

3. O'Connor, N. Risk assessment: dealing with uncertainty / N. O'Connor, S. Clark // Psychiatrist. – 2012.- Vol. 36, № 2. – P. 78-79.
4. Textbook of Forensic Psychiatry / R.I. Simon [et al.]. – Washington: American Psychiatric Publishing, 2010. – 726 p.
5. The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice / H. Bloom [et al.] // Can. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 50, № 1. – P. 3-11.

ПРОДРОМ ШИЗОФРЕНИИ: ВОЗМОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Скугаревская М.М.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Беларусь

В медицине термином «продром» (греч. prodromos – предшественник) обозначают стадию заболевания, при которой встречаются неспецифичные, 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 «состояния риска развития психоза», что в англоязычной литературе звучит как «at-risk mental state (ARMS)», «ultra-high risk (mental) state», «clinical high risk state» и др.

В настоящее время существуют возможности выделения состояний клинически высокого риска развития психоза на основании наличия ослабленных продуктивных симптомов, коротких самопроходящих, ограниченных во времени психотических симптомов (критерии крайне высокого риска развития психоза, UHR) или базисных симптомов [1].

С вероятностным характером развития психоза связана этическая дилемма при использовании разного рода вмешательств. С одной стороны, чем раньше начато лечение, в том числе в продромальной стадии заболевания, тем выше его результативность. С другой стороны, применение фармакологических препаратов, например, антипсихотиков, сопряжено с риском побочных эффектов у людей, у которых клинически выраженный психоз, возможно, и не разовьется.

Вмешательства, применяемые на продромальном этапе шизофрении, нельзя в полной мере назвать лечением, так как цель их состоит в предотвращении развития болезни (первичная профилактика). Превенция основывается на оценке факторов риска, не обязательно применение превентивных вмешательств у всех лиц, относящихся к группе риска (оценка затрат-преимуществ). В то же время, лица, соответствующие критериям риска развития психоза, часто уже могут считаться клинически больными, так как имеют психические нарушения, в том числе суб-психотические симптомы; у них развивается когнитивный дефицит; снижается субъективное качество жизни; нарушается социальное и профессиональное функционирование. Они могут обращаться за помощью с жалобами на депрессию, нарушения сна, тревогу, навязчивости и др.

При выборе используемых вмешательств следует учитывать ряд факторов. Пациенты группы риска – это, как правило, подростки и молодые люди, поэтому хорошая переносимость назначаемых препаратов/вмешательств является ключевым моментом. Состояние пациентов группы риска существенно варьирует по выраженности и времени, что требует индивидуализированного подхода. У лиц группы риска уже имеются определенные симптомы, следовательно, необходимо уделять внимание не только предотвращению развития психоза, но и уже имеющимся симптомам. В этом состоянии

возможно приостановление и даже обратное развитие функциональных нарушений, негативные симптомы и когнитивные нарушения нуждаются в коррекции. Вероятная роль нейродегенеративного процесса в развитии шизофрении обуславливает возможности нейропротективного лечения.

Среди используемых в настоящее время вмешательств можно выделить два основных направления – медикоментозное и психотерапевтическое/психосоциальное.

Фармакологические вмешательства. Учитывая, что *антипсихотики* являются основными препаратами в лечении шизофрении, логично предположить, что именно эти препараты следует использовать для фармакотерапии продромальных состояний. Среди антипсихотиков предпочтение отдается антипсихотикам второго поколения в связи с более благоприятным профилем побочных эффектов. Препараты, как правило, назначаются в дозировках ниже таковых при лечении психотических состояний. Имеются данные о применении рисперидона, оланзапина, амисульприда, арипипразола [2, 3, 5]. Все эти исследования, как правило, показывают уменьшение выраженности продуктивных, негативных и депрессивных симптомов, улучшение уровня социального функционирования при приеме антипсихотиков.

Ряд исследователей показывают также эффективность **антидепрессантов** у пациентов группы риска развития психоза. Использовались, в основном, антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, циталопрам, флувоксамин, эсциталопрам и др.). В одном из исследований (Cornblatt BA, 2007) из 20 «продромальных» пациентов, которым назначались антидепрессанты, за 2 года ни у кого не развился психоз, тогда как в группе принимавших антипсихотики у 42,9% развился психоз. В другом исследовании (Fusor-Poli P, 2007) психоз на протяжении 2-х лет развился у 7,7% принимавших антидепрессанты по сравнению с 28,6% принимавших антипсихотики. Учитывая тот факт, что эти исследования были открытыми (не рандомизированными), такие различия могут быть связаны с особенностями назначения препаратов: пациентам с более выраженной дезорганизацией мышления чаще назначались антипсихотики, эти же пациенты, вероятно, имели большую вероятность развития психоза.

С другой стороны, возможно, что антидепрессанты могут через улучшение настроения и более адаптивную реакцию на внешние стрессоры снижать вероятность развития психоза [5].

Еще одним перспективным направлением является применение **нейропротекторов**. Шизофрения представляет собой заболевание, связанное с нарушением развития головного мозга, хотя и не является классическим нейродегенеративным заболеванием. Большинство структурных и функциональных изменений в центральной нервной системе при шизофрении возникают, как правило, еще до первого психотического эпизода и в дальнейшем нарастают незначительно. Теоретически, если бы мы могли на ранних стадиях предотвратить этот патологический процесс в мозге, то, возможно, и смогли бы предотвратить развитие заболевания. Проведенные недавно исследования по этой проблеме показали эффективность применения омега-3 жирных кислот («рыбий жир») у «продромальных» пациентов. Так, в исследовании Amminger с соавт. (2010) в группе принимавших полиненасыщенные жирные кислоты в дозе 1,2 г в сутки на протяжении 12 недель переход в развернутый психоз за 12 месяцев произошел у 2 из 41 пациента (4,8%), а в плацебо группе – у 11 из 40 пациентов (27,5%). Эффект полиненасыщенных жирных кислот (не синтезирующихся в организме, поступающих только извне) связан с тем, что они являются составным компонентом фосфолипидов нейрональных мембранных, обладают прямым эффектом на миграцию нейронов, синаптическую пластичность, снижают оксидантный стресс. В настоящее время продолжаются исследования с целью оценить эффективность приема полиненасыщенных жирных кислот в 5-летней перспективе. Также в качестве нейропротекторных средств у пациентов с высоким рис-

ком развития психоза пытались применять глицин (Woods et al., 2007) и низкие дозы лития (Berger et al., 2007). В последнем исследовании показано, что литий в небольшой дозе (450 мг/сут) снижает нейрональную дисфункцию у продромальных пациентов.

Психосоциальные/психотерапевтические вмешательства при поддерживающей терапии шизофрении в процессе реабилитации зарекомендовали себя как весьма эффективные по соотношению цена – качество, хорошо переносимые (критерием хорошей переносимости в этом случае является процент людей, выбывших из терапии) в качестве дополнения к фармакологической терапии. Когнитивно-бихевиоральная терапия психозов особенно популярна в последнее время и способна сама по себе существенно снижать выраженность бредовых идей, галлюцинаций и степень связанного с ними дистресса.

Эффективность психологических вмешательств у «продромальных» пациентов в настоящее время активно изучается. В отличие от клинически выраженного психоза, в этой ситуации могут применяться изолированно психологические интервенции, а не обязательно как дополнение к медикаментозной терапии. Morrison с соавт. в 2004 г. опубликовали первые данные об эффективности когнитивной терапии у лиц с клинически высоким риском развития психоза [4]. При проведении в среднем 11 сессий когнитивной терапии и последующей оценке через 12 месяцев оказалось, что в этой группе существенно ниже был процент лиц, у которых развился психоз, чем в контрольной группе, а также наблюдалось существенное снижение выраженности продуктивной симптоматики. В другом рандомизированном контролируемом исследовании при сравнении когнитивно-бихевиоральной терапии и поддерживающего консультирования у продромальных пациентов не было обнаружено статистически достоверного различия между группами. В обеих группах отмечалось улучшение в социальном и общем функционировании. Использовались также тренинг социальных навыков, психообразование в мультисемейных группах, однако эффективность данных вмешательств требует дальнейшей оценки.

Проблемными моментами в исследованиях эффективности предпринимаемых вмешательств в группе риска развития психоза остаются:

- Отсутствие общепринятых критериев оценки состояний клинического риска развития психоза; в исследованиях используются разные подходы, что затрудняет сопоставление результатов.
- Малое количество рандомизированных контролируемых исследований и небольшое количество пациентов в группах.
- Короткий период наблюдения (редко более 2-х лет). Этическая дилемма (назначение фармакотерапии лицам, которые, возможно, и не заболеют); стигматизация и самостигматизация среди лиц, получающих психиатрическую помощь.
- Не ясно, способны ли проводимые вмешательства действительно предотвратить развитие психоза или только отодвигают его начало.

Все это обуславливает необходимость дальнейших исследований в данной области, но уже сейчас ясно, что применение психосоциальных, психотерапевтических и фармакологических вмешательств среди лиц группы высокого риска развития психоза является весьма перспективным. Даже наблюдение за этими пациентами, мониторинг состояния и раннее выявление развившегося заболевания будет способствовать сокращению продолжительности нелеченного психоза и улучшению исходов болезни.

Литература

1. Скугаревская М.М. Продром шизофрении. Оценка риска развития психоза. / Психиатрия. № 4 (06). 2009. – стр. 71 – 79.
2. Mc Glashan TH, Zipursky RB, Perkins D.O. / Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. // Am J Psychiatry. – 2006. – V.163. – P.790-799.

3. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. / Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. // Arch. Gen Psychiatry. – 2002. – V.59. – P.921 – 928.

4. Morrison AP, French P., Walford L. et al./ Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. // Br. J. Psychiatry. – 2004. – V.185. – P.291-297.

5. Preti A., Cella M. Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: A review of treatment effectiveness./ Schizophrenia Research. 123 (2010) pp.30-36.

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА НА РАЗВИТИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ К СТУДЕНЧЕСКОМУ ВОЗРАСТУ, А ТАКЖЕ НА СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ

Скугаревский О.А., Блоцкая И.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. На психическое развитие ребенка и процесс его личностного становления влияет множество факторов социального окружения, в том числе носящих травматический характер. Дети являются наиболее уязвимой социальной группой, поэтому чаще других оказываются подверженными разного рода травматическим событиям. Пока еще достоверно не выяснено, насколько велика роль травматического опыта детства в развитии психопатологической симптоматики уже во взрослой жизни. И поэтому актуальной становится необходимость оценки взаимодействия характеристик детского травматического опыта и психопатологических симптомов в отдаленном периоде с целью разработки методов коррекции этих состояний.

Цель: определение возможного характера и степени влияния травматического опыта детства на развитие психопатологической симптоматики, виды поведенческих стратегий и смысложизненные ориентации в студенческом возрасте.

Материалы и методы. Дизайн исследования: поперечное, сравнительное. Был проведен анонимный опрос 112 студентов различных ВУЗов г. Минска в возрасте от 17 до 24 лет (средний возраст – 21 год). Из них 37,5% юношей и 62,5% девушек, 50% опрошенных – студенты БГМУ, другая половина приходится на иные ВУЗы.

Для определения степени субъективной удовлетворенности жизнью и субъективного психического благополучия респондентам было предложено отметить по 100-балльной шкале уровень этих характеристик на момент обследования.

Степень выраженности детского травматического опыта определялась с помощью шкалы самоопределения раннего травматического опыта (ШСРТО), состоящей из четырех разделов (общие травмы, физическое насилие, эмоциональное насилие, сексуальные происшествия) и зависела от общего количества всех видов травматических событий.

Все вышеперечисленные методы были предложены респондентам с целью объективизации субъективного характера переживаний, связанных с травматическим опытом, при попытке его реконструкции в зрелом возрасте. Кроме них, респондентам были предложены следующие опросники для анонимного заполнения:

- Торонтская алекситимическая шкала (создана G.J.Taylor и соавт. в1985);
- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R (Derogatis, Rickels, Rock, 1976));
- Тест смысложизненных ориентаций (тест СЖО);
- Шкала определения копинг-стратегии поведения (Folkman & Lazarus, 1980).