величия: Не кажется ли, что вы имеете особо важное значение в какой-нибудь области, или у вас есть особые способности, каких нет у других людей?
- Соматические идеи: Не было ли у вас ощущения того, что что-то странное происходит с вашим телом, что вы не можете объяснить? Что это такое? Не кажется ли вам, что ваше тело изменилось, или что появились проблемы с формой тела?
- Идеи вины: Нет ли у вас ощущения, что вы заслуживаете наказания за что-то, что сделали неправильно?
- Нигилистические идеи: Не было ли у вас когда-либо ощущения, что вы, или часть вас не существовала или умерла? Не казалось ли вам когда-нибудь, что мир не существует?
- Идеи ревности: Вы ревнивый человек? Не переживаете ли вы по поводу отношений, которые ваш(а) супруг(а)/подруга/друг имеет с другими людьми?
- Религиозные идеи: Вы очень религиозны? Происходило ли с вами что-нибудь особенное в связи с этим?
- Эротоманические идеи: Кто-нибудь влюблен в вас? Кто? Как вы узнали об этом? Вы разделяете ее/его чувства?

Оценка выраженности симптомов производится по шкале от 0 до 6, где:

0 – отсутствует необычное содержание мыслей
1 – (сомнительная выраженность) - Небольшое развитие традиционных идей, разделяемых определенной пропорцией лиц в популяции или незначительные изменения, которые могут иметь реальную основу.
2 – (легкая выраженность) - Неясное ощущение того, что окружающее изменилось, что-то происходит не так; но невозможность четко это описать. Субъект не обеспокоен наблюдающимися изменениями. Повышенное осознание себя. Например, ощущение, что окружающие смотрят на пациента или говорят о нем.
3 – (умеренная выраженность) - Странные или необычные мысли, содержание которых не является полностью неприемлимым - могут быть определенные логические доводы. Приводится больше доказательств, чем при оценке 2.
4 – (достаточно выраженность) - Идеи отношения, когда определенные события, объекты или люди имеют особую и необычную значимость. Ощущение, что этот опыт может происходить извне. Не приводят к изменениям поведения. Явные идиосинкразические убеждения, которые хотя и «возможны», но не имеют логических доказательств. Например, мысли (которые легко прогнать) о наличии особых способностей.
5 – (явная выраженность) - Необычные мысли с совершенно нестандартным и очень маловероятным содержанием. Субъект может сомневаться (нет бредовой убежденности), или не верит на протяжении всего времени. Могут приводить к некоторым изменениям поведения, но минимальным.
6 – (психотическая и тяжелая) - Необычные мысли с совершенно нестандартным и очень маловероятным содержанием с наличием бредовой убежденности (не подвергает сомнениям). Могут оказывать значимое влияние на поведение.

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

Зрительные изменения

- Искажения, иллюзии: Есть ли изменения в том, как вы видите окружающие предметы? Не выглядят ли предметы по-другому или неправильно? Есть ли нарушение цветов или яркости объектов (предметы кажутся ярче или бледнее)? Есть ли нарушения в размере и форме объектов? Кажутся ли предметы движущимися?
- Галлюцинации: Бывают ли у вас видения или вы видите предметы, которых в реальности может и не быть? Видели ли вы предметы, которые другие люди не видели или не могли видеть? Что вы видели? В то время, когда вы видели эти вещи, как они выглядели в реальности? Вы поняли, что они нереальны тогда же, или только позднее?

Слуховые изменения

- Искажения, иллюзии: Есть ли какие-нибудь изменения в том, как вы слышите звуки? Звучат ли вещи как-то по другому или неправильно? Может быть вы слышите более остро или у вас повышенная чувствительность? Не кажется ли ваш слух ослабленным, менее острым?
- Галлюцинации: Слышали ли вы когда-нибудь то, чего в реальности могло и не быть? Слышали ли вы когда-нибудь то, чего другие люди казалось не слышали (например, звуки или голоса)? Что вы слышали? В то время, когда вы слышали это, как оно звучало в реальности? Вы поняли, что это нереально тогда же, или только позднее?

Обонятельные изменения

- Искажения, иллюзии: Ощущали ли вы, что запахи стали другими, например более или менее интенсивными, чем обычно?
- Галлюцинации: Ощущали ли вы когда-нибудь запахи, которые другие люди не замечали? Во время, когда это происходило, действительно ли

были реальные запахи? Вы поняли, что они нереальны тогда же, или только позднее?

Изменения вкуса

- Искажения, иллюзии: Ощущали ли вы, что вкусовые ощущения стали другими, например, более или менее интенсивными, чем обычно?
- Галлюцинации: Ощущали ли вы когда-нибудь необычный вкус во рту? В это время какой вкус был в действительности? Вы поняли, что это нереально тогда же или только позднее?

Тактильные изменения

- Искажения, иллюзии, галлюцинации: Были ли у вас когда-нибудь странные ощущения в коже или под кожей? В это время, что было в реальности? Вы поняли, что это нереально тогда же или только позднее?

Соматические изменения

- Искажения, иллюзии: Были ли у вас необычные ощущения в теле (например, ощущение, что части тела каким-то образом изменились или функционируют по-другому)? Нет ли у вас ощущений/мыслей о наличии проблемы в теле или его частях, например отличие по внешнему виду или по другим особенностям? Насколько реальным это кажется?
- Галлюцинации: отмечали ли вы какие-нибудь изменения в ваших телесных ощущениях, такие как повышение или снижение интенсивности? Или необычные телесные ощущения, такие как тянущие ощущения, боли, жжение, онемение, вибрация?

Оценка выраженности нарушений восприятия производится по шкале от 0 до 6, где:

0 – отсутствуют нарушения восприятия
1 – сомнительная выраженность
2 – (легкая выраженность) - Усиление или ослабление ощущений; искажения, иллюзии (например, света/ тени). Нет дистресса. Гипногагические/ гипнопомпические галлюцинации.
3 – (умеренная выраженность) - Более сложные ощущения: больше интенсивность, яркие искажения, иллюзии, неясный шелест и др. Субъект сомневается в натуралистичности ощущений, способен прогонять их. Не вызывают дистресса. Дерезализация/ деперсонализация.
4 – (достаточная выраженность) - Более отчетливые ощущения, чем при 3, такие, как оклики по имени, звук телефонного звонка, но могут быть мимолетными, транзиторными. Субъект способен дать приемлимое объяснение этих ощущений. Могут вызывать небольшой дистресс
5 – (психотическая, но не тяжелая выраженность) - Истинные галлюцинации, например, слышит голоса или разговор, ощущение прикосновения чего-то к телу. Субъект может сомневаться в своем восприятии, но с усилием. Могут быть устрашающими или ассоциированы с определенным дистрессом..
6 – (психотическая и тяжелая) - Истинные галлюцинации, в которые субъект верит как в реальность во время восприятия и позже. Могут вызывать выраженный дистресс.

ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ РЕЧИ

Субъективные изменения:

- Отмечали ли вы затруднения в вашей речи или способности общаться с другими людьми?
- Испытываете ли вы трудности в подборе правильных слов в нужное время?
- Использовали ли вы слова, которые были недостаточно правильными, или совсем неуместными?

- Были ли случаи, когда вы уходили в сторону в беседе и не могли вернуться к сути, к тому, с чего начинали? Это недавнее изменение?
- Осознавали ли вы, что говорите о неуместных вещах или сбились с темы?
- Бывало ли, что другие люди выглядят испытывающими трудности в понимании того, что вы пытаетесь сказать? Бывали ли сложности в четком изложении сообщения?
- Обнаруживали ли вы себя за тем, что повторяете слова других?
- Использовали ли вы когда-нибудь жесты или мимику в разговоре из-за сложностей в четком изложении своей мысли? Насколько это тяжело?
- Приводили ли эти проблемы к тому, что вам хотелось молчать и ничего не говорить?

Объективная оценка дезорганизации речи

- Сложно ли временами следить за ходом мысли субъекта из-за использования некорректных слов, обстоятельности или соскальзываний?
- Говорит ли субъект туманно, чрезмерно абстрактно или конкретно? Могут ли ответы быть сжаты?
- Отвечает ли слишком быстро и путается в словах? Складывается ли впечатление, что он испытывает трудности с подбором слов?
- Повторяет ли он слова, которые вы использовали или использует необычные слова (или неологизмы) в процессе обычного общения?

Оценка выраженности симптомов дезорганизации речи производится по шкале от 0 до 6, где:

0 – Нормальная, логичная речь, нет дезорганизации, нет проблем в разговоре или непонимания.
1 – сомнительная выраженность
2 – (легкая выраженность) - Небольшие субъективные трудности, такие как трудности четкого изложения мысли. Не замечается окружающими.
3 – (умеренная выраженность) - Некоторая неясность, признаки обстоятельности или неуместности в речи. Ощущение непонимания со стороны окружающих.
4 – (достаточная выраженность) - Четкие признаки легкой разорванности в речи и мышлении. Связь между мыслями скорее тангенциальная. Повышенное ощущение фрустрации в беседе.
5 – (явная выраженность) - Заметная обстоятельность или соскальзывания в речи, но реагирует на структурирование в процессе интервью. Может прибегать к жестикуляции или мимике при разговоре.
6 - психотическая - Недостаток связности, неразборчивая речь, значительные трудности в следовании за направлением мысли. Расплывчатость ассоциаций в речи.