

Приложение 26
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ «ШИЗОФРЕНИЯ»**

ТАШКЕНТ – 2025

"УТВЕРЖДАЮ"
Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
психического здоровья
З.Ш.Ашуров

_____ 202__ год



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ «ШИЗОФРЕНИЯ»**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ШИЗОФРЕНИЯ»**

Ташкент-2025

Кодирование по МКБ-10

F20.0	параноидная шизофрения
F20.1	гебефренная шизофрения
F20.2	кататоническая шизофрения
F20.3	недифференцированная шизофрения
F20.4	постшизофреническая депрессия
F20.5	резидуальная шизофрения
F20.6	простая шизофрения
F20.8	другие формы шизофрении
F20.9	шизофрения, неуточненная
6A20	Шизофрения
6A20.0	Шизофрения, биринчи эпизод
6A20.1	Шизофрения, кўплаб эпизодлар
6A20.2.	Шизофрения, узлуксиз
6A20.Й	Шизофрения, бошқа аниқланган эпизод
6A20.3.	Шизофрения, аниқланмаган эпизод
ҳттпс://исд.шҳо.инт/брошсе/2025-01/ммс	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический центр психического здоровья

Список авторов:

Ашуров З.Ш. - д.м.н., проф., директор РСНМЦПН заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, главный психиатр и нарколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Президент Ассоциации психиатров Узбекистана.

Алимов У.Х. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Абдуллаева В.К. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Чембаев Б.Р.- PhD, заместитель директора РСНПМЦПЗ по психиатрии.

Рогов А.В. – PhD, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии ТашПМИ.

Рецензенты:

Сиволап Ю.П. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Велиляева А.С.-заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Самаркандского государственного медицинского

Руководитель рабочей группы- д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров. Директор РСНПЦПЗ

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Психического Здоровья №3 «15» май 2025 г.

Председатель Ученого Совета – Директор РСНПЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ибодуллаев Зарифбой Раджабович - Ташкентская Медицинская Академия
2. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений:

АВП	–	антипсихотические средства второго поколения
АД	–	антидепрессанты
АПП	–	антипсихотические средства первого поколения
БТ	–	быстрая транквилизация
ГП	–	гиперпролактинемия
ЗНС	–	злокачественный нейролептический синдром
КПТ	–	когнитивно-поведенческая терапия
СИОЗС	–	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СИОЗСН	–	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
ТЦА	–	трициклические антидепрессанты
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
ТМС	–	транскраниальная магнитная стимуляция
ХПЭ	–	хлорпромазиновый эквивалент
ЭКГ	–	электрокардиография
ЭПС	–	экстрапирамидные симптомы
ЭСТ	–	электросудорожная терапия
ЭЭГ	–	электроэнцефалография
Ш	–	шизофрения
ЭХО-ЭГ	–	эхоэнцефалография

Оглавление:

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «ШИЗОФРЕНИЯ».....	6-19
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «ШИЗОФРЕНИЯ».....	18-20
3. Национальный клинический протокол профилактики и реабилитации по нозологии «ШИЗОФРЕНИЯ».....»	20

Пользователи протокола:

1. Врачи-психиатры;
2. Психоневрологи
3. Врачи-психотерапевты
4. Клинические психологи
5. Врачи общей практики;
6. Организаторы здравоохранения
7. Врачи общей практики
8. Врачи-терапевты
9. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, магистры, докторанты

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Определения

Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторной, бредовой, кататонической, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.).

Этиология и патогенез

В настоящее время общепринятой является стресс-диатезная модель происхождения шизофрении, в которой находит отражение представление о значении в развитии болезни не только наследственного, но и средовых, в том числе социальных факторов.

Шизофрения – разнородное, полигенно-мультифакторное заболевание с множественными распространенными генетическими полиморфизмами, каждый из которых вносит небольшой вклад в подверженность заболеванию. Риск развития шизофрении у детей, если один из родителей страдает данным заболеванием, составляет 7–13% (если больны оба – 27–46%), у внуков – 5%. Вероятность заболеть у одного из родителей в случае болезни ребенка – 6%. У гетерозиготных близнецов риск считается равным 17%, у монозиготных близнецов – 41–65%, у сиблингов – 9%, у полусиблингов – 3–8%, у двоюродных братьев и сестер (дядек/теток) – 2%, у племянников – 4%.

Наряду с генетическими и эпигенетическими существенное значение в развитии заболевания имеют средовые факторы. Так, риск шизофрении возрастает в случаях, когда человек рос в городской среде, по сравнению с проживанием в сельской местности (отношение шансов ≈ 2), является мигрантом (отношение шансов 2–5) и употребляет каннабиоиды (отношение шансов 1,5–2,0). К факторам риска, кроме того, относят акушерско-гинекологические осложнения (преждевременные роды, гипоксия плода), инфекционные заболевания и недостаточное питание матери в первый и в начале второго триместра беременности, инфекционные заболевания в период беременности – грипп, краснуха, токсоплазмоз, а также раннюю детскую психологическую травму. В последние годы специальное внимание в отношении развития шизофрении уделяется микробиоте.

Комплекс указанных неблагоприятных факторов приводит к отклонениям в развитии головного мозга и явлениям диатеза с личностной уязвимостью, которые при наличии сверхпороговых внешних раздражителей способствуют прогрессирующему церебральному процессу, проявляющемуся психопатологической (позитивной и негативной) симптоматикой.

Манифестному психозу при шизофрении предшествует длительный патологический процесс, протекающий в центральной нервной системе в течение многих лет. В частности, это проявляется нерезко выраженным, но статистически значимым уменьшением интракраниального объема у недавно заболевших пациентов с шизофренией, что указывает на нарушение развития мозга еще до дебюта заболевания. В постпубертатном периоде происходит дальнейшее уменьшение мозговой ткани, включая как серое, так и белое вещество. Сокращение объема мозга (в большей степени в лобных и височных областях) продолжается и после манифеста шизофрении, особенно в первые годы заболевания.

Патофизиологические механизмы развития шизофрении обусловлены, как минимум, тремя взаимосвязанными процессами: дофаминергической дизрегуляцией, нарушением глутаматергической нейротрансмиссии и провоспалительным статусом мозга.

Согласно дофаминовой гипотезе развития шизофрении возникновение психотической симптоматики тесно связано с усилением дофаминовой нейротрансмиссии и гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов в мезолимбической системе головного мозга, а негативная симптоматика обусловлена снижением дофаминовой активности в мезокортикальной системе. При этом дофаминовая теория в настоящее время не рассматривается изолированно, а является существенным компонентом более широкой нейротрансмиссивной теории, учитывающей сопряженные нарушения в различных системах, в частности, серотонинергической и ГАМК-ергической.

Значительную роль в развитии психоза играет глутаматергическая система мозга, модулирующая повышенную активность дофаминовых нейронов мезолимбического пути. Кроме того, дизрегуляция глутаматергической нейротрансмиссии лежит в основе когнитивных нарушений. Аберрация синаптической пластичности вследствие нарушения модуляции N-метил-D-аспартат (NMDA) рецепторов приводит к сбою в формировании эфферентных копий (нейрофизиологические «предсказания» сенсорных сигналов, которые должны произойти в результате действия), что обуславливает рассогласование ожидания и результата действия, на феноменологическом уровне проявляющемуся в когнитивных нарушениях и различной психопатологической симптоматике, в частности синдроме психического автоматизма.

Еще один потенциальный механизм развития шизофрении связан с воспалением, на что указывает повышение концентрации в плазме крови некоторых провоспалительных цитокинов, отражающих реакцию микроглии на различные патологические (в частности, аутоиммунные) процессы в мозге. Избыток свободных радикалов вследствие активации микроглии оказывает повреждающее действие и приводит к нарушению нейрогенеза и патологии белого вещества у больных шизофренией.

Эпидемиология

Медиана заболеваемости шизофренией составляет 15,2 на 100 тыс. населения в год с 80% доверительным интервалом в пределах 8–43 на 100 тыс. населения; показатель болезненности в течение жизни колеблется в пределах 0,3–2,0%, в среднем – 0,7%. Медиана болезненности в каждый данный момент времени находится на уровне 3,3–4,6 на 1000 человек населения с 80% доверительным интервалом в пределах 1,3–12,1.

Манифест заболевания почти в половине случаев приходится на возраст до 30 лет (пик заболеваемости – 18–25 лет); еще 30% случаев заболевание дебютирует в возрасте 31–45 лет.

Показатель инвалидности по шизофрении в 2016 г. находился на уровне 240,9 на 100 тыс. населения (из них 89,4% инвалиды I и II группы). Впервые в 2016 году признаны инвалидами вследствие шизофрении 6,0 на 100 тыс. населения.

Риск развития диабета у пациентов с шизофренией составляет 11%–23% по сравнению с 8,5% риска возникновения заболевания у лиц из общей популяции. Сопутствующие соматические заболевания (сердечно-сосудистые, диабет II типа и т.д.) и суициды (уровень суицидов на

протяжении жизни составляет 4%–13%) являются ведущими причинами преждевременной смертности и сокращают продолжительность жизни пациентов с шизофренией в среднем на 10–20 лет по сравнению с общей популяцией.

Клиническая картина

Продромальные явления могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель, месяцев и даже лет. К продромальным симптомам относятся утрата интереса к работе, к социальной деятельности, к своей внешности, к гигиеническим привычкам, когнитивные нарушения, изменения моторики, что может сочетаться с отдельными расстройствами восприятия, тревогой, не достигающей степени синдромальной оформленности депрессией или другой неспецифической психопатологической симптоматикой.

Наиболее активный период болезни – первые 5 лет после манифестации психотической симптоматики («первый психотический эпизод – ППЭ»), когда происходят наиболее выраженные биологические нарушения и существенные социальные потери для пациентов [25, 26]. Данная группа пациентов требует особых подходов как в организационной форме оказания психиатрической помощи (отделения ППЭ), так и методов лекарственной терапии и реабилитации.

Согласно МКБ-10, выделяют несколько форм шизофрении: параноидная, гебефреническая (гебефреническая), кататоническая, недифференцированная, резидуальная и простая.

Для параноидной формы в клинической картине должны быть выражены галлюцинации и/или бред: галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения; бред преследования, воздействия, отношения, значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности. Эмоциональная сглаженность или неадекватность, кататонические симптомы или разорванная речь не должны доминировать в клинической картине, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности.

Гебефреническая (гебефреническая) форма обычно должна дебютировать в подростковом или юношеском возрасте. Должны отмечаться отчетливая и продолжительная эмоциональная сглаженность или неадекватность; поведение, которое характеризуется больше дурашливостью, нежели нецеленаправленностью; отчетливые расстройства мышления в виде разорванной речи. В клинической картине не должны доминировать галлюцинации или бред, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности.

При кататонической шизофрении в течение минимум двух недель должны отчетливо определяться один или более из следующих кататонических симптомов: ступор или мутизм; возбуждение; застывания; негативизм; ригидность; восковая гибкость; подчиняемость (автоматическое выполнение инструкций).

При недифференцированной шизофрении симптоматика или недостаточна для выявления другой формы шизофрении, или симптомов так много, что выявляются критерии более одной формы шизофрении.

При простой форме отмечается медленное развитие на протяжении не менее года всех трех признаков: 1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией, 2) постепенное появление и углубление негативных симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы, бедность невербального общения, 3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности. Отсутствие галлюцинаций или достаточно полно сформировавшихся бредовых идей любого вида, то есть клинический случай не должен отвечать критериям любой другой формы шизофрении или любого другого психического расстройства. Отсутствие данных за деменцию или другое органическое психическое расстройство.

При резидуальной или остаточной форме шизофрении наблюдается переход от активного течения процесса, т.е. психотических эпизодов с преобладанием продуктивных симптомов к хронической стадии со стойкими негативными симптомами, такими как психомоторное заторможенность, сниженная активность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы; бедность речи, как по содержанию, так и по количеству; бедность невербальных коммуникаций; недостаточность навыков самообслуживания и социальной продуктивности.

Выделяют следующие типы течения заболевания: непрерывный, эпизодический с нарастающим дефектом, эпизодический со стабильным дефектом, эпизодический ремиттирующий.

Клинические проявления обострения (приступа) шизофрении: манифестация или усиление продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, нарушений мышления, часто сопровождающихся страхом, тревогой, нарастающими изменениями поведения, различными видами психомоторного возбуждения, кататонической и гебефренической симптоматикой, зачастую – суицидальными мыслями и поступками.

Ремиссия – послабление психопатологической симптоматики острого периода болезни. Ремиссии подразделяются на полные и неполные, спонтанные (сохраняющиеся вне зависимости от проведения психофармакотерапии) и фармакозависимые (продолжающиеся до тех пор, пока проводится поддерживающая и противорецидивная терапия). Полная ремиссия предполагает отсутствие позитивных расстройств, обычно с восстановлением критического отношения к перенесенному психозу и неглубоким уровнем личностных изменений. При неполной ремиссии психопатологические расстройства в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности и становятся «частным делом» пациента, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени, при сохранении относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения, в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

Согласно рекомендациям рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении, выраженность симптоматики не должна превышать легкой степени выраженности по каждому из следующих проявлений заболевания: бред, необычное содержание мыслей, галлюцинации, концептуальная (понятийная) дезорганизация, манерность и позирование, притупленный аффект, пассивно-апатическая социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи. Шестимесячный период является минимальным, чтобы при указанной выше выраженности

расстройств диагностировать ремиссионное состояние. Разработаны и более дифференцированные критерии ремиссии по отдельным формам и типам течения шизофрении и с учетом достигнутого уровня функционального восстановления.

Диагностика

Критерии установления диагноза

F20.0-F20.3 Общие критерии параноидной, гебефренической, кататонической и недифференцированной шизофрении:

1. На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).

1) Минимум один из следующих признаков:

- а) "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей;
- б) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей, или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
- в) галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;
- г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).

2) или минимум два признака из числа следующих: а) хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;

- б) неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;
- в) кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- г) "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или нейролептической терапией).

G2. Наиболее часто используемые критерии исключения:

1) Если случай отвечает также критериям маниакального эпизода (F30-) или депрессивного эпизода (F32-), вышеперечисленные критерии G1.1 и G1.2 должны выявляться ДО развития расстройства настроения.

2) Расстройство не может быть приписано органическому заболеванию мозга (как оно изложено в F00-F09) или алкогольной или наркотической интоксикации (F1x.0), зависимости (F1x.2) или состоянию отмены (F1x.3 и F1x.4).

Учитывая значительное разнообразие в течении шизофренических расстройств, может быть целесообразным (особенно для исследовательских целей) уточнять тип течения, используя пятый знак. Течение должно кодироваться при длительности наблюдения минимум один год (при ремиссии см. примечание 5 во введении).

F20.x0 непрерывное (в течение всего периода наблюдения нет ремиссий в психотической симптоматике)

F20.x1 эпизодическое с прогрессивным развитием дефекта прогрессивное развитие "негативной" симптоматики в промежутках между психотическими эпизодами

F20.x2 эпизодическое со стабильным дефектом стойкая, но не прогрессивная "негативная" симптоматика в промежутках между психотическими эпизодами

F20.x3 эпизодическое ремиттирующее с полными или фактически полными ремиссиями между психотическими эпизодами

F20.x4 неполная ремиссия

F20.x5 полная ремиссия

F20.x8 другой тип течения

F20.x9 течение не определено, период наблюдения слишком короток

F20.0 Параноидная шизофрения.

А. Должны выявляться (F20.0-F20.3) общие критерии шизофрении

Б. Должны быть выраженными бред и галлюцинации (такие как бред преследования, значения и отношения, высокого родства, особой миссии, телесного изменения или ревности; "голоса" угрожающего или императивного характера, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные сенсации).

В. Эмоциональная сглаженность или неадекватность, кататонические симптомы или разорванная речь не должны доминировать в клинической картине, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности.

F20.1 Гебефреническая шизофрения.

А. Должны выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3).

Б. Должны отмечаться (1) или (2):

- 1) отчетливая и продолжительная эмоциональная сглаженность;
- 2) отчетливая и продолжительная эмоциональная неадекватность.

В. Должны отмечаться (1) или (2):

- 1) поведение, которое характеризуется больше бесцельностью и несуразностью, нежели целенаправленностью;
- 2) отчетливое расстройство мышления, проявляющееся разорванной речью

Г. В клинической картине не должны доминировать галлюцинации или бред, хотя они и могут присутствовать в легкой степени выраженности.

F20.2 Кататоническая шизофрения.

А. Должны выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3), хотя вначале это может быть невозможным из-за неспособности больного к общению.

Б. В течение минимум двух недель отчетливо определяется один или более из следующих кататонических симптомов:

- 1) ступор (значительное снижение реактивности на внешние стимулы и уменьшение спонтанных движений и активности) или мутизм;
- 2) возбуждение (моторная активность без видимой цели, на которую не оказывают влияния внешние стимулы);
- 3) застывания (произвольное принятие и сохранение неадекватных или причудливых поз);

- 4) негативизм (сопротивление без видимых мотивов всем инструкциям и попыткам сдвинуть с места, или даже движение в противоположном направлении);
- 5) ригидность (сохранение ригидной позы несмотря на попытки изменить ее);
- 6) восковая гибкость (сохранение членов тела в положении, которое ему придается другими людьми);
- 7) автоматическая подчиняемость (автоматическое выполнение инструкций).

F20.3 Недифференцированная шизофрения.

А. Должны выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3).

Б. Одно из двух:

- 1) симптоматика недостаточна для выявления критериев любого из подтипов F20.0, F20.1, F20.2, F20.4 или F20.5;
- 2) симптомов так много, что выявляются критерии более чем одного из подтипов, вышеперечисленных в Б (1).

F20.4 Постшизофреническая депрессия.

А. На протяжении последних 12 месяцев должны были выявляться общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3), но в настоящее время они отсутствуют.

Б. Должно сохраняться одно из состояний, отмеченных в критерии 1 (2) а), б), в) или г) в рубриках F20.0-F20.3.

В. Депрессивные симптомы должны быть достаточно продолжительными, выраженными и разнообразными, чтобы отвечать критериям хотя бы легкого депрессивного эпизода (F32.0).

F20.5 Резидуальная шизофрения.

А. Общие критерии шизофрении (F20.0-F20.3) должны были выявляться в какое-то время в прошлом, но в настоящее время они отсутствуют.

Б. На протяжении предшествующих 12 месяцев должны присутствовать минимум 4 из числа следующих "негативных" симптомов:

- 1) психомоторная заторможенность или гипоактивность;
- 2) отчетливая эмоциональная сглаженность;
- 3) пассивность и отсутствие инициативы;
- 4) обеднение речи по объему или содержанию;
- 5) бедность невербального общения, определяемая по мимическому выражению лица, контактности во взгляде, модуляции голоса или позы;
- 6) низкая социальная продуктивность или плохой уход за собой.

F20.6 Простая шизофрения.

А. Медленное прогрессирующее развитие на протяжении не менее года всех трех признаков:

- 1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией;
- 2) постепенное появление и углубление "негативных" симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы, и бедность невербального общения (определяемая по мимическому выражению лица, контактности во взгляде, модуляции голоса или позы);
- 3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности.

Б. Отсутствие в какое бы то ни было время аномальных субъективных переживаний, на которые указывалось в G1 в F20.0-F20.3, а также галлюцинаций или достаточно полно сформировавшихся бредовых идей любого вида, т. е. клинический случай никогда не должен отвечать критериям любого другого типа шизофрении или любого другого психотического расстройства.

В. Отсутствие данных за деменцию или другое органическое психическое расстройство как они представлены в секции F00-F09.

F20.8 Другая форма шизофрении.

F20.9 Шизофрения неуточненная.

Жалобы и анамнез

5С	<p>У всех пациентов при проведении первичного осмотра (во время беседы с пациентами и их родственниками) рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none">– выяснять, жалобы пациента, наследственную отягощенность психическими заболеваниями; преморбидные особенности личности, в том числе относящиеся или к акцентуациям, или к особенностям психопатического уровня; возраст, в котором впервые возникли первые признаки заболевания; продромальные явления, когда заболевание впервые было диагностировано (неврозо- и психопатоподобные расстройства, аффективные колебания, сверхценные образования, нарушения социального функционирования, транзиторные субпсихотические эпизоды);– оценивать особенности социального положения и социального функционирования пациента, отмечая не только проблемы и трудности, но и благоприятные и положительные особенности. Данные группируются по следующим категориям: семейное положение и особенности семьи; ближайшее (личностно-значимое) окружение; характеристика периода обучения (в прошлом или в настоящем) и уровень полученного образования; профессиональная занятость; материальное положение; самообслуживание; жилищные условия; досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными (в том числе правоохранительными) органами; другие психосоциальные проблемы;– собрать анамнестические данные о наличии травм, инфекционных заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, непосредственно предшествовавших развитию симптомов расстройства.– провести целенаправленный опрос пациента и членов его семьи, для исключения факта приема пациентом непосредственно перед началом обострения ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать психотические или аффективные симптомы.
-----------	---

- психический статус (поведение пациента, ориентировка в месте, времени, собственной личности, доступность в отношении болезненных переживаний, описание выявленных психопатологических (продуктивных и негативных) расстройств, наличие или отсутствие критики к ним, своему положению и болезни в целом);
- социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения – обособленность, неразборчивость в контактах, склонность к агрессии либо пассивная подчиняемость и т.п.);
- особенности предшествующей динамики заболевания (характер течения заболевания и его прогредиентность).

Для диагностики шизофрении требуется наличие, как минимум, одного четкого симптома (или 2 менее отчетливых симптомов), принадлежащего к перечисленным ниже признакам 1–4, или 2 симптомов, относящихся к признакам 5–9, которые должны отмечаться на протяжении не менее одного месяца (критерий наличия расстройств в течение одного месяца имеет отношение только к перечисленным ниже специфическим симптомам, а не к продромальному непсихотическому этапу).

1. эхо мысли, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость);
2. бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела или конечностей, или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
3. галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение пациента или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;
4. стойкие бредовые идеи другого рода, которые не адекватны для данной социальной культуры и не имеют рационального объяснения по своему содержанию;
5. постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель;
6. прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи; или неологизмы;
7. кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье;
8. "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; эти признаки не обусловлены депрессией или лекарственной нейролепсией;
9. Значительное последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Состояния, соответствующие приведенным критериям, но продолжающиеся менее месяца (независимо от того находился пациент на лечении или нет), должны быть квалифицированы как острое шизофреноподобное психотическое расстройство или перекодироваться, если симптомы продолжают в течение более длительного периода. Диагноз шизофрении не должен ставиться при наличии выраженных депрессивных или маниакальных симптомов, если указанные выше шизофренические симптомы не предшествовали аффективным расстройствам. Не следует диагностировать шизофрению при наличии явных признаков болезней мозга или при наличии состояний лекарственной интоксикации или отмены.

Диагностика депрессии при шизофрении

5C	Рекомендовано регулярно оценивать пациентов с Ш для выявления депрессивных симптомов, при этом необходимо исключить соматические или лекарственные причины развития депрессии.
-----------	--

2B	В диагностике депрессии при шизофрении рекомендовано использовать шкалу Калгари для оценки депрессии при шизофрении).
-----------	---

Депрессивные симптомы могут встречаться на всех этапах шизофрении, а именно, в продромальной фазе, в структуре психоза и после наступления ремиссии, в виде резидуальных

симптомов шизофрении. Депрессивные симптомы необходимо дифференцировать от побочных эффектов антипсихотической терапии (в первую очередь от нейролептической дисфории, акинезии и акатизии) и первичных негативных симптомов шизофрении. Однако первым диагностическим шагом в данном случае является выявление возможных проявлений психоза, которые могут обуславливать депрессию. В этом случае единственным терапевтическим выбором должно быть усиление антипсихотической терапии. Депрессивные симптомы во время острых психозов часто редуцируются параллельно с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой и не требуют назначения антидепрессанта. Также необходимо выявить возможную связь депрессии с реактивными механизмами и дезадаптацией. В данном случае показано проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий. Показанием к коррекции терапии в первую очередь является длительность и тяжесть депрессивных симптомов.

Физикальное обследование

5C	Не существует каких-либо физикальных методов обследования, необходимых для диагностики шизофрении. Всем пациентам рекомендуется проведение стандартного физикального и неврологического осмотра с целью исключения органических причин психотических симптомов.
-----------	---

Лабораторные исследования

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики шизофрении.

5C	Тем пациентам, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов инструментальных исследований не представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие соматического заболевания, рекомендуется проведение лабораторной диагностики следующего объема: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи; исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, определение веса и индекса массы тела, липидного профиля и глюкозы в крови для исключения возможных соматических причин развития имеющихся симптомов.
-----------	--

Инструментальные исследования

Не существует каких-либо инструментальных методов диагностики шизофрении.

5C	Тем пациентам, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов не представляется возможным с высокой степенью надежности исключить наличие сердечно сосудистой патологии, рекомендуется проведение электрокардиографии (ЭКГ) с физической нагрузкой с целью исключения наличия данной патологии.
-----------	--

3B	Тем пациентам, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов выявлены признаки возможного наличия нарушений сердечного ритма, рекомендуется проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма с целью исключения наличия данной патологии.
-----------	--

5С	Тем пациентам, у которых по результатам сбора анамнеза, физикального и неврологического осмотра, результатов лабораторных анализов выявлены признаки возможного наличия неврологической патологии или органического поражения головного мозга, рекомендуется проведение электроэнцефалографии с нагрузочными пробами, эхоэнцефалографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга с целью исключения наличия данной патологии.
-----------	--

Иные диагностические исследования

Для уточнения особенностей клинического состояния пациента рекомендовано:

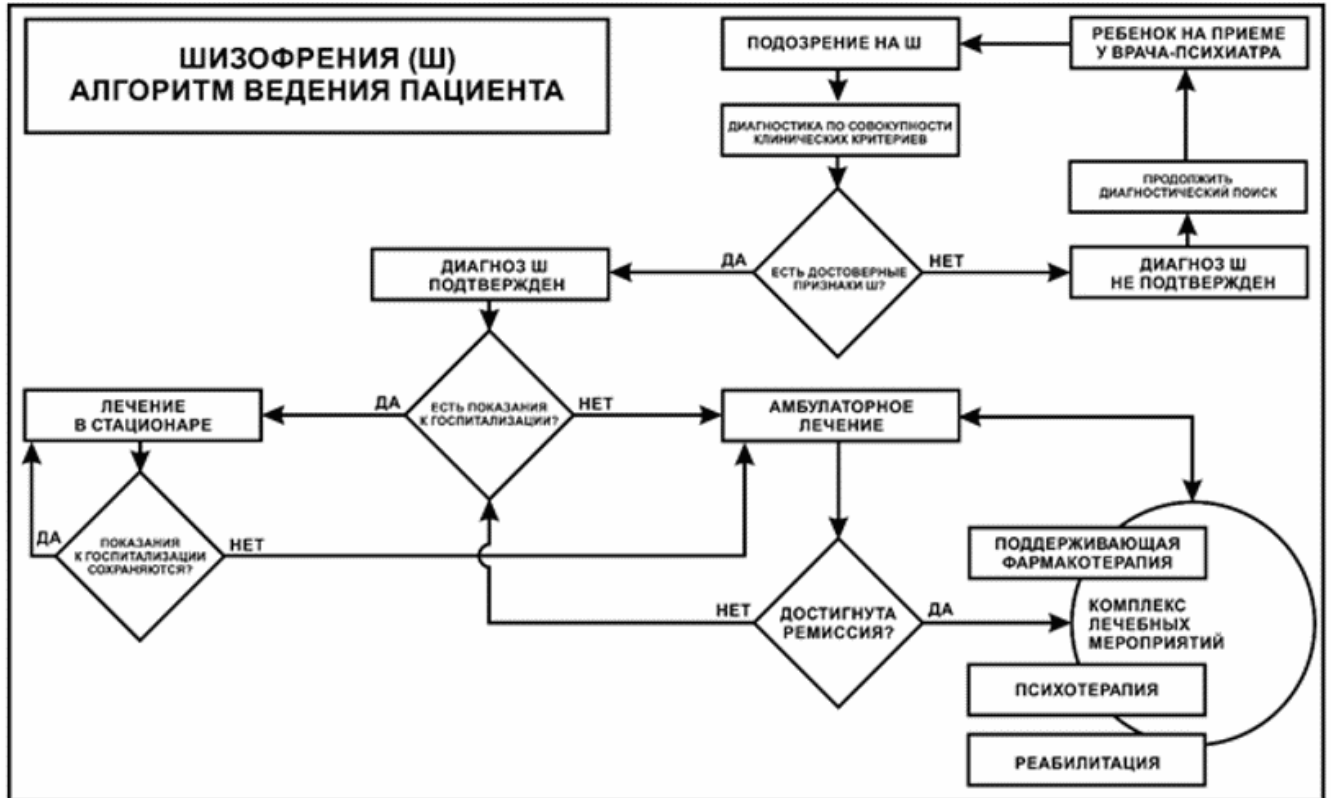
5С	определение наличия и выраженности аффективной симптоматики;
3В	определение наличия и выраженности дезорганизации мышления и речи;
3В	определение наличия и выраженности аутоагрессивных и/или суицидальных мыслей и тенденций;
5С	определение наличия и выраженности агрессивного поведения;
5С	осуществление экспериментально-психологического обследования – при первичной диагностике (с целью уточнения диагноза) и в дальнейшем, при определении динамики заболевания (при необходимости);
5С	осуществление нейропсихологического обследования (в том числе уточнение нарушений памяти, внимания, скорости обработки информации, проблемно-решающего поведения) с целью определения когнитивных нарушений (при необходимости).

5С	Рекомендуется исключить любое соматическое, неврологическое и органическое психическое расстройство или употребление токсических веществ, алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ), которые могут вызвать острое психотическое состояние с шизофреноформной симптоматикой. С этой целью в случае необходимости обязательно рекомендуется сделать общий (клинический) анализ крови и анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи, провести электрокардиографию (ЭКГ), при необходимости – электроэнцефалографию (ЭЭГ), эхоэнцефалографию (ЭХО-ЭГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) и другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты в крови и моче.
-----------	---

5С	Для осуществления дифференциального диагноза с другими психическими заболеваниями рекомендуется изучение анамнеза, выделение ведущего синдрома и катamnестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания.
5С	Дифференциальную диагностику рекомендуется проводить с <ul style="list-style-type: none"> ▪ органическими расстройствами и эпилепсией с психотической симптоматикой; ▪ расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ; - шизотипическим расстройством;

- хроническими бредовыми расстройствами;
- острыми транзиторными психотическими расстройствами;
- шизоаффективным расстройством;
- рекуррентным депрессивным расстройством с психотическими симптомами;
- биполярным аффективным расстройством с психотическими симптомами;
- расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых.

Алгоритмы действий врача



Лечение

Терапия первого выбора

1B	Всем пациентам с установленным диагнозом Ш рекомендуется психофармакологическое лечение с целью купирования симптомов Ш. Базовым фармакологическим классом для лечения как острых симптомов Ш, так и для длительной противорецидивной терапии являются антипсихотические средства (нейролептики).
-----------	---

Цели и стратегии лекарственной терапии определяются фазой и тяжестью заболевания. Несмотря на то, что все современные стандарты рекомендуют придерживаться монотерапии, многообразие клинических проявлений шизофрении и многочисленные сопутствующие заболевания в реальности нередко требуют применения комбинаций различных препаратов, что существенно увеличивает риск развития лекарственных взаимодействий, побочных эффектов и общую преждевременную смертность больных. В этих случаях побочные эффекты и клиническая эффективность должны оцениваться более часто.

Первый эпизод шизофрении (манифестный приступ)

1B	В качестве препаратов первого выбора пациентам первым эпизодом Ш рекомендуются как антипсихотические средства первого поколения (АПП), так и антипсихотические средства второго поколения (АВП).
-----------	--

2C	В связи с меньшим риском развития экстрапирамидных симптомов, в случае первого эпизода шизофрении, рекомендуется назначение АВП.
-----------	--

У пациентов с первым эпизодом шизофрении эффективная доза антипсихотического средства может быть ниже в сравнении с хроническими больными [40, 48-50]. Антипсихотическая терапия должна проводиться с большой осторожностью ввиду высокого риска развития экстрапирамидной симптоматики (ЭПС). В связи с этим оптимальным является постепенная титрация дозы антипсихотика со стремлением использовать минимально возможную эффективную дозировку. Особое внимание на этом этапе заболевания должно уделяться созданию оптимального лекарственного режима для проведения психотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий, а также для формирования приверженности терапии.

Шизофрения с повторными эпизодами (рецидив)

2C	В целом, все АВП и АПП рекомендуются в качестве антипсихотической терапии у пациентов с острым психотическим эпизодом.
-----------	--

Выбор антипсихотической терапии должен основываться на предыдущем опыте лечения с учетом эффективности и переносимости прежних методов терапии, лекарственной формы препарата, наличия коморбидных психических и соматических расстройств, а также потенциальных лекарственных взаимодействий с сопутствующей терапией.

5C	АВП характеризуются меньшим риском развития неврологических (экстрапирамидных) побочных эффектов, в особенности поздней дискинезии и злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) и рекомендуются у пациентов Ш с высокой чувствительностью к развитию ЭПС.
-----------	--

1B	У АВП существуют определенные преимущества в отношении лучшей комплаентности и преждевременного прекращения терапии. АВП рекомендуются к назначению у пациентов Ш, в том числе, с целью улучшения комплаенса и приверженности к терапии.
-----------	--

5C	Некоторые АВП могут иметь преимущество над другими АВП и АПП в отношении общей эффективности у пациентов Ш и в отдельных клинических ситуациях, в которых их следует рекомендовать.
-----------	---

5C	Смена препарата у пациентов Ш рекомендуется только после того, как терапия настоящим антипсихотиком в случае хорошей переносимости была проведена в течение как минимум 4–6 недель в оптимальной терапевтической дозировке.
-----------	---

Достаточно часто проведение антипсихотической терапии сопровождается развитием экстрапирамидной симптоматики (ЭПС). В этом случае необходимо применение терапевтических мероприятий по её купированию. При персистенции ЭПС в дальнейшем, несмотря на её коррекцию, целесообразен перевод на другой антипсихотик с более благоприятным профилем неврологической переносимости.

5C	В случае достижения терапевтического эффекта у пациентов Ш при приеме АПП без развития выраженных побочных явлений не рекомендуется смена АПП на АВП.
-----------	---

2B	При неэффективности АПП при Ш рекомендован перевод на терапию АВП.
-----------	--

При неэффективности второго курса антипсихотического препарата психотическая симптоматика расценивается как терапевтически резистентная с необходимостью проведения специальных лечебных мероприятий.

Важнейшим параметром, определяющим выбор антипсихотика, является предполагаемое соотношение эффективности и переносимости препарата у конкретного пациента. В отдельных клинических ситуациях имеются доказательства преимущества тех или иных антипсихотических препаратов.

1A	Клозапин в качестве препарата первого выбора рекомендуется у пациентов Ш при указаниях на терапевтическую резистентность.
-----------	---

2A	Клозапин в качестве препарата первого выбора рекомендуется у пациентов Ш при увеличении суицидального риска.
-----------	--

3A	При повышенной массе тела, диабете 2 типа и метаболическом синдроме у пациентов Ш не рекомендуется назначать оланзапин и клозапин.
-----------	--

5C	При нейроэндокринных нарушениях, связанных с гиперпролактинемией, у пациентов Ш не рекомендуется назначать АПП, амисульприд и рисперидон.
-----------	---

3B	При нарушениях сердечного ритма у пациентов Ш не рекомендуется назначать сертиндол, зипрасидон и тиоридазин.
-----------	--

2B	При судорожном синдроме или снижении порога судорожной готовности у пациентов Ш не рекомендуется назначать клозапин и хлорпромазин.
-----------	---

При первичном выборе антипсихотического средства следует учитывать индивидуальные особенности соматического и неврологического состояния пациента. Далеко не во всех психотических эпизодах можно рассчитывать на достижение полной редукции симптоматики. Это относится лишь к терапии острых психозов, в структуре которых наиболее полно представлены проявления чувственного бреда и циркулярный аффект. При большом удельном весе параноидной симптоматики и признаках непрерывного течения можно рассчитывать лишь на частичную редукцию психоза. В случаях неустойчивости достигнутой ремиссии при проведении долечивающей или стабилизирующей антипсихотической терапии дозы эффективного антипсихотика остаются прежними или снижаются незначительно. В этом случае также возможен перевод на антипсихотики пролонгированного действия.

Дозы препаратов

1B	В терапии острого эпизода шизофрении рекомендуется стремиться использовать более низкие терапевтические дозировки препаратов.
-----------	---

1B	Стратегии быстрого наращивания дозировок, использование высоких ударных доз и дозировок у пациентов Ш не рекомендуются так как они не продемонстрировали большей терапевтической эффективности, но сопряжены с увеличением числа побочных эффектов.
-----------	---

5C	У пациентов Ш рекомендуется использовать антипсихотические средства в дозировках в диапазоне 400–800 мг ХПЭ.
-----------	--

Суточные дозировки ниже 300 мг ХПЭ в большинстве случаев недостаточны для обеспечения оптимального терапевтического эффекта, а дозировки выше 900 мг ХПЭ не обеспечивают прироста эффекта в сравнении с рекомендуемыми.

При первичном назначении антипсихотической фармакотерапии необходим тщательный сбор аллергического анамнеза и при возможности применение пробной (небольшой) тестовой дозы с целью предотвращения развития тяжелых аллергических реакций и ЗНС. При терапии как АПП, так и АВП терапевтическая дозировка препарата в случае необходимости может быть достигнута достаточно быстро. Во многих случаях повышение дозы не должно быть быстрым в целях превенции потенциально опасных побочных эффектов.

Терапевтическая резистентность

1A	У пациентов с терапевтически резистентной шизофренией, т.е. при отсутствии эффекта двух адекватных курсов антипсихотической фармакотерапии длительностью 4-6 недель, клозапин рекомендуется в качестве средства первой линии выбора.
-----------	--

2B	У пациентов с терапевтически резистентной шизофренией рекомендуется целевая дозировка клозапина в диапазоне 100–900 мг/сут.
-----------	---

2A	Комбинирование клозапина с другим АВП (предпочтительно рисперидоном или арипипразолом) у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией рекомендуется при недостаточной эффективности монотерапии и данным препаратом.
-----------	---

5C	Применение стратегий аугментации клозапина некоторыми антидепрессантами и нормотимиками при терапевтически резистентной шизофрении не рекомендуется ввиду ограничения доказательных данных по их эффективности.
-----------	---

Терапевтически резистентная шизофрения диагностируется при отсутствии уменьшения выраженности психопатологической симптоматики и/или иных ключевых симптомов на фоне терапии двумя антипсихотиками различных химических классов (как минимум, один из антипсихотиков должен быть АВП) в рекомендуемых терапевтических дозировках на протяжении, как минимум, 6–8 недель каждым препаратом.

Первым шагом при указании на терапевтическую резистентность должен быть контроль приема терапии, в том числе при возможности путем определения концентрации лекарственных средств в плазме крови. Пациенты, получающие терапию клозапином, требуют контроля гематологических и кардиологических побочных эффектов, а также изменений на ЭЭГ (снижение порога судорожной активности). В определенных случаях при отсутствии эффекта терапии могут быть использованы другие терапевтические альтернативы, такие как иные АВП, стратегии аугментации (антидепрессанты, нормотимики) с учетом ключевых симптомов, комбинированная терапия антипсихотиками с ЭСТ, а также применение ТМС.

Негативные симптомы

5C	Рекомендовано прицельно оценивать пациентов Ш для выявления негативных симптомов, при этом необходимо исключить вторичный характер негативной симптоматики.
-----------	---

Первым диагностическим шагом в данном случае является выявление возможных проявлений психоза, которые могут «маскировать» негативную симптоматику. В этом случае единственным терапевтическим выбором должно быть усиление антипсихотической терапии. Также негативные симптомы необходимо дифференцировать от экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотической терапии (в первую очередь от акинезии) и от проявлений депрессии. Клиническую оценку следует дополнять использованием шкалы PANSS, шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении и шкалы SAS для оценки экстрапирамидных побочных эффектов.

2B	В диагностике негативной симптоматики при шизофрении рекомендовано использовать шкалу оценки негативных симптомов BNSS.
-----------	---

Персистирующей считается негативная симптоматика со средней либо высокой степенью выраженности на протяжении 6 месяцев и более в отсутствии и/или минимальной выраженности позитивных и депрессивных симптомов, а также псевдопаркинсонизма. Терапевтическая тактика у пациентов с первичной персистирующей негативной симптоматикой и большой длительностью заболевания с множественными перенесенными психотическими эпизодами требует

проведения клинической оценки на предмет возможности замены АПП на АВП. Клиническая оценка целесообразности замены АПП на АВП основывается на тщательном соотнесении рисков и возможной пользы. В первую очередь это относится к оценке рисков эскалации психотической симптоматики. При принятии решения об изменении лечения смена препаратов должна быть перекрестной.

1A

У пациентов с первым эпизодом шизофрении с доминирующей и персистирующей негативной симптоматикой рекомендовано назначение карипразина.

2B

Учитывая достаточные данные об эффективности амисульприда по отношению к первичной негативной симптоматике у пациентов Ш при его применении в дозе 50-300 мг рекомендовано его назначение в данных клинических случаях.

В случае неэффективности отдельных терапевтических шагов принятие последующих клинических решений у первичных и длительно болеющих пациентов проводится в соответствии с алгоритмом терапии.

2A

У больных шизофренией с преимущественно негативной симптоматикой рекомендуется применение оланзапина и кветиапина с некоторым ограничением данных об их эффективности.

1A

У больных шизофренией с преимущественно негативной симптоматикой рекомендуется комбинированное применение миртазапина (30 мг/сут) и миансерина (15 мг/сут) с антипсихотиками с некоторым ограничением данных об их эффективности.

Терапия когнитивных симптомов

1A

При когнитивных нарушениях у пациентов Ш может быть рекомендовано назначение АВП с некоторыми ограничениями доказательных данных.

Наличие когнитивных нарушений является одной из основных преград для социальной и профессиональной реабилитации больных шизофренией. Антипсихотические препараты обладают небольшой либо умеренной эффективностью в отношении когнитивных нарушений.

Терапия депрессивных симптомов, оценка риска суицида

2B

При смене нейролептика у пациентов Ш с депрессивной симптоматикой рекомендовано отдавать предпочтение препаратам с выраженным тимоаналептическим компонентом действия, таким как кветиапин, луразидон или другим АВП за исключением рисперидона.

5C

Назначение антидепрессантов у пациентов Ш рекомендовано ограничивать преимущественно так называемыми постпсихотическими депрессиями при неэффективности других терапевтических мероприятий.

2B

При необходимости назначения антидепрессантов при Ш рекомендовано назначение СИОЗС, а при их неэффективности – СИОЗСН и ТЦА.

Препаратами первой линии являются СИОЗС. При отсутствии эффекта в течение 4–6 недель следует заменить антидепрессант препаратом с другим механизмом действия (СИОЗСН/АТХ – другие антидепрессанты, трициклические антидепрессанты/АТХ-неселективные ингибиторы моноаминов, миртазапин. Альтернативной возможностью на данном этапе является замена антипсихотического средства кветиапином, арипипразолом или луразидоном при продолжении терапии прежним антидепрессантом.

5С

При терапевтической рефрактерности депрессивной симптоматики у пациентов Ш рекомендовано проведение противорезистентных мероприятий.

Если депрессивная симптоматика сохраняется в течение 6–8 недель, рекомендуется приступить к проведению последовательных противорезистентных мероприятий, включающих ТМС и ЭСТ. При невозможности осуществления последних следует продолжить подбор психофармакотерапии с использованием других антипсихотиков (амисульприд, зипрасидон, флупентиксол, клозапин, сульпирид, палиперидон, сертиндол) и антидепрессантов или адъювантной терапии противоэпилептическими препаратами (вальпроевая кислота в гибких дозах 500-3000 мг/сут или карбамазепин в дозах 100-1600 мг/сут).

2В

При выявлении факторов риска суицидального поведения у пациентов Ш, особенно при сопряженности их с имеющейся психотической симптоматикой, рекомендована замена антипсихотика на клозапин, поскольку имеются убедительные данные о снижении риска при его применении.

1А

При суицидальном риске у пациентов Ш, особенно при наличии в течении заболевания аффективных колебаний, рекомендована адъювантная терапия лития карбонатом в гибкой дозе от 600 до 1500 мг/сут под контролем концентрации лития в плазме крови в интервале от 0,4 до 1,0 ммоль/л.

Определение суицидального риска является первостепенным диагностическим шагом. Оно включает в себя направленное клиничко-анамнестическое обследование с последующим выявлением и динамической оценкой факторов риска суицида (по шкалам SAD-Person и Колумбийской шкале суицидального риска).

4С

рекомендации ЭСТ при Ш в определенных случаях тяжелой депрессии и/или суицидального поведения имеют ограниченную доказательность.

Терапия возбуждения и агрессии

3С

На первом допсихофармакологическом этапе ведения пациента Ш с проявлениями возбуждения рекомендуется применение методики деэскалации.

Методики деэскалации включают одновременно несколько компонентов. В первую очередь она предполагает непрерывную оценку рисков и контроль за ситуацией с моделированием безопасной обстановки вокруг пациента. Непременным условием является соблюдение безопасной для пациента и персонала дистанции, избегание провокаций и принуждения, уважительное к нему отношение, проявление сочувствия, определение потребностей пациента. Попытки отвлечь больного, переосмыслить ситуацию, установление вербального контакта, переговоры и убеждение также необходимы к применению.

2B	Пероральная, буккальная (ородиспергируемые таблетки) психофармакотерапия при Ш рекомендуется в качестве первого шага, при условиях возможности его применения (наличия комплаентности).
-----------	---

5C	Лоразепам у пациентов Ш рекомендуется для терапии возбуждения, препарат более предпочтителен среди других производных бензодиазепаина в силу короткого периода полувыведения и отсутствия угнетающего влияния на дыхательную систему.
-----------	---

2B	Терапию возбуждения у пациентов Ш низкопотентными антипсихотическими средствами (хлорпромазин, левомепромазин) рекомендуется проводить с осторожностью в связи с худшей их переносимостью.
-----------	--

При нетяжелом возбуждении и комплаентности пациента могут быть более предпочтительны пероральные формы лекарственных средств с седативным компонентом действия. В данном случае бензодиазепиновые производные (в первую очередь, лоразепам), прометазин и антипсихотические средства демонстрируют сравнимую эффективность в терапии возбуждения и агрессии. На данном этапе терапии пациент требует наблюдения каждый час.

2B	Парентеральная терапия психотического возбуждения у пациентов Ш рекомендуется при неэффективности пероральной терапии, невозможности её применения, а также при изначальной тяжести симптоматики.
-----------	---

2B	Парентеральные формы АВП рекомендуются к применению у пациентов Ш при терапии психотического возбуждения, так как они не уступают в эффективности внутримышечной форме галоперидола, но вызывают меньшее число неврологических побочных эффектов.
-----------	---

Терапевтические подходы при возбуждении и агрессии должны быть дифференцированными. Проявления агрессии, а также состояния с высоким риском её развития требуют проведения urgentных терапевтических мероприятий. Они включают применение быстрой транквилизации (БТ), а при необходимости – фиксации или изоляции. Наряду с этим необходимо применение методик поведенческой терапии. В случае нетяжелых проявлений агрессии (вербальная агрессия и т.д.) проведение БТ может быть нецелесообразно. При проведении БТ необходимы навыки по оценке рисков, сопряженных с возможным достижением глубокой седации (развитие артериальной гипотонии и угнетения дыхания). Также желательно обеспечение техническими средствами, необходимыми для urgentной помощи при развитии побочных эффектов, в том числе возможность назначения флумазенила (антагониста бензодиазепиновых рецепторов).

В начале терапии препараты должны быть назначены в наиболее низких эффективных дозировках, которые в случае необходимости, могут быть постепенно повышены. Более тяжелые формы возбуждения требуют применения парентеральной терапии. При купировании возбуждения желательно, чтобы терапевтический эффект был достигнут на уровне успокоения или легкой седации. При необходимости, в случаях тяжелого некупирующегося возбуждения с проявлениями агрессии, допускается достижение глубокой седации или даже. Применение для контроля возбуждения БТ рассматривается как средство последней линии. Однако при крайне тяжелом возбуждении, сопряженном с рисками агрессии, её следует применять незамедлительно.

5C	Комбинированная внутримышечная психофармакотерапия рекомендуется у пациентов Ш при неэффективности внутримышечной монотерапии.
-----------	--

При использовании данной комбинации необходимо учитывать повышенный риск развития побочных эффектов, что требует постоянного наблюдения за пациентом. Обычно используются комбинации галоперидола с производными бензодиазепа (в первую очередь, рекомендуется лоразепам) или прометазинум в дозировке до 50 мг.

5C	В связи с риском развития дыхательной недостаточности у пациентов Ш не рекомендуется комбинированное применение внутримышечной формы производных бензодиазепа с клозапином.
-----------	---

2A	При неэффективности комбинированной парентеральной внутримышечной терапии у пациентов Ш рекомендовано применение внутривенного введения производных бензодиазепа либо антипсихотических средств (галоперидол, хлорпромазин, дроперидол).
-----------	--

При применении внутривенного пути введения предпочтителен капельный способ. При внутривенном введении препаратов необходимо постоянное наблюдение персонала у постели больного, мониторинг ЭКГ, артериального давления и сатурации. При внутривенном применении дроперидола из-за риска удлинения интервала QT мониторинг ЭКГ является строго обязательным. Данные требования осуществимы в условиях отделения интенсивной терапии. При резистентном психотическом возбуждении последующие терапевтические шаги принимаются коллегиально, в том числе с привлечением специалистов другого профиля (реаниматологов и неврологов).

В данном случае дальнейшее ведение больного осуществляется в условиях психореанимационного отделения. Целесообразно дополнительное обследование пациента для возможного уточнения диагноза. Одной из основных терапевтических опций является применение ЭСТ, особенно при наличии аффективной симптоматики, кататонических симптомов, а также указаний на её хороший эффект в прошлом. В качестве альтернативных терапевтических опций рассмотрение возможности применения дексметомидина и кетамина.

Терапия кататонических симптомов

5C	В качестве первого шага в ведении пациентов Ш рекомендуется исключение других причин развития кататонии.
-----------	--

Кататония рассматривается как независимый полиэтиологический синдром, развивающийся при некоторых психических и неврологических расстройствах, а также вследствие ряда метаболических и токсических нарушений. При проведении дифференциально-диагностической оценки пациента с кататонией в первую очередь следует исключать энцефалиты различного генеза (в том числе, анти-NMDA рецепторный энцефалит). В качестве дополнительного инструмента, наряду с иммунологическими исследованиями, может быть использован бензодиазепиновый тест с парентеральным введением однократной дозы бензодиазепинов, на фоне чего оценивается тяжесть кататонии. При уменьшении выраженности симптоматики допускается, что ее природа является эндогенной.

5C	У пациентов Ш с кататонией рекомендуется проведение терапевтических мероприятий, направленных на стабилизацию водно-электролитных нарушений и стабилизацию гомеостаза.
-----------	--

1B	При кататонии в качестве препаратов выбора рекомендуется применение производных бензодиазепаина (диазепам, лоразепам).
-----------	--

Доказательных данных об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина в лечении кататонической симптоматики не обнаружено, однако имеются описания клинических случаев, демонстрирующих его положительный эффект.

При хорошей реакции на терапию производными бензодиазепаина, эффект обычно развивается в течение нескольких дней.

3B	При отсутствии/ недостаточности эффекта в течение нескольких дней терапии, а также при необходимости быстрого разрешения симптомов (например, злокачественной кататонии) рекомендовано рассмотрение возможности более раннего применения ЭСТ.
-----------	---

В большинстве национальных клинических руководств по ЭСТ рекомендуется ее применение при кататонии по билатеральной методике, с возможностью применения первых 3-7 процедур ежедневно. Известно, что эффективность ЭСТ при кататонии достаточно высока и в большинстве случаев при её применении по отношению к кататонии, развившейся в рамках острого психоза, удается полностью оборвать симптоматику.

5C	Для лечения кататонических симптомов при Ш рекомендуется применение АВП с благоприятным профилем неврологической переносимости, а также хлорпромазина.
-----------	--

В целом, назначение антипсихотических препаратов при кататонической симптоматике в остром периоде при Ш считается нецелесообразным ввиду высоких рисков утяжеления симптоматики и развития ЗНС. Исключение может быть сделано для антипсихотиков с хорошим профилем неврологической переносимости (клозапин, в меньшей степени хлорпромазин), которые применяют в очень низких терапевтических дозах и на более поздних этапах терапии.

Длительная (противорецидивная) терапия

5C	Антипсихотические средства рекомендуются для применения в качестве противорецидивной терапии у пациентов Ш.
-----------	---

Антипсихотические средства являются эффективными препаратами для профилактики рецидивов, при этом вероятность их развития по сравнению с плацебо сокращается в несколько раз.

1A	Для длительной терапии при Ш рекомендуются АПП и АВП.
-----------	---

АПП и АВП не отличаются между собой по степени редукции симптоматики при длительной терапии. Имеется ряд данных в пользу отдельных АВП по показателям частоты прекращения терапии и профилактике рецидивов.

1A	АВП рекомендуются для длительной терапии у пациентов Ш с целью снижения риска развития неврологических побочных эффектов (в частности, поздней дискинезии).
-----------	---

5C	При длительной терапии, когда вторичная негативная симптоматика становится менее выраженной, рекомендуются некоторые АВП, которые обладают рядом преимуществ в отношении коррекции негативной симптоматики.
-----------	---

5C	При длительной терапии у пациентов Ш рекомендуется непрерывный мониторинг, раннее выявление и лечение поздней дискинезии и метаболических побочных эффектов, которые оказывают наибольшее влияние на состояние здоровья пациента.
-----------	---

5C	При проведении длительной противорецидивной терапии у пациентов Ш рекомендовано использовать тот антипсихотическое средство, которое обладало наилучшим эффектом и переносимостью у данного пациента в ходе купирования эпизода обострения и в процессе стабилизации состояния, т.е. на первых этапах терапии.
-----------	--

Подбор антипсихотического средства у каждого пациента необходимо проводить индивидуально с учетом опыта предшествующего применения определенных групп препаратов и профиля побочных эффектов.

Длительность терапии

5C	У пациентов с первым эпизодом рекомендуется непрерывная антипсихотическая терапия в течение, по крайней мере, одного года.
-----------	--

4C	У пациентов с несколькими эпизодами рекомендуется поддерживающая терапия на протяжении 2-5 лет (при сохраняющейся симптоматике и частых рецидивах – пожизненная терапия).
-----------	---

В случае прекращения терапии в течение 1-2 лет после острого психоза наблюдается высокий риск рецидива. Прежде всего, многолетняя терапия показана при непрерывном течении шизофрении, при злокачественных и раноначавшихся формах. При приступообразном течении длительность противорецидивной терапии определяется принципом разумной достаточности. Тем не менее, длительность лечения необходимо определять индивидуально с учетом мотивации пациента, психосоциальной ситуации и некоторых других факторов. У пациентов с попытками суицида или грубым агрессивным поведением и частыми рецидивами также рекомендуется продолжение антипсихотической терапии на протяжении неопределенно долгого срока.

2B	Во всех случаях рецидивирующего хронического течения шизофрении рекомендуется непрерывная антипсихотическая фармакотерапия.
-----------	---

Стратегии прерывистой терапии могут подходить только пациентам, которые отказываются от непрерывного поддерживающего режима, или имеются противопоказания к непрерывной поддерживающей терапии.

4C	В настоящее время имеются достаточные доказательства в поддержку использования антипсихотических средств-депо, которые рекомендуется использовать для профилактики рецидивов шизофрении.
-----------	--

Невозможно выявить достоверных различий в эффективности между пероральными препаратами и лекарственными формами-депо. Вместе с тем, и инъекционные антипсихотические средства пролонгированного действия имеют ряд преимуществ:

- максимальная непрерывность терапевтического воздействия и надежный контроль за приемом антипсихотика, что снижает необходимость контролировать врачом соблюдение режима терапии;
- более стабильная и низкая концентрация нейролептика в крови (уменьшение риска развития «пиковых» побочных эффектов);
- более безопасное достижение принципа минимальной эффективной дозы (позаэтапное снижение);
- более удобный для больных лекарственный режим, что имеет важное психотерапевтическое значение, поскольку сглаживает ощущение привязанности к лекарственным средствам;
- избегание проблем с абсорбцией в желудочно-кишечном тракте и эффектов, связанных с метаболизмом при первом прохождении через печень (более предсказуемый метаболизм и редкие лекарственные взаимодействия);
- уменьшение риска случайной или преднамеренной передозировки.

К недостаткам антипсихотических препаратов длительного действия следует отнести уменьшение гибкости терапии, длительный период подбора оптимальной дозы, длительный период выведения препарата из организма в случае развития побочных эффектов, местные реакции в области инъекции.

Лечение инъекционными антипсихотиками пролонгированного действия (ИАПД) обычно начинают в стационаре сразу после купирования острой психотической симптоматики. На фоне приема таблеток делают внутримышечно инъекцию препарата в минимальной дозе. Если больной ранее получал корректоры, их не отменяют. В случае хорошей переносимости (отсутствия побочных эффектов в течение 1-й недели лечения) дозу препарата с пролонгированным действием постепенно увеличивают, а таблетки отменяют. Цель лечения – поддерживать оптимальный функциональный уровень больного с помощью минимально эффективной дозы. После стабилизации психического состояния дозу нейролептика можно постепенно снижать двумя способами: либо уменьшая разовую дозу, либо увеличивая интервал между инъекциями (последнее правило неприменимо для рисперидона и палиперидона пролонгированного действия).

Подбор дозы осуществляют индивидуально. При переводе больного с одного препарата на другой можно использовать следующие ориентировочные эквиваленты:

- флупентиксол, раствор для в/м введения 40 мг каждые 2 недели;
- флуфеназин, раствор для в/м введения 25 мг каждые 2 недели;
- галоперидол, раствор для в/м введения 100 мг каждые 4 недели;
- зуклопентиксол, раствор для в/м введения 200 мг каждые 2 недели;
- рисперидон, порошок для приготовления суспензии для в/м введения пролонгированного действия 37,5 мг каждые 2 недели;
- палиперидон, суспензия для в/м введения пролонгированного (месячного) действия 75 мг каждые 4 недели;
- палиперидон, суспензия для в/м введения пролонгированного (трехмесячного) действия 263 мг каждые 3 месяца.

Эти эквиваленты не могут быть экстраполированы на максимальные дозы.

5С

Имеется достаточный объем данных в поддержку использования инъекционной формы рисперидона и палиперидона длительного действия, которые рекомендуется использовать для длительного лечения шизофрении.

Качество жизни

5С	Оценка показателей социального функционирования у пациентов шизофренией рекомендуется осуществлять по шкале РСР.
----	--

Антипсихотические средства улучшают качество жизни пациентов с шизофренией, однако нет доказательств в поддержку какого-либо конкретного препарата или группы. Существуют некоторые доказательства того, что на фоне приёма отдельных АВП улучшаются показатели субъективного самочувствия. Значимым фактором является наличие побочных эффектов, а их снижение и контроль важны для улучшения качества жизни пациентов.

Побочные эффекты антипсихотической фармакотерапии

Экстрапирамидные побочные симптомы (ЭПС)

5С	Назначение антихолинергических средств для профилактики ЭПС у пациентов Ш при антипсихотической терапии необоснованно и не рекомендуется, так как они развиваются не у каждого пациента.
----	--

К ЭПС относятся острая дистония, акатизия, псевдопаркинсонизм и поздняя дискинезия. Добавление антихолинергического препарата (тригексифенидил, бипериден), снижение дозы типичного антипсихотика или перевод на лечение АВП (в настоящее время предпочтение отдаётся такой замене) составляют возможности выбора при возникновении ЭПС. ЭПС наиболее часто развиваются при применении АПП, у некоторых АВП могут также отмечаться дозозависимые ЭПС. Риск развития ЭПС выше при лечении нейролептиками из группы пиперазиновых фенотиазинов и бутирофенонов. ЭПС легко распознаются, однако, их возникновение весьма трудно предвидеть, так как оно связано отчасти с дозировкой, отчасти с особенностями самого препарата, отчасти с индивидуальной чувствительностью пациента.

Паркинсоническая симптоматика исчезает после отмены препарата или может быть уменьшена присоединением центральных антихолинергических средств, так называемых корректоров нейролептической терапии. Протипаркинсонические препараты могут способствовать развитию поздней дискинезии и ухудшать ее течение, а также вызывать лекарственную зависимость и когнитивные нарушения.

Купирование побочных явлений нейролептической терапии

Нежелательное явление	Рекомендуемая терапия
Острая дистония	бипериден 5-10 мг (перорально, внутримышечно) или дифенгидрамин 50-75 мг
Псевдопаркинсонизм (акинето-ригидный симптомокомплекс)	тригексифенидил 2-12 мг, бипериден 5-10 мг (перорально, внутримышечно)
Акатизия	пропранолол 10-20 мг, бипериден 5-10 мг (перорально, внутримышечно)
ЗНС	отмена антипсихотического препарата. Детоксикационная, инфузионная и гомеостатическая терапия, миорелаксанты центрального действия, непрямые агонисты дофамина (стимуляторы дофаминовых рецепторов)
Поздняя дискинезия	перевод на АВП с удовлетворительным профилем неврологической переносимости (клозапин, кветиапин)

Нейроэндокринные и метаболические и другие побочные эффекты

5C	При наличии клинических проявлений ГП (галакторея, нарушения менструального цикла, сексуальные дисфункции, гинекомастия) у пациентов Ш рекомендуется проводить исследование уровня пролактина.
-----------	--

С целью минимизации развития ГП необходимо учитывать следующие факторы риска: женщины репродуктивного возраста, дети, подростки, наличие ГП при предшествующей терапии. К дополнительным факторам риска относятся проблемы с фертильностью и вынашиванием у женщин и наличие гинекомастии, эректильной дисфункции, снижения полового влечения, уменьшением роста волос у мужчин. Наиболее часто гиперпролактинемия (ГП) вызывают АПП, но также амисульприд, рисперидон и палиперидон.

Метаболические побочные эффекты наблюдаются чаще при применении АВП. В первую очередь они часто развиваются при применении клозапина и оланзапина, несколько реже при применении кветиапина и рисперидона и редко при применении других АВП.

5C	При нарушениях сердечного ритма не рекомендуется назначать сертиндол, зипрасидон и тиоридазин.
-----------	--

Удлинение интервала QT является фактором риска развития внезапной сердечной смерти. Интервал QT более 450 мсек у мужчин и более 470 мсек у женщин считается удлиненным.

5C	При судорожном синдроме или снижении порога судорожной готовности не рекомендуется назначать клозапин и некоторые АПП.
-----------	--

5C	Пациентам Ш, интолерантным к развитию седации, не рекомендуется применение клозапина и кветиапина, и в меньшей степени, оланзапина и луразидона.
-----------	--

5C	С целью профилактики развития соматических побочных явлений при проведении длительной антипсихотической фармакотерапии рекомендуется регулярно проводить следующие лабораторные и клинические исследования.
-----------	---

График мониторингования некоторых соматических показателей при применении антипсихотической фармакотерапии

	до лечения	4 недели	8 недель	12 недель	ежеквар- тально	ежегодно
Вес (индекс массы тела), объем талии	X	X	X	X	X	X
Артериальное давление	X	X		X		X
Содержание сахара в крови (натощак)	X			X		X
Содержание липидов (ЛПНП, ЛПВП) в крови (натощак)	X			X		X

Общий анализ крови*	X	X		X		X
ЭКГ	X	X			X	X
ЭЭГ	X	X				

Частота развития побочных эффектов при применении АВП и галоперидола

Препараты Побочные эффекты	Галоперидол	Арипипразол	Амисульприд	Зипрасидон	Кариразин	Клозапин	Кветиапин	Луразидон	Оланзапин	Палиперидон	Рисперидон	Сертиндол
Акатизия/ паркинсонизм	+++	+	++	+	++	0	(+)	+	+	++	++	+
Поздняя дискинезия	+++	?	(+)	?	?	0	?	?	(+)	?	(+)	?
Судорожный синдром	+	0	0	?	?	++	0	?	0	0	0	0
Удлинение интервала QT	(+)	(+)	(+)	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+
Нарушения обмена глюкозы	(+)	0	(+)	0	(+)	+++	+	(+)	+++	(+)	+	0
Нарушения липидного обмена	(+)	0	(+)	0	(+)	+++	+	(+)	+++	+	+	0
Тошнота, запоры и др. жалобы со стороны ЖКТ	+	?	++	0	(+)	+++	+	++	++	+	++	(+)
Гипотензия	+	+	(+)	+	(+)	++	+(+)	(+)	+(+)	+	++	+
Агранулоцитоз, лейкопения	0	0	0	0	0	+	(+)	0	(+)	0	0	0
Увеличение массы тела*	+	(+)	+	(+)	+	+++	++	(+)	+++	++	++	(+)
Гиперпролактинемия	+++	0	+++	(+)	0	0	(+)	+	(+)	+++	+++	0
Седация	+	(+)	(+)	+	(+)	+++	+++	++	++	(+)	+	(+)
ЗНС	(+)	?	?	?	?	(+)	(+)	?	(+)	?	(+)	?
Холинолитические нарушения	(+)	0	0	(+)	(+)	+++	+	(+)	++	(+)	(+)	(+)
Сексуальные нарушения	+	(+)	+	(+)	+	++	(+)	(+)	+	+	+	(+)

Группы лекарственных средств, включенные в «Общий перечень основных лекарственных средств» Республики Узбекистан

Код	Анатомо-терапевтические химические классификационные группы (АТХ)	Международное непатентованное название	Средняя доза в день лечения в стационаре
N05AA	Фенотиазиновые алифатические соединения	Хлорпромазин	600 мг
		Левомепромазин	100 мг
N05AB	Фенотиазиновые пиперазиновые соединения	Трифлуоперазин	20 мг
		Флуфеназин	100 мг
N05AC	Фенотиазиновые пиперидиновые соединения	Тиоридазин	200 мг
N05AD	Бутирофеноновые соединения	Галоперидол	10 мг
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины	Кветиапин	400 мг
		Клозапин	200 мг
		Оланзапин	10 мг
N05AL	Бензамиды	Сульпирид Тиаприд	300 мг
			300 мг
N05AX	Другие антипсихотические средства	Рisperидон	2 мг

Критерии оценки эффективности лечения

5C	Всем пациентам, получающим терапию в связи с Ш, рекомендуется проводить оценку эффективности проводимого лечения целью обоснованного принятия терапевтических решений.
----	--

На практике целесообразно выделить три уровня эффективности лекарственного ответа:

1. Лечение эффективно, эффект существенный и глубокий – общая выраженность симптоматики, оцениваемой по шкале PANSS сократилась более чем на 50%.
2. Лечение эффективно, эффект частичный – общая выраженность симптоматики, оцениваемой по шкале PANSS сократилась не менее чем на 20 %.
3. Лечение неэффективно – общая выраженность симптоматики, оцениваемой по шкале PANSS сократилась менее, чем на 20 %.

Приведенные выше уровни являются ориентировочными и должны рассматриваться вместе с общим клиническим впечатлением врача, и степенью нарушения социального функционирования пациента.

Сроки оценки эффективности терапии зависят от конкретной цели лечения. Для квалификации антипсихотического эффекта оценка возможна не ранее 4 недель лечения, а при указаниях на резистентность сроки оценки эффективности увеличиваются до 6-8 недель. При купировании психотического возбуждения оценка эффективности терапии проводится через 2 часа. Терапия считается эффективной при полной редукции проявлений агрессии и значимом снижении уровня возбуждения, оцениваемых клинически. Верификация антинегативного эффекта оценивается через 10-15 недель терапии по шкале BNSS.

Конечной целью лечения пациента является достижение ремиссии, т.е. стабильного ослабления или исчезновения симптомов Ш (отсутствие достаточных критериев, необходимых для подтверждения первоначального диагноза Ш) с улучшением или восстановлением социального функционирования и качества жизни пациента (социальное выздоровление), оцениваемое по шкале PSP. Качество терапевтической ремиссии значительно варьируется при различных клинических формах и типах течения Ш и требует дифференцированной клинико-функциональной оценки.

Реабилитация

5С	Психосоциальные воздействия и реабилитация у больных шизофренией направлены на формирование или восстановление недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъёмом социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в обществе.
5С	Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические стратегии.
5С	Психосоциальная работа с пациентами может осуществляться на любом этапе оказания психиатрической помощи. Перед началом вмешательства рекомендуется определить характер и степени социальной дезадаптации, нуждаемость в той или иной конкретной форме психосоциального воздействия, сформулировать цель каждого вмешательства с определением временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть. Рекомендуются групповые формы работы, однако при невозможности

	включения пациента в группу (например, в случае его отказа и др.) работа проводится в индивидуальном формате; после завершения активных психосоциальных воздействий рекомендуются поддерживающие психосоциальные мероприятия.
--	---

В зависимости от показаний рекомендуется проводить следующие виды психосоциальных лечебно-реабилитационных воздействий:

5С	Психообразование
1В	Тренинг социальных навыков
1В	Семейная терапия
1В	Программы поддерживаемого трудоустройства
1В	Когнитивно-поведенческая терапия
2В	Когнитивная ремедиация

Когнитивная ремедиация

1В	Когнитивная ремедиация (КР) – рекомендуется для использования у больных шизофренией в рамках клиники «первого эпизода» и при хроническом течении заболевания. Цель КР для больных шизофренией – устойчивое и общее улучшение когнитивных процессов (внимания, памяти, исполнительских функций, социальных когниций или метакогниций). Основная задача КР – минимизировать влияние когнитивных нарушений на повседневное функционирование. Для больных с хроническим течением шизофренического процесса рекомендовано использование компенсаторных стратегий, с опорой на сохранные когнитивные функции при помощи подкреплений; для больных «первого эпизода» программ для восстановления нарушенных функций.
-----------	--

Показания: F20.0-F20.6. Этапы заболевания: подострый, стадия формирования ремиссии/ремиссия. Проводится в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно. Противопоказания к применению: острое психотическое состояние с дезорганизованным поведением. Проводится клиническим психологом. Формат проведения: группа из 6-10 человек. Частота проведения от 2 до 5 раз в неделю по 60 минут. Длительность проведения до 2 месяцев. Используется раздаточный материал (карточки, бумага, ручка, грифельная доска). Занятия включают в себя упражнения, направленные на улучшение конкретной функции.

Использование когнитивной ремедиации обусловлено тем, что когнитивная дисфункция признана одним из ключевых признаков шизофрении, широкой встречаемостью проявлений дефицита в сфере базовых нейрокогниций и социальных когниций и тем, что она является основной причиной социальной дезадаптации в периоде ремиссии и повторных эксацербаций.

Тренинг социальных навыков

1B	Тренинг социальных навыков (ТСН) рекомендован при лечении больных шизофренией с целью улучшения способности правильной переработки информации, поставляемой социально значимыми стимулами с умением давать на них социально адекватную реакцию в соответствующих ситуациях. В ходе ТСН последовательно проводится тренинг различных функций, включая их в социально значимые ситуации.
-----------	--

1B	В ходе ТСН используются подходы, включающие обучение в следующих областях: постановка целей и изменение ролей с использованием проведения поведенческих тренировок и репетиций с позитивным подкреплением и использованием корректирующей обратной связи. Также применяются: тренировка методов решения проблем и домашние задания для укрепления полученных навыков и способствующих их внедрению в повседневную жизнь больного.
-----------	---

Показания: F20.0-F 20.6. Этапы заболевания: подострый, стадия формирования ремиссии/ремиссия. Проводится в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно. Противопоказания: Этап острого психоза с дезорганизацией поведения; Выраженный когнитивный дефицит. Проводится клиническим психологом, специалистом по социальной работе.

Использование ТСН обусловлено широтой встречаемости нарушений социальных когниций у больных шизофренией и их негативным влиянием на исход заболевания.

Психообразование

1A	Пациентам, страдающим шизофренией, в целях повышения качества и эффективности лечения рекомендуется использование психообразования, как одного из важных элементов реабилитационных мероприятий/
-----------	--

1A	«Психообразование» — это занимающая особое место в структуре реабилитационных мероприятий поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания.
-----------	---

Показания: F20.0-F 20.6 Психообразование рекомендуется использовать на следующих этапах заболевания: подострый, стадия формирования ремиссии/ремиссия. Психообразование проводится в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно. Противопоказаниями к психообразованию являются: острый этап заболевания с дезорганизацией поведения; выраженные когнитивные расстройства. Проводится врачом психотерапевтом или клиническим психологом. Формат проведения: психообразовательная группа (для пациентов или их родственников). Общее число занятий 11-15. Частота проведения от 1 до 5 раз в неделю по 45-60 минут.

Предпочтительным является максимально раннее включение психообразования в систему реабилитации больных шизофренией. Вмешательства с привлечением членов семей более

эффективны и способствуют редукции симптомов заболевания к концу лечения и предотвращении рецидивов через 7-12 месяцев наблюдения. Психообразование влияет на снижение частоты рецидивов, способствует соблюдению режима приема лекарственной терапии, а также сокращает продолжительность пребывания пациентов в стационаре.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)

2В	КПТ рекомендована при лечении больных шизофренией с целью улучшения качества и эффективности лечения.
-----------	---

2В	Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – научно обоснованная форма психотерапии, ограниченная во времени, структурированная и сосредоточенная на когнитивных и поведенческих изменениях. В процессе КПТ происходит изучение истории возникновения и специфики нарушений и формулирование психотерапевтического случая в виде структурированной концептуализации.
-----------	---

Показания к использованию когнитивно-поведенческой психотерапии: F20.0-F 20.6. Когнитивно-поведенческую психотерапию рекомендуется использовать на следующих этапах заболевания: подострый, стадия формирования ремиссии/ремиссия. Когнитивно-поведенческая психотерапия проводится в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно. Проводится врачом психотерапевтом или клиническим психологом. Формат проведения: индивидуальная работа. Частота проведения от 1 до 3 раз в неделю по 45 минут. Общее количество психотерапевтических сессий 16-20.

Большая тяжесть психического заболевания и выраженность нейрокогнитивного дефицита не препятствуют улучшению в процессе КПТ.

5С	<p>Специальные задачи становятся доминирующими в психосоциальной работе с пациентами, относящимися к той или иной «проблемной» группе:</p> <ul style="list-style-type: none"> – для пациентов шизофренией с частыми госпитализациями рекомендовано включение в программу проблем комплаенса и выполнение режима фармакотерапии, распознавание начальных проявлений рецидивов, исключение факторов, способствующих обострению, а также изменение стиля внутрисемейного взаимодействия для семей этих пациентов; – для одиноких пациентов – рекомендовано включение в программу проблемы общения и других социальных навыков, комплаенса, независимого проживания, а кроме пациент-центрированных вмешательств, работа по активизации социальной сети; – для пациентов шизофренией с длительным пребыванием в стационаре в условиях социальной депривации – рекомендовано включение в программу модуля независимого проживания, социальных навыков; – для пациентов с неустойчивой трудовой адаптацией – рекомендовано включение в программу комплаенса-терапии и трудовой реабилитации.
-----------	--

5С	Особое внимание рекомендуется уделять психосоциальной терапии пациентов с впервые возникшими психотическими состояниями (ППЭ): развитие шизофрении, как правило,
-----------	--

сопровождается, с одной стороны, серьезными нарушениями социальных и коммуникативных навыков, а с другой – стигматизацией и дискриминацией, существующей в общественном сознании по отношению к людям, страдающим этим заболеванием; осознание факта болезни отражается на эмоциональном состоянии заболевшего, изменяет его самовосприятие, самооценку, поведение, взаимоотношения с окружающими, вносит коррективы в планы на будущее.

5С Рекомендуется при работе с данной категорией пациентов включать следующие компоненты:

- 1) помощь в преодолении стресса вследствие перенесенного психотического эпизода и смягчение социальных факторов риска его возникновения и повторения;
- 2) предоставление адекватной информации о психических расстройствах, соответствующих формам и службах помощи пациенту, членам его семьи и другим значимым членам ближайшего окружения;
- 3) разъяснение связи улучшения состояния с принимаемым лечением;
- 4) достижение комплаенса и профилактика повторных обострений;
- 5) раннее распознавание повторного обострения и быстрое вмешательство при его наступлении;
- 6) уменьшение риска суицида;
- 7) включение в психосоциальную программу когнитивной ремедиации.

1В Рекомендуется первые три компонента психосоциального вмешательства включать в программу лечения уже на стадии выхода из первого острого состояния, тогда как остальные являются предметом долгосрочного ведения пациента по достижении терапевтической ремиссии.

Организация оказания медицинской помощи

Антипсихотическая терапия Ш подразделяется на три этапа - купирующий (лечение острого психоза/обострения психотической симптоматики), продолженный (стабилизация состояния) и поддерживающий (профилактика рецидивов).

Первый этап - купирующая терапия начинается сразу же после постановки предварительного диагноза и заканчивается установлением клинической ремиссии, то есть продолжается до существенной или полной редукции психоза. При адекватной антипсихотической фармакотерапии этот этап может продолжаться от нескольких недель до нескольких месяцев (для достижения полного терапевтического контроля за состоянием обычно требуется 6-8 недель). Основными задачами являются редукция тяжести психоза, коррекция нарушений поведения и сопутствующих симптомов (возбуждения, агрессии, суицидальных тенденций, кататонических и аффективных симптомов). Эффективность фармакотерапии тем выше, чем больше выражены признаки остроты психоза (острое начало, психомоторное возбуждение, напряженные аффекты – тревога, страх, экстаз, растерянность, депрессия, агрессивность, яркие галлюцинаторно- бредовые переживания, острый чувственный бред, нарушения сна, негативизм, расстройства сознания, грубые нарушения социальной адаптации), изменчивость, калейдоскопичность симптоматики и динамическая нестабильность состояния в целом.

Эффективность ниже при постепенном развитии заболевания, наличии в преморбидном периоде личностных изменений, негативной симптоматики и когнитивных нарушений, при систематизированном интерпретативном бреде, гебефренической симптоматике, отсутствии признаков критического отношения к болезни, пассивности поведения, при застывших, малоподвижных формах с редукцией динамического потенциала и снижением реактивности.

Второй этап – долечивание или стабилизация заключается в продолжении эффективной антипсихотической терапии вплоть до достижения ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики, воздействие на негативную симптоматику и когнитивные нарушения, восстановление, по возможности, прежнего уровня социальной адаптации больного. Этап может продолжаться от 3 до 9 месяцев (в среднем около 6 месяцев) от начала острой фазы заболевания. Обычная схема предполагает постепенное уменьшение дозы антипсихотика после установления ремиссии. Важно раннее выявление возможного рецидива и своевременное усиление антипсихотической терапии. При персистировании резидуальной негативной симптоматики необходимо ослабление седативного влияния препаратов, применявшихся в остром периоде, и подключение антипсихотических средств с дезингибирующей активностью с целью создания оптимального лекарственного режима для проведения психотерапии, налаживания интерперсональных связей и социально-трудовой реабилитации.

С учетом того, что шизофрения обычно характеризуется хроническим и рецидивирующим течением, у большинства больных требуется переход к следующему третьему этапу – длительной амбулаторной или противорецидивной терапии, которая направлена на удержание стабильной ремиссии, предотвращение развития новых психотических эпизодов (приступов) и замедление темпа прогрессивности заболевания. Этот этап прежде всего определяется спонтанными тенденциями течения процесса и частотой приступообразования. Обычно после двух и более психотических эпизодов терапия проводится неопределенно долго, но не менее 1-2 лет, чтобы можно было оценить ее эффективность. Этап включает в себя сохранение достигнутой редукции позитивной симптоматики, влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, а также поддержание высокого уровня социального функционирования пациента.

Основания для госпитализации: проявления возбуждения и агрессии, дезорганизованное поведение, выраженность психотических симптомов, высокий риск суицида, первичный психоз с необходимостью дообследования и первичного подбора терапии, тяжелая сопутствующая соматическая патология, затрудняющая подбор лечения, проявления резистентности и интолерантности к терапии, недоступность адекватной амбулаторной помощи по месту жительства, выраженная социальная дезадаптация с невозможностью удовлетворить основные жизненные потребности.

Основания для выписки: стабилизация состояния с редукцией психотической симптоматики, минимизация рисков суицида и агрессии.

Дополнительная информация

Факторы (предикторы) способствующие неблагоприятному течению:

- злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами,
- низкая приверженность к лечению,
- отсутствие семейной/ социальной поддержки,
- отсутствие социально-реабилитационных мероприятий,

- длительный период от начала заболевания до начала терапии (период «нелеченого психоза»), наличие длительного дистресса,
- никотиновая зависимость.

Рекомендуемые дозы препаратов, применяемые при лечении шизофрении

Препарат	Рекомендуемая суточная доза, мг/сут
Антипсихотические средства	
Алимемазин	5-400
Амисульприд	50-1200
Арипипразол	10-30
Галоперидол	1,5-60 п/о, 7,5-15 в/м и в/в инфузии в 3 приема
Дроперидол	2,5-5 в/м и в/в инфузии
Зипрасидон	40-160
Зуклопентиксол	2-75
Карипразин	1,5-6
Кветиапин	25-750
Клозапин	25-600
Луразидон	40-160
Левомепромазин	25-300 п/о, 75-250 в/м, 50-100 в/в инфузии
Оланзапин	5-20
Перициазин	10-200
Перфеназин	12-64
Палиперидон	3-12
Промазин	25-250
Рисперидон	2-8
Сертиндол	4-20
Сульпирид	100-1600 п/о, 100-800 в/м
Тиаприд	50-300 п/о, 400-1200 в/м
Трифлуоперазин	2-40 п/о, 2-10 в/м
Тиоридазин	50-800
Флупентиксол	1-40
Хлорпротиксен	50-600
Хлорпромазин	25-600 п/о и в/м, до 250 в/в инфузии
Антидепрессанты	
Амитриптилин	25-300 п/о, до 150 мг в/м
Венлафаксин	75-375
Имипрамин	25-200
Кломипрамин	25-250 п/о и 25-150 в/м и в/в инфузии
Миансерин	30-90
Миртазапин	15-45
Пароксетин	20-60
Сертралин	50-200
Циталопрам	20-60
Флувоксамин	50-300
Флуоксетин	20-60

Эсциталопрам	10-20
Производные бензодиазепина	
Алпразолам	0,75-6
Бромдигидрохлорфенил-бензодиазепин	1-8 п/о, в/м и в/в инфузии
Диазепам	5-30
Клоназепам	1-4
Лоразепам	2-7,5 п/о
Мидазолам	3,5-7,5 в/м
Антихолинергические средства	
Бипериден	1-16 п/о, в/м и в/в инфузии
Тригексифенидил	1-16
Противоэпилептические препараты	
Вальпроевая кислота	500-3000
Карбамазепин	100-1600
Прометазин	25-150 п/о и в/м
Кетамин	4-8 мг/кг в/м
Дексмететомидин	0,2-1,4 мкг/кг/час в/в инфузии

Эквивалентные дозировки антипсихотических средств

Препарат	Дозировки, эквив. оланзапину 1мг	Дозировки, эквив. хлорпромазину 100 мг
Арипипразол	1,33	4
Галоперидол	0,6	1,6
Зипрасидон	5,33	16
Карипразин	0,3	0,9
Кветиапин	20	60
Клозапин	40	120
Луразидон	5,33	16
Оланзапин	1	3
Палиперидон	0,4	1,2
Перфеназин	3,5	8,9
Рисперидон	0,27	0,8
Сертиндол	1,60	4,8
Тиоридазин	37,1	95,3
Трифлуоперазин	1,1	2,8
Флуфеназин	0,5	1,2
Хлорпромазин	38,9	100
Хлорпротиксен	17,1	43,9

Примерные дозы и длительность действия антипсихотиков пролонгированного действия

Название препарата	Доза, мг	Длительность действия
Галоперидол	50-300	4 нед.
Зуклопентиксол	50-150	2-3 сут.
Зуклопентиксол	200-500	2-3 нед.
Палиперидон	75-150	4 нед.
Палиперидон	175-525	3 мес.

Рisperидон	25-50	2 нед.
Флупентиксол	20-200	2-3 нед.
Флуфеназина	25-100	2-4 нед.

Информация для пациента

Шизофрения - психическое расстройство, характеризующееся сочетанием продуктивной (психотической) и негативной (апатия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.).

Причина развития шизофрении до настоящего времени остается неизвестной. Результаты исследований показывают, что симптомы заболевания вызываются нарушением биохимических процессов в дофаминергической и глутаматной системах мозга, которые обеспечивают различные формы его деятельности: управление функцией восприятия, мышлением, эмоциями и памятью. Шизофренией страдает приблизительно 1% населения.

При этом не установлено каких-либо культуральных, этнических или географических различий в распространенности этого заболевания. В большинстве случаев оно начинается в возрасте от 15 до 35 лет.

Диагностика шизофрении

Диагноз ставится на основании клинической психиатрической оценки, которая базируется на совокупности данных об истории заболевания, последовательности формирования симптомов и семейном анамнезе. Для такой оценки часто очень важными и полезными являются сведения, предоставленные близкими пациенту людьми. Диагностика основывается на выявлении характерных признаков заболевания. Для подтверждения диагноза необходимо исключить наличие других заболеваний, которые могут вызывать подобные симптомы.

Диагностикой и лечением шизофрении занимаются специалисты врачи-психиатры.

Лечение шизофрении

Основным методом лечения шизофрении являются лекарственная терапия.

Чем раньше выявлено заболевание и начато лечение, тем больше шансов приостановить заболевание, тем меньше ущерба оно успеет принести заболевшему и его близким.

Ключевой целью терапии шизофрении является достижение состояния ремиссии, под которым понимается полное или существенное разрешение болезненных симптомов с достижением, по возможности, доболезненного уровня социальной активности. На сегодняшний день эта цель достижима только при условии длительной непрерывной лекарственной терапии, как, впрочем, и при множестве других хронических заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и т.п.). Для подбора терапии на первом этапе требуется довольно длительный регулярный контакт с врачом, который должен осуществляться в режиме амбулаторного наблюдения. Минимальный период времени, необходимый для оценки эффективности препарата, составляет 4-6 недель. В последующем лекарственная терапия продолжается неопределенно долго в зависимости от клинического эффекта. Вопрос об отмене такой терапии может ставиться не ранее, чем через 1 год после первого приступа заболевания и 5 лет при повторных приступах, при условии, что за этот период не наблюдалось признаков болезни. В то же время, следует помнить, что отмена терапии даже после многолетнего «стабильного» периода связана с риском возобновления

заболевания. Препараты для проведения столь длительной терапии должны подбираться таким образом, чтобы они не вызывали дискомфорта, связанного с их побочными эффектами. Переносимость лекарственных препаратов у всех людей различная и определяется особенностями индивидуальной чувствительности. В случае, если первоначально назначенный препарат вызывает побочные эффекты, он должен быть заменен на другой, но лечение должно продолжаться. Арсенал современных лекарственных средств позволяет добиваться значительных успехов в достижении поставленной цели. В подавляющем большинстве побочные эффекты обратимы и исчезают после отмены препарата. Вопросы, связанные с переносимостью лекарства, нужно обсудить с Вашим врачом.

Кроме фармакотерапии обязательным элементом оказания помощи является психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, направленные на возможно более полное социально-личностное восстановление человека, перенесшего приступ данного заболевания, улучшение его качества жизни. Кроме того, психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия позволяют осуществлять профилактику повторных приступов и обострений заболевания. Этой же цели служит диспансерное наблюдение: регулярные осмотры специалистов и коррекция терапевтической тактики позволяют избежать неблагоприятных последствий болезни.

Шкала положительных синдромов (П)

П1. БРЕД

Ложное умозаключение, убеждение в необоснованных, нереалистичных и идиосинкратичных (необычных) идеях. оценивается по содержанию мыслей, высказанных в беседе, и их влиянию на социальные отношения и поведение больного (по данным медицинского персонала и родственников).

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: наличие одной или двух нечетких, мало оформленных и неустойчивых бредовых идей, не нарушающих мышление, поведение и отношения больного с другими людьми.
4. *Умеренная выраженность*: калейдоскопическое чередование многих мало оформленных и неустойчивых бредовых идей или наличие нескольких четко оформленных идей, которые изредка мешают нормальному мышлению больного и отражаются на его отношениях с другими людьми и поведении.
5. *Сильная выраженность*: наличие многочисленных, четко оформленных и устойчивых бредовых идей, которые периодически отражаются на мышлении, социальных отношениях и поведении больного.
6. *Очень сильная выраженность*: наличие комплекса оформленных, нередко систематизированных, устойчивых бредовых идей, которые заметно нарушают процесс мышления, отношения больного с другими людьми и его поведение.
7. *Крайняя степень выраженности*: наличие устойчивого комплекса многочисленных или детально систематизированных бредовых идей, оказывающих существенное влияние на основные аспекты жизни больного, что приводит к неадекватным и безответственным поступкам, представляющим в некоторых случаях опасность для больного и окружающих.

П2. КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ

Дезорганизация процесса мышления, характеризующаяся разорванностью целенаправленного потока мыслей, т. е. излишней детализацией (обстоятельностью), поверхностностью, резонерством, соскальзываниями, аморфностью ассоциаций, непоследовательностью, паралогичностью или «закупоркой мыслей» (шперрунгами). оценивается по состоянию мыслительно-речевого процесса в беседе.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: мышление обстоятельное, поверхностное, паралогичное или с соскальзываниями («ответы по касательной»). Больной испытывает некоторые затруднения в целенаправленном мышлении (при попытке сосредоточиться на одной мысли), при проявлении врачом настойчивости могут появляться случайные ассоциации.
4. *Умеренная выраженность*: при конкретном и кратковременном общении сохраняется способность сосредоточиваться на определенных мыслях, однако при малейшем давлении или в более сложных ситуациях мышление становится аморфным (расплывчатым), лишенным целенаправленности.
5. *Сильная выраженность*: больной почти всегда испытывает трудности в организации целенаправленного потока мыслей, что проявляется в соскальзываниях, непоследовательности,

расплывчатости, некоторой потери связности мышления даже при отсутствии давления со стороны.

6. *Очень сильная выраженность*: мыслительная деятельность серьезно расстроена и бессистемна; практически постоянно отмечаются отчетливые непоследовательность и разорванность мышления.

7. *Крайняя степень выраженности*: разорванность мышления достигает степени бессвязности (инкогеренции). Имеет место выраженное разрыхление ассоциативных связей, приводящее к полной утрате способности к общению, вплоть до «словесной окрошки» или мутизма.

ПЗ. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Высказывания или поведение, указывающие на восприятие без соответствующего внешнего раздражителя. Патологическое восприятие может иметь место в слуховой, зрительной, обонятельной или соматической сферах. оценивается по устным сообщениям или внешним проявлениям во время беседы, а также по сведениям, полученным от медицинского персонала или родственников больного.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая степень выраженности*: одна-две редкие, но отчетливые галлюцинации или несколько смутных патологических восприятий, не сказывающихся на мышлении и поведении больного.

4. *Умеренная выраженность*: частые, но не постоянные галлюцинации, мышление и поведение больного нарушено незначительно.

5. *Сильная выраженность*: частые галлюцинации, затрагивающие иногда более одной чувственной сферы и заметно нарушающие мышление и/или поведение. возможна бредовая интерпретация галлюцинаторных переживаний с соответствующим эмоциональным и иногда вербальным сопровождением.

6. *Очень сильная выраженность*: практически непрерывные галлюцинации, существенно нарушающие мышление и поведение больного. Расстройства восприятия переживаются как реально происходящие события с частыми эмоциональными и вербальными реакциями на них, резко затрудняющими адаптационные возможности больного.

7. *Крайняя степень выраженности*: личность больного практически полностью охвачена галлюцинациями, которые, по сути, определяют направление его мышления и поведение. Галлюцинации сопровождаются устойчивой бредовой интерпретацией, вербальными и поведенческими реакциями, в том числе и полным подчинением императивным галлюцинациям.

П5. ИДЕИ ВЕЛИЧИЯ

Повышенная самооценка и необоснованная убежденность в своем превосходстве, включая бредовые идеи обладания особыми способностями, богатством, знаниями, славой, властью и моральной правотой. оценивается по содержанию мыслей, выявляемых в беседе, и их отражению в поведении больного (по данным медицинского персонала и родственников).

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая степень выраженности*: отмечаются некоторая экспансивность и хвастливость. Четко оформленные идеи величия не обнаруживаются.

4. *Умеренная выраженность*: явное и нереалистичное чувство превосходства над другими; возможны мало оформленные бредовые идеи особого положения или способностей, которые, однако, не определяют поведения больного.

5. *Сильная выраженность*: четко оформленные идеи выдающихся способностей, власти или исключительного положения, которые оказывают влияние на формирование установок, но не проявляются в поведении.

6. *Очень сильная выраженность*: четко оформленные бредовые идеи превосходства сразу по нескольким параметрам (богатство, знания, слава и т. д.) проявляются не только в высказываниях, но и в отношениях с другими людьми, а также в некоторых действиях. 7.

Крайняя степень выраженности: мышление, взаимоотношения с другими людьми и поведение практически полностью определяются множественными бредовыми идеями необычайных способностей, богатства, знаний, славы и/или моральных достоинств, которые могут приобретать нелепый характер.

П6. ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ, ИДЕИ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ

Необоснованные или преувеличенные идеи преследования, проявляющиеся в чувстве настороженности, недоверии, подозрительной бдительности и более явном бредовом убеждении во враждебном отношении окружающих. оценивается по содержанию высказанных во время беседы мыслей и их влиянию на поведение больного, в том числе по данным медицинского персонала и родственников.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: больной проявляет настороженность или даже открытое недоверие, но мышление, поведение и взаимоотношения с другими людьми практически не нарушены.

4. *Умеренная выраженность*: недоверие настолько заметно, что затрудняет беседу с врачом и отражается на поведении больного. тем не менее бред преследования отсутствует. С другой стороны, у части больных могут наблюдаться мало оформленные бредовые идеи преследования, видимо, не влияющие на поведение и межличностные взаимоотношения.

5. *Сильная выраженность*: недоверие настолько сильно, что приводит к разрыву отношений с другими людьми. Могут наблюдаться оформленные бредовые идеи преследования, несколько изменяющие характер отношений с людьми и поведение больного.

6. *Очень сильная выраженность*: оформленный бред преследования, имеющий тенденцию к расширению, систематизации и значительно нарушающий отношения больного с другими людьми.

7. *Крайняя степень выраженности*: разветвленный комплекс систематизированных бредовых идей преследования, практически полностью определяющий образ мыслей, социальные отношения и поведение больного.

П7. ВРАЖДЕБНОСТЬ

Вербальные или иные проявления гнева и неприязненного отношения, в том числе и сарказм, пассивно-агрессивное поведение, угрозы и открытое нападение. оценивается по поведению во время беседы и по сведениям, полученным от медперсонала и родственников.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: не прямые или скрытые проявления гневливости, например, сарказм, неуважение, враждебные высказывания, эпизоды раздражительности.

4. *Умеренная выраженность*: открытая враждебная настроенность, быстрая раздражительность и прямые проявления гнева или негодования.

5. *Сильная выраженность*: больной крайне раздражителен, иногда прибегает к словесным оскорблениям и угрозам.

6. *Очень сильная выраженность*: контакт с больным затруднен вследствие словесных оскорблений и угроз, что также существенно нарушает отношения с другими людьми. Больной может быть настроен воинственно и иметь склонность к разрушительному поведению, однако физического нападения на людей не совершает.

7. *Крайняя степень выраженности*: сильный гнев с практически полным отсутствием контакта с врачом и другими людьми или эпизоды нападения на людей.

Шкала негативных синдромов (Н)

Н1. ПРИТУПЛЕННЫЙ АФФЕКТ

Сниженная эмоциональность, выражающаяся в уменьшении экспрессивности мимики, неспособности к проявлению чувств и коммуникативной жестикуляции. оценивается по наблюдению за физическими проявлениями аффективной выразительности и эмоциональности больного во время беседы.

1. **Отсутствует**: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. **Очень слабая выраженность**: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. **Слабая выраженность**: мимика и коммуникативная жестикуляция кажутся напыщенными, вымученными, искусственными или обедненными.

4. **Умеренная выраженность**: уменьшение диапазона экспрессивности лица и жестикуляции определяет характерный «скучающий» (невыразительный) внешний вид.

5. **Сильная выраженность**: аффект обычно притуплен (уплощен), мимика скудная, жестикуляция обеднена.

6. **Очень сильная выраженность**: значительная притупленность аффекта и недостаточность эмоциональных реакций наблюдаются большую часть времени. Иногда возможны чрезвычайно сильные, неконтролируемые аффективные разряды в виде возбуждения, вспышек ярости или беспричинного смеха.

7. **Крайняя степень выраженности**: мимические модуляции и коммуникативная жестикуляция практически отсутствуют. выражение лица постоянно безразличное или застывшее («деревянное»).

Н2. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОТГОРОЖЕННОСТЬ

1. **Отсутствует**: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. **Очень слабая выраженность**: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. **Слабая выраженность**: больной недостаточно инициативен в общении.

4. **Умеренная выраженность**: при поощрении вовлекается в общение и деятельность.

5. **Сильная выраженность**: больной не поддается вовлечению в общение, трудовую деятельность.

6. **Очень сильная выраженность**: явное безразличие к окружающим, пренебрежение собственными нуждами (нуждается в уходе).

7. **Крайняя степень выраженности**: отгорожен, недоступен.

Н3. ТРУДНОСТИ В ОБЩЕНИИ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ РАППОРТ, НЕКОММУНИКАбельность)

Отсутствие сопереживания, открытости, откровенности в разговорах с людьми, интереса или участия к собеседнику, что проявляется в затруднении налаживания межперсональных контактов, уменьшении объема вербального и невербального общения. оценивается по характеру поведения и отношению больного к врачу в процессе беседы.

1. **Отсутствует**: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. **Очень слабая выраженность**: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. Слабая выраженность: в общении с больным ощущается некоторая искусственность, натянутость, высокопарность. Речи больного не хватает эмоциональной глубины, она часто носит обезличенный, характер.
4. Умеренная выраженность: больной, как правило, выглядит отчужденным, держит дистанцию с собеседником, на вопросы отвечает механически, его поведение выражает скуку или отсутствие интереса к беседе.
5. Сильная выраженность: явная отчужденность и незаинтересованность больного в беседе затрудняют продуктивный контакт с ним. Больной старается избегать смотреть в глаза собеседника.
6. Очень сильная выраженность: больной в высшей степени безразличен к окружающему, держит себя на расстоянии от собеседника, избегает смотреть ему в глаза и не выдерживает ответного взгляда. Ответы односложные, поверхностные. Попытки невербального контакта с больным практически остаются без ответа.
7. Крайняя степень выраженности: больного не удастся вовлечь в беседу, он выглядит абсолютно безразличным, упорно избегает вербального и невербального контактов с собеседником.

Н4. ПАССИВНО-АПАТИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ОТГОРОЖЕННОСТЬ

Снижение интереса и инициативы в социальных отношениях вследствие пассивности, апатии, утраты энергии и волевых побуждений, что приводит к уменьшению общительности и пренебрежению к повседневной деятельности. оценивается по сведениям о социальном поведении больного, полученным от медперсонала и родственников.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: временами проявляет интерес к социальному общению, но мало инициативен. вступает в контакты с другими людьми только по инициативе последних.
4. *Умеренная выраженность*: пассивно, механически, без интереса участвует в большинстве видов социальной активности, старается держаться в тени.
5. *Сильная выраженность*: принимает пассивное участие в очень узком круге мероприятий, практически не проявляя интереса к ним или инициативы. Проводит мало времени в общении с другими людьми.
6. *Очень сильная выраженность*: больной большую часть времени апатичен, стремится к самоизоляции, очень редко проявляет какую-либо социальную активность и временами пренебрежительно относится к собственным нуждам. лишь от случая к случаю сам вступает в социальные контакты.
7. *Крайняя степень выраженности*: больной глубоко апатичен, социально изолирован, пренебрегает собственными нуждами.

Н5. НАРУШЕНИЯ АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ

Расстройство абстрактно-символического мышления, проявляющееся в затруднении классифицирования и обобщения, а также в неспособности уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач. оценивается по ответам на вопросы о смысловой общности предметов и понятий, интерпретации пословиц и преобладанию конкретного мышления над абстрактным в процессе беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: отмечается тенденция давать буквальную или лично окрашенную интерпретацию сложных пословиц, возможны затруднения при толковании абстрактных или отвлеченных понятий.

4. *Умеренная выраженность*: больной часто прибегает к конкретному мышлению, испытывает затруднения при интерпретации большинства пословиц и некоторых абстрактных понятий. склонен отвлекаться на функциональные аспекты и наиболее явные признаки.

5. *Сильная выраженность*: мышление преимущественно конкретное, больной испытывает трудности при интерпретации большинства пословиц и понятий.

6. *Очень сильная выраженность*: больной не способен понять абстрактный смысл ни одной из предложенных пословиц или образных выражений, классифицирует по функциональному сходству только самые элементарные предметы. Мышление полностью выхолощено или ограничивается функциональными аспектами, наиболее явными признаками или идиосинкратическими (нелепыми) интерпретациями.

7. *Крайняя степень выраженности*: у больного сохраняется только конкретное мышление, полностью отсутствует понимание пословиц, распространенных метафор или сравнений и простых понятий, исчезает способность к классификации предметов и явлений даже на основе наиболее явных признаков и функциональных свойств. Этим баллом можно также оценивать больных, беседа с которыми практически невозможна из-за резко выраженных когнитивных нарушений.

Н6. НАРУШЕНИЯ СПОНТАННОСТИ И ПЛАВНОСТИ ОБЩЕНИЯ

Затруднение нормального общения вследствие апатии, снижения волевых побуждений, оборонительной позиции или когнитивного дефицита, что проявляется в расстройстве плавности и продуктивности вербально-коммуникативного процесса. оценивается по нарушениям когнитивно-вербальных функций в процессе беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: больной мало инициативен во время беседы, его ответы кратки и лишены подробностей, для получения информации приходится задавать прямые и наводящие вопросы.

4. *Умеренная выраженность*: общение с больным лишено плавности и носит неравномерный или сбивчивый характер. Для получения адекватных ответов и продолжения беседы часто приходится задавать наводящие вопросы.

5. *Сильная выраженность*: беседа явно страдает недостатком спонтанности и откровенности со стороны больного, ответы на вопросы ограничиваются одним или двумя короткими предложениями.

6. *Очень сильная выраженность*: ответы больного сводятся к нескольким словам или коротким фразам, направленным на прекращение беседы или резкое сокращение объема общения с врачом (например, «я не знаю», «я не могу говорить об этом»). в результате этого беседа сильно затруднена и непродуктивна.

7. *Крайняя степень выраженности*: вербальное общение крайне ограничено и, в основном, сводится к случайным высказываниям, беседа с больным не возможна.

Н7. СТЕРЕОТИПНОЕ МЫШЛЕНИЕ

Нарушение плавности, спонтанности и гибкости мышления, проявляющееся в ригидности, повторяемости или выхолощенности (бессодержательности) мыслей. Оценивается по характеру когнитивно-вербального процесса во время беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: обнаруживается некоторая ригидность установок и представлений. Больной может отказываться от рассмотрения альтернативных соображений или испытывать затруднения при переключении от одной мысли к другой.
4. *Умеренная выраженность*: беседа все время возвращается к одной и той же теме, больной с трудом переключается на другую тему.
5. *Сильная выраженность*: ригидность и стереотипность мышления выражены настолько сильно, что беседа, несмотря на противодействие врача, ограничивается двумя или тремя преобладающими темами.
6. *Очень сильная выраженность*: неконтролируемое повторение требований, заявлений, отдельных мыслей или вопросов, что значительно затрудняет беседу.
7. *Крайняя степень выраженности*: в мышлении, поведении и разговоре доминируют постоянно повторяемые идеи или отдельные фразы, что приводит к выраженной ригидности, неадекватности и резкой ограниченности общения больного.

Шкала общей психопатологии (О)

О1. СОМАТИЧЕСКАЯ ОЗАБОЧЕННОСТЬ

Жалобы на физическое здоровье или убежденность в наличии соматического заболевания или расстройства, которые могут варьировать от неопределенных болезненных ощущений до отчетливого бреда катастрофического (смертельного) соматического заболевания. оценивается на основании высказываний больного в процессе интервью.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: заметная обеспокоенность своим здоровьем или физическим состоянием, проявляющаяся в задаваемых время от времени вопросах и в желании получить поддержку врача.
4. *Умеренная выраженность*: жалобы на плохое здоровье или расстройство отдельных функций организма, однако бредовой убежденности нет, состояние может быть преодолено приободрением и переубеждением больного.
5. *Сильная выраженность*: больной часто или постоянно жалуется на физическое заболевание или расстройство функций организма. Могут отмечаться одна или две бредовые идеи на эту тему, полностью не определяющие мысли и поведение больного.
6. *Очень сильная выраженность*: больной в достаточной степени поглощен одной или несколькими отчетливыми бредовыми идеями физического заболевания или органического поражения различных функций организма. однако полной охваченности личности, в том числе ее аффективной сферы, бредовыми идеями не наблюдается. врачу с трудом удастся отвлечь больного от этих мыслей.
7. *Крайняя степень выраженности*: многочисленные и часто высказываемые бредовые идеи соматического заболевания или несколько бредовых идей катастрофического исхода болезни, полностью поглощающие мысли и чувства больного.

О2. ТРЕВОГА

Субъективное переживание нервозности, беспокойства, опасений и предчувствий каких-либо неприятностей, варьирующее от чрезмерной обеспокоенности своим настоящим или будущим до реакций паники. оценивается на основе информации, полученной во время беседы, и по соответствующим физическим проявлениям.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: больной сообщает о некотором волнении, озабоченности или субъективном беспокойстве, что не сопровождается, однако, какими бы то ни было соматическими и поведенческими реакциями.
4. Умеренная выраженность: больной сообщает о повышенной нервозности, беспокойстве, которые сопровождаются появлением легких физических признаков, таких как мелкоразмашистый тремор рук, потливость.
5. Сильная выраженность: больной сообщает о наличии тревоги, что сопровождается появлением соматических и поведенческих реакций, таких как заметная напряженность, ослабление концентрации внимания, сердцебиение или нарушения сна.
6. Очень сильная выраженность: почти постоянное субъективное переживание страха, сопровождающееся фобиями, выраженным беспокойством и разнообразными соматическими проявлениями.
7. Крайняя степень выраженности: жизнь больного в значительной степени нарушена практически постоянным чувством тревоги, которая иногда может переходить в приступы паники.

ОЗ. ЧУВСТВО ВИНЫ

Чувство раскаяния или самообвинения по поводу имевших место в прошлом реальных или воображаемых проступков. оценивается на основании сообщений больного во время беседы о наличии чувства вины и по степени влияния последнего на жизненные установки и мышление.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: расспрос выявляет наличие смутного чувства вины и идей самообвинения по поводу незначительного проступка, что, однако, не сильно занимает больного.
4. *Умеренная выраженность*: больной выражает явную обеспокоенность по поводу какого-то реального проступка в своей жизни, что, однако, не отражается на поведении больного и не занимает полностью его внимания.
5. *Сильная выраженность*: больной испытывает сильное чувство вины с идеями самоуничтожения или наказания. Чувство вины может быть связано с развитием бреда, может возникать спонтанно, может служить источником озабоченности и/или подавленного настроения и не ослабевает после беседы с врачом.
6. *Очень сильная выраженность*: устойчивые идеи вины достигают бредового уровня и сопровождаются чувством безнадежности и собственной никчемности. Больной убежден, что он должен быть скоро наказан за свои проступки и может расценивать происходящие события в качестве такой меры наказания.
7. *Крайняя степень выраженности*: вся жизнь пациента подчинена неопровержимой идее своей вины. Считает, что заслуживает сурового наказания вплоть до пожизненного тюремного заключения, пыток или смерти. одновременно могут возникать мысли о самоубийстве или склонность объяснять встающие перед другими людьми проблемы собственными прошлыми проступками.

О5. МАНЕРНОСТЬ И ПОЗА

неестественные движения и /или позы, что придает манере поведения больного неуклюжий, напыщенный, диспластичный (дезорганизованный) или эксцентричный (нелепый) характер. оценивается на основании наблюдения за физическими проявлениями расстройства во время беседы, а также по сведениям, полученным от родственников и медперсонала.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: некоторая неуклюжесть (неловкость) движений или небольшая напряженность (ригидность) позы.
4. *Умеренная выраженность*: заметная неуклюжесть или диспластичность (нескоординированность) движений, на короткое время больной может принимать неестественные позы.
5. *Сильная выраженность*: больной временами совершает странные, похожие на ритуальные движения или застывает в неестественных, искаженных позах на более длительные периоды времени.
6. *Очень сильная выраженность*: частое повторение нелепых, «ритуальных» движений, манерность или стереотипные движения; застывание в неестественных (вычурных) позах может наблюдаться на протяжении длительного времени.
7. *Крайняя степень выраженности*: нормальное функционирование серьезно нарушено из-за практически постоянного совершения больным ритуальных и стереотипных движений, выраженной манерности или длительного застывания в неестественных позах.

06. ДЕПРЕССИЯ

Переживание печали, уныния, беспомощности и пессимизма. оценивается на основании сообщений больного о своем настроении в период беседы и соответствующих изменений в межперсональных взаимоотношениях и поведении больного.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: субъективные ощущения грусти и подавленного настроения удастся выявить только при прицельном расспросе; внешний вид и поведение не меняются.
4. *Умеренная выраженность*: отчетливые переживания печали или безнадежности, о которых больной может говорить по собственной инициативе, но которые, однако, существенным образом не сказываются на поведении и социальной активности больного. Больной обычно поддается приободрению.
5. *Сильная выраженность*: явно подавленное настроение с переживанием печали, пессимизмом, утратой жизненных интересов, психомоторной заторможенностью, а также некоторыми нарушениями сна и аппетита. Приободрить больного удастся с трудом.
6. *Очень сильная выраженность*: резко подавленное настроение с устойчивыми переживаниями безнадежности, никчемности, собственной ничтожности; временами больной плачет. одновременно наблюдаются значительное ухудшение сна и аппетита, снижение двигательной активности, нарушение социальных функций, возможны упущения в самообслуживании.
7. *Крайняя степень выраженности*: депрессивные переживания значительно нарушают жизнедеятельность больного. Наблюдаются выраженные соматические расстройства, психомоторная заторможенность, потеря всех социальных интересов, упущения в самообслуживании, нарушается концентрация внимания. Больной часто плачет; возможно развитие депрессивных или нигилистических бредовых идей, а также суицидальных мыслей и действий.

07. МОТОРНАЯ ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ

снижение двигательной активности, проявляющееся в замедлении движений и темпа речи, вялой реакции на раздражители и уменьшении физического тонуса. оценивается как по поведению во время беседы, так и со слов медперсонала и родственников.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: легкое, но заметное замедление движений и речи. возможно некоторое снижение продуктивности в разговоре и жестикуляции.
4. *Умеренная выраженность*: движения больного явно замедлены, речь может быть малопродуктивна, больной подолгу задумывается при ответах на вопросы, в разговоре появляются продолжительные паузы и замедленный темп.
5. *Сильная выраженность*: двигательная активность резко понижена, что делает общение с больным непродуктивным и мешает выполнению им своих социальных и профессиональных обязанностей. Больной подолгу лежит или сидит.
6. *Очень сильная выраженность*: движения крайне замедлены, двигательная и речевая активность минимальны. Целые дни больной проводит в бесцельном сидении или лежа в постели.
7. *Крайняя степень выраженности*: больной практически полностью неподвижен и мало реагирует на внешние раздражители.

08. ОТКАЗ ОТ СОТРУДНИЧЕСТВА (МАЛОКОНТАКТНОСТЬ, МАЛООБЩИТЕЛЬНОСТЬ)

Активный отказ от сотрудничества и выполнения указаний врача, медперсонала или родственников, что может быть связано с недоверием, оборонительными реакциями, упрямством, негативизмом, отрицанием авторитетов, враждебностью или воинственностью. оценивается по поведению во время беседы, а также на основании информации, полученной от медперсонала и родственников.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: больной подчиняется требованиям, проявляя при этом неудовольствие, нетерпение или саркастическое отношение. старается избегать разговоров на нежелательные темы.
4. *Умеренная выраженность*: временами больной откровенно отказывается выполнять элементарные требования общежития, например, убирать постель, следовать распорядку дня и т. п.; может давать враждебные и негативистические оборонительные реакции, что, однако, в большинстве случаев не исключает возможность договориться с ним.
5. *Сильная выраженность*: больной часто не выполняет правила общежития; окружающие характеризуют его как «изгоя» или как человека с сильно нарушенной способностью к общению. в беседе раздражителен или отгорожен. старается уйти от ответа на многие вопросы.
6. *Очень сильная выраженность*: больной всячески противодействует сотрудничеству, установлению контакта, проявляет активный негативизм, а иногда бывает настроен враждебно. он отказывается следовать большинству правил общежития и часто не желает начинать или заканчивать беседу.
7. *Крайняя степень выраженности*: активное сопротивление в значительной степени препятствует выполнению практически всех важных социальных функций. возможен отказ от участия в какой-либо социальной деятельности, включая правила личной гигиены, беседы с родственниками или медперсоналом. с больным затруднен даже кратковременный диалог.

09. НЕОБЫЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ МЫСЛЕЙ

Мышление характеризуется возникновением странных, фантастических или эксцентричных идей, варьирующих по содержанию от нетипичных или оторванных от жизни до искаженных противоестественных или явно абсурдных. оценивается по содержанию мыслей, высказанных больным во время беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: несколько странное или идиосинкратическое (не соответствующее общепринятому) содержание мыслей или употребление известных идей в необычном контексте.
4. *Умеренная выраженность*: частое искажение мыслей, иногда достигающее уровня эксцентричных.
5. *Сильная выраженность*: больной высказывает много странных и фантастических мыслей (например, считает себя приемным сыном короля или что он только что избежал смерти), а иногда и явно нелепых (например, что он имеет сотни детей, принимает сигналы из космоса через зубную пломбу).
6. *Очень сильная выраженность*: больной высказывает множество алогичных, абсурдных или крайне эксцентричных идей (например, что имеет три головы, что он пришелец с другой планеты).
7. *Крайняя степень выраженности*: мышление перегружено нелепыми, эксцентричными и фантастическими идеями.

О10. ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ

утрата представлений о своих взаимоотношениях с действительностью, включая место, время и окружающих людей, вследствие спутанности сознания или отгороженности от реальности. оценивается на основании целенаправленного расспроса больного.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: общая ориентировка в целом сохранена; больной испытывает затруднения в некоторых частных вопросах. например, он может знать, где проживает, но путается в точности адреса, узнает в лицо медперсонал, но не знает, чем они занимаются; знает месяц, но путает дни недели или, по крайней мере, на два дня ошибается в датах. Иногда может отмечаться сужение круга осведомленности больного: он может ориентироваться в ближайшем окружении, но не за его пределами. например, больной знает персонал, с которым ему приходится иметь дело, но не знает фамилии политических деятелей (мэра, губернатора, президента).
4. *Умеренная выраженность*: больной не всегда узнает людей и правильно называет место или время пребывания. например, он может знать, что находится в больнице, но не знает ее названия; знает название города, но не знает названия области, района или улицы; знает имя лечащего врача, но не знает имен многих других обслуживающих его лиц; может назвать год и сезон, но путается в определении месяца.
5. *Сильная выраженность*: больной с большим трудом узнает людей, имеет очень слабое представление о своем местонахождении, большинство окружающих кажутся ему незнакомыми. он может более или менее правильно назвать год, но не знает текущий месяц, день недели или даже время года.
6. *Очень сильная выраженность*: больной практически полностью не узнает людей, не знает времени и места своего нахождения. например, он не представляет, где находится, более чем на год ошибается в определении даты, с трудом может назвать имена одного или двух окружавших его в последнее время людей.
7. *Крайняя степень выраженности*: больной полностью утратил ориентировку в отношении людей, места и времени, находится в полном неведении или неправильно представляет свое

местонахождение, текущий год, не узнает самых близких людей: родителей, мужа (жену), друзей, а также лечащего врача.

О11. НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Расстройство целенаправленного внимания, проявляющееся в недостатке сконцентрированности, повышенной отвлекаемости на внутренние и внешние стимулы, трудностях сосредоточения, поддержания, переключения внимания на новые объекты. оценивается на основании наблюдения за больным на протяжении беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: ограниченная способность концентрировать внимание, проявляющаяся в некоторой отвлекаемости или ослаблении внимания в конце беседы.
4. *Умеренная выраженность*: беседа с больным затруднена из-за повышенной отвлекаемости, невозможности подолгу поддерживать внимание на заданной теме или, наоборот, быстро переключаться на новые темы.
5. *Сильная выраженность*: общение с больным серьезно нарушено из-за слабой концентрации внимания, частой отвлекаемости и/или плохой переключаемости на другие темы.
6. *Очень сильная выраженность*: внимание больного удается привлечь лишь на короткое время или с большим трудом, вследствие его частого отвлечения на внутренние переживания или посторонние внешние раздражители.
7. *Крайняя степень выраженности*: внимание столь расстроено, что становится невозможной даже кратковременная беседа.

О12. СНИЖЕНИЕ КРИТИЧНОСТИ И ОСОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ

Недостаточная осведомленность или понимание своего психического состояния и сложившейся жизненной ситуации, что проявляется в неспособности признать наличие заболевания или его симптомов в прошлом и настоящем, отрицании необходимости психиатрической госпитализации или лечения, принятии решений без достаточного учета их последствий, построении нереальных ближайших и долгосрочных планов на будущее. оценивается по содержанию мыслей, высказанных больным во время беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. *Слабая выраженность*: больной признает наличие психического заболевания, но недооценивает его тяжесть, необходимость лечения или профилактики. Может нарушаться способность адекватного планирования своих действий на будущее.
4. *Умеренная выраженность*: больной имеет лишь смутное или формальное (поверхностное) представление о своем заболевании. временами он может отрицать его наличие или не понимать, в чем заключаются основные симптомы заболевания, такие как бред, расстройства мышления, подозрительность или социальная отгороженность. Больной может признавать необходимость лечения лишь по поводу таких проявлений, как тревога, напряженность и нарушения сна.
5. *Сильная выраженность*: больной признает наличие психического заболевания в прошлом, но не в настоящем. При расспросах он может указать на наличие некоторых несущественных или не относящихся к данному заболеванию симптомов, проявляя тенденцию к их неправильному или даже бредовому истолкованию. необходимость психиатрического лечения также отрицается.

6. *Очень сильная выраженность*: не считает себя психически больным; отрицает наличие каких-либо психопатологических симптомов как в прошлом, так и в настоящем; формально соглашаясь с госпитализацией и лечением, не понимает их смысл и необходимость.

7. *Крайняя степень выраженности*: больной решительно отрицает наличие психического заболевания как в прошлом, так и в настоящем; госпитализацию и лечение истолковывает по бредовым механизмам (например, как наказание за проступки, как действия преследователей и т. п.). в связи с этим больной обычно отказывается сотрудничать с мед-персоналом, старается избежать приема лекарственных препаратов и не соблюдать режим лечения.

O12. НАРУШЕНИЯ ВОЛИ

Нарушения волевой инициативы, способности добиваться поставленной цели и контролировать свои мысли, поведение, движения и речь. оценивается на основании высказываний и поведения больного во время беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: в разговоре и мыслях больного проявляется некоторая нерешительность, которая отражается лишь в малой степени на вербальном и когнитивном процессах.

4. *Умеренная выраженность*: больной часто амбивалентен; испытывает трудности в принятии решений. Беседа с больным несколько затруднена из-за разбросанности его мыслей, что ведет к нарушению вербальных и когнитивных функций.

5. *Сильная выраженность*: волевые нарушения отражаются как на мышлении, так и на поведении больного; обнаруживается выраженная нерешительность, которая затрудняет спонтанную двигательную и социальную активность, а также может проявляться в нарушениях (запинках) речи.

6. *Очень сильная выраженность*: волевые нарушения препятствуют выполнению даже самых простых, автоматических действий, таких как одевание, уход за собой; отмечаются отчетливые расстройства речи.

7. *Крайняя степень выраженности*: практически полное отсутствие волевых актов, проявляющееся в угнетении речи и моторных функций вплоть до полной неподвижности и/или мутизма.

O14. ОСЛАБЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ ИМПУЛЬСИВНОСТИ (АГРЕССИВНОСТЬ)

Нарушение регуляции и контроля внутренних побуждений, что приводит к неожиданной, немодулированной, произвольной и нецеленаправленной разрядке напряжения и эмоций без учета возможных последствий. оценивается по поведению во время беседы, а также со слов медперсонала и родственников.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: в условиях стресса или при неудовлетворенном желании (отсроченном вознаграждении) больной легко раздражается или расстраивается, но при этом редко действует импульсивно в соответствии со своими переживаниями.

4. *Умеренная выраженность*: больной становится гневливым и склонным к словесным нападениям по малейшему поводу, иногда прибегает к угрозам. Могут отмечаться один-два эпизода физического противодействия, ссор с окружающими или склонность к небольшим разрушающим действиям.

5. *Сильная выраженность*: периодически наблюдаются импульсивные разряды, сопровождающиеся оскорблениями, повреждением имущества или угрозами физической

расправы. возможны один-два эпизода нападения на людей (участие в драках), вызывающие необходимость изоляции больного, применения мер стеснения или парентерального введения седативных препаратов.

6. *Очень сильная выраженность*: наблюдаются частые импульсивные (неконтролируемые) вспышки агрессивности; постоянно угрожает или требует, разрушает имущество, явно не представляя себе последствий этих действий. Больной проявляет отчетливую тенденцию к участию в драках и другим насильственным действиям, в том числе нападению на почве сексуального влечения. Поведение может быть обусловлено подчинением императивным галлюцинациям.

7. *Крайняя степень выраженности*: больной предпринимает повторные нападения на людей с целью убийства или изнасилования, или совершает акты самоповреждения. При этом проявляет особую жестокость. в связи с неспособностью контролировать опасные импульсы больной требует постоянного надзора, изоляции или фиксации.

О15. ЗАГРУЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ (ОТРЕШЕННОСТЬ ОТ РЕАЛЬНОСТИ)

Поглощенность внутренними переживаниями (мыслями, чувствами или аутистическими фантазиями), приводящая к нарушению адаптации и ориентировки в окружающей ситуации. выраженность оценивается на основании ответов и поведения больного во время беседы.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: чрезмерная озабоченность своими нуждами и проблемами, проявляющаяся в постоянных попытках перевести разговор на волнующие больного темы при отсутствии интереса к потребностям других людей.

4. *Умеренная выраженность*: временами больной выглядит погруженным в себя, поглощенным своими мечтами или переживаниями, что в некоторой степени затрудняет беседу с ним.

5. *Сильная выраженность*: больной погружен в аутистические фантазии или внутренние переживания, что отражается на его поведении и значительно нарушает его социальную и коммуникативную активность. Иногда больной сидит с отсутствующим взглядом, что-то шепчет и/или говорит сам с собой, совершает стереотипные движения.

6. *Очень сильная выраженность*: больной почти полностью поглощен своими внутренними переживаниями, что значительно затрудняет способность к концентрации внимания, участие в беседе и ориентацию в окружающей ситуации. Больной часто чему-то улыбается, смеется, что-то шепчет, говорит сам с собой.

7. *Крайняя степень выраженности*: полная загруженность внутренними переживаниями, сопровождающаяся резким снижением уровня адаптации. Поведение больного полностью подчинено галлюцинациям, он мало обращает внимание на окружающих людей и обстановку.

О16. АКТИВНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ УСТРАНЕННОСТЬ

Снижение социальной активности на почве необоснованного страха, враждебности или подозрительности. оценивается на основании сведений о социальной активности больного, полученных от медперсонала и родственников больного.

1. *Отсутствует*: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. *Очень слабая выраженность*: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.

3. *Слабая выраженность*: больной чувствует себя неловко в присутствии других людей и предпочитает проводить время в одиночку, хотя при необходимости проявляет социальную активность.

4. *Умеренная выраженность*: больной неохотно участвует во всех (или в большинстве) социальных мероприятиях, нуждается в постоянном поощрении, уговаривании и может неожиданно уклониться от участия в них при появлении тревоги, подозрительного или враждебного отношения.

5. *Сильная выраженность*: больной со страхом или гневом отказывается от большинства социальных контактов, несмотря на попытки окружающих вовлечь его в них. Большую часть времени бесцельно проводит в одиночестве.

6. *Очень сильная выраженность*: из-за сильного страха, враждебности или подозрительности больной проявляет лишь самую необходимую социальную активность.

При инициативе со стороны окружающих больной проявляет явное стремление избежать контактов и обычно старается держаться в стороне от людей.

7. *Крайняя степень выраженности*: больного не удастся вовлечь в социальные отношения из-за наличия сильного страха, враждебности или бреда преследования. он всеми силами стремится избежать контактов.

Шкала краткой оценки негативных симптомов

Шкала BNSS состоит из 13 пунктов, сгруппированных по шести субшкалам: ангедония (интенсивность/частота/ожидание удовольствия), переживание дистресса, социальная отгороженность (проявления/внутренние переживания), волевые нарушения (проявления/внутренние переживания), притупленный аффект (мимика/речь/жестикаляция), алогия (количество речи/спонтанность).

Шкала включает в себя руководство, оценочный лист и методическое пособие. В руководстве дается определение терминам, используемым в шкале, предоставляются образцы по каждому пункту и дается инструкция для полуструктурированного интервью, в том числе рекомендуемые вопросы. В методическом пособии поясняются рекомендуемые вопросы и образцы, а также приводятся референсные данные для клинициста во время проведения обследования.

По всем пунктам шести субшкал наиболее высокие баллы соответствуют наибольшим нарушениям/проявлениям симптомов. Общий балл по шкале подсчитывается путем суммирования 13 отдельных пунктов; баллы по субшкалам подсчитываются путем суммирования отдельных пунктов в рамках каждой субшкалы. Шкала переживания дистресса имеет лишь один пункт, который определяет степень отсутствия переживания дистресса, но в остальном эта субшкала обрабатывается аналогичным образом. По шкале BNSS возможно набрать от 0 до 78 баллов.

Шкала позволяет проводить оценку двух доменов негативного симптомокомплекса у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Апато-абулический домен оценивается подсчетом баллов по субшкалам ангедонии, волевых нарушений и социальной отгороженности. Экспрессивный дефицит оценивается по субшкалам притупленного аффекта и алогии.

I. ПОДШКАЛА ОЦЕНКИ АНГЕДОНИИ

Вопросы для пациента. Пункты 1 и 2

СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ: С кем Вы проводили время на прошлой неделе? Что Вы делали? Что Вы чувствовали, когда вы общались с этим человеком? Насколько часто Вы проводили время с ним / с ней?

ФИЗИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ: Было ли еще что-то, что доставило Вам приятные физические ощущения на прошлой неделе - какой-то запах, вкус, чувство? Если да: Что Вы при этом чувствовали? И как часто Вы это делали?

ОТДЫХ И РАЗВЛЕЧЕНИЯ: Что Вы делали на прошлой неделе, чтобы отдохнуть или развлечься? Что Вы чувствовали, когда этим занимались? Как часто вы получали от этого удовольствие?

РАБОТА И УЧЕБА: Вам нравится работать (или учиться)? Если да: Насколько Вам это нравится? Насколько часто Вы получаете удовольствие в процессе работы или учебы?

ПУНКТ 1. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОЛУЧАЕМОГО УДОВОЛЬСТВИЯ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Норма: пациент способен получать удовольствие в полной мере, осуществляя различные виды деятельности; полностью в пределах нормы.

2. Сомнительная степень: получает удовольствие в процессе деятельности, но в меньшей степени по сравнению со многими другими людьми, однако в пределах нормы.

3. Легкая степень: небольшая потеря интенсивности получаемого удовольствия в процессе деятельности.

4. Умеренная степень: небольшая потеря интенсивности получаемого удовольствия при осуществлении большинства видов деятельности или умеренная степень потери интенсивности получаемого удовольствия при осуществлении некоторых видов деятельности.

5. Выраженная степень: по крайней мере, умеренная степень потери интенсивности получаемого удовольствия при осуществлении большинства видов деятельности; возможна глубокая потеря интенсивности в одном виде деятельности.

6. Тяжелая степень: глубокая потеря интенсивности получаемого удовольствия при осуществлении большинства видов деятельности; сохраняется некоторая способность испытывать удовольствие; возможно получение только умеренного удовольствия даже в том случае, когда степень испытываемого удовольствия должна быть высокой.

7. Крайне тяжелая степень: отсутствие получаемого удовольствия при любых обстоятельствах.

ПУНКТ 2. ЧАСТОТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРИНОСЯЩЕЙ ПАЦИЕНТУ УДОВОЛЬСТВИЕ

0. Норма: пациент часто участвует в деятельности, приносящей удовольствие; отсутствие нарушения в частоте получаемого удовольствия.

1. Сомнительная степень: пациент участвует в деятельности, приносящей удовольствие, реже, чем многие люди, однако показатель может быть в пределах нормы.

2. Легкая степень: небольшое снижение частоты деятельности, приносящей удовольствие, выходящая за пределы нормы.

3. Умеренная степень: небольшая потеря частоты получаемого удовольствия при осуществлении большинства видов деятельности или умеренная степень потери частоты получаемого удовольствия при осуществлении некоторых видов деятельности.

4. Выраженная степень: по крайней мере, умеренная степень потери частоты получаемого удовольствия при осуществлении большинства видов деятельности; возможна глубокая потеря интенсивности в одном виде деятельности.

5. Тяжелая степень: глубокая потеря частоты получаемого удовольствия при осуществлении большинства видов деятельности; сохраняется некоторая способность испытывать удовольствие, но это происходит редко даже в тех случаях, когда степень испытываемого удовольствия должна быть высокой.

6. Крайняя тяжелая степень: отсутствие получаемого удовольствия на протяжении всей предыдущей недели.

ПУНКТ 3. ИНТЕНСИВНОСТЬ ОЖИДАЕМОГО УДОВОЛЬСТВИЯ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В БУДУЩЕМ

Вопросы для пациента

Если пациент испытывал удовольствие от некоторых видов деятельности на прошлой неделе: Вы сказали, что получили удовольствие (от) (выше перечислите виды деятельности). Вы собираетесь снова этим заняться в ближайшее время? Если да: Как Вы думаете, что Вы будете чувствовать, когда будете этим заниматься? Вы ждете этого с радостью? Если нет: Вы хотите это еще раз сделать? Есть ли что-нибудь еще, что бы Вы делали с удовольствием? (Если да: Как Вы думаете, что Вы будете чувствовать, когда будете этим заниматься?) Если пациент не испытал удовольствия от каких-либо видов деятельности на прошлой неделе: Есть ли какие-то виды деятельности, которых Вы ждете с радостью? Есть ли что-нибудь еще, чего Вы ждете с радостью?

0. Норма: пациент способен получать удовольствие, думая об осуществлении различных видов деятельности в будущем; полностью в пределах нормы.

1. Сомнительная степень: получает удовольствие, думая об осуществлении различных видов деятельности в будущем, но в меньшей степени по сравнению со многими другими людьми, однако в пределах нормы.

2. Легкая степень: получает удовольствие, думая об осуществлении различных видов деятельности в будущем, но в несколько меньшей степени, чем предусмотрено нормой.

3. Умеренная степень: получает удовольствие, думая об осуществлении различных видов деятельности в будущем, но в гораздо меньшей степени, чем предусмотрено нормой, однако в какой-то степени испытывает удовольствие.

4. Выраженная степень: может испытывать значительное удовольствие, думая об осуществлении некоторых видов деятельности в будущем, но, как правило, этого не происходит.

5. Тяжелая степень: редко получает удовольствие, думая об осуществлении различных видов деятельности в будущем, даже в том случае, когда речь идет о виде деятельности, обычно доставляющем большое удовольствие.

6. Крайне тяжелая степень: не получает удовольствия, думая об осуществлении различных видов деятельности в будущем, независимо от того, о каком виде деятельности идет речь.

ПУНКТ 4. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ДИСТРЕССА

Вопросы для пациента

Что-то заставляло Вас переживать неприятные эмоции на прошлой неделе? Произошло ли что-нибудь, что Вам не понравилось? Случилось ли что-нибудь, что Вас заставило грустить, привело в подавленное/депрессивное состояние? Обеспокоило или встревожило? Рассердило или вызвало раздражение?

Если ничего неприятного не случилось: Что из произошедших в прошлом события вызвало у Вас неприятные ощущения? И как Вы их сейчас воспринимаете?

1. Норма: предусмотренная нормой способность испытывать дистресс или неприятные эмоции.

2. Сомнительная степень: пациент испытывает дистресс по причине неприятных события, но в меньшей степени по сравнению со многими другими людьми, однако в пределах нормы.

3. Легкая степень: испытывает дистресс по причине неприятных события, но в немного меньшей степени, чем предусмотрено нормой.

4. Умеренная степень: определенно гораздо меньше расстроен по причине неприятных события, чем предусмотрено нормой, однако в какой-то степени испытывает дистресс.

5. Выраженная степень: может испытывать значительный дистресс, но, как правило, причиной тому должна послужить серьезная проблема.

6. Тяжелая степень: испытывает только умеренный дистресс, даже если существует серьезная проблема.

7. Крайне тяжелая степень: не испытывает дистресс независимо от того, с какой проблемой сталкивается.

ПУНКТ 5. СОЦИАЛЬНАЯ ОТГОРОЖЕННОСТЬ: ФОРМЫ/МОДЕЛИ/СТЕРЕОТИПЫ ПОВЕДЕНИЯ

Вопросы для пациента (Задаются о тех людях, о которых шла речь в пунктах 1 - 3.)

Когда вы вместе проводили время, Вы с ними связывались или они с Вами/кто был инициатором контакта - Вы или они? Насколько часто Вы говорили с ними о личных, сокровенных вещах? Вы пытались контактировать с кем-нибудь еще?

1. Отсутствие нарушения: пациент часто взаимодействует с другими людьми, открыто обсуждает вопросы личного характера с одним человеком или с несколькими людьми; вполне в пределах нормы.

2. Минимальная степень дефицита: складываются близкие отношения с одним человеком, в рамках которых может обсуждаться большинство вопросов личного характера; активно взаимодействует с другими людьми; обсуждает некоторые вопросы личного характера с другими людьми.

3. Легкая степень дефицита: социальные контакты - нередкие, но пациент/ка не так активен/а, как большинство людей; обсуждаются лишь некоторые вопросы личного характера; складывающиеся отношения - неблизкие и неглубокие.

3. Умеренная степень дефицита: не имеет близких, глубоких отношений с другими людьми, отношения и общение на мероприятиях - поверхностные, неглубокие, но, как правило, не избегает других людей.

4. Выраженная степень дефицита: контакты и общение с другими людьми чаще редкие и поверхностные; склонен/на избегать других людей. Как правило, не обсуждает вопросы личного характера с другими людьми.

5. Значительно выраженная степень дефицита: взаимодействие с другими людьми - практически всегда поверхностное, по собственному желанию проводит мало времени с другими людьми.

6. Тяжелая степень дефицита: редко контактирует с другими людьми, может активно избегать других людей большую часть времени.

ПУНКТ 6. СОЦИАЛЬНАЯ ОТГОРОЖЕННОСТЬ: ВНУТРЕННИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

Вопросы для пациента

Если пациент социально активен: Кому-то нравится быть наедине с собой, а кому-то - в окружении других людей. Что Вы предпочитаете? Чувствуете ли Вы, что люди, о которых речь шла выше, Вам близки? Вы много думаете о людях, о которых речь шла выше? Вы бы хотели, чтобы у Вас были более близкие отношения? Вы иногда чувствуете себя одиноким?

Если пациент социально не активен: Вы хотели бы больше общаться с людьми? Вы много об этом думаете? Как Вы относитесь к тому, что Вы находитесь в одиночестве большую часть времени? Эти отношения важны для вас?

1. Отсутствие нарушения: пациент очень заинтересован в отношениях, рассматривает отношения с другими людьми как одну из самых важных частей своей жизни; если оказывается в условиях изоляции, часто испытывает чувство одиночества, думает, что было бы хорошо, если бы он/а был/а не один (не одна).

2. Минимальная степень дефицита: пациент считает, что отношения важны; интересуется другими людьми; если оказывается в условиях изоляции, иногда испытывает чувство одиночества и думает, что было бы хорошо, если бы он/а был/а не один (не одна).

3. Умеренная степень нарушения: пациент считает, что близкие отношения с членом/ами семьи в какой-то мере важны, в средней степени интересуется другими людьми; нет близких и глубоких отношений с другими людьми; иногда думает об отношениях.

4. Умеренная степень дефицита: пациент считает, что близкие отношения маловажны; нечасто возникает желание быть ближе с другими людьми.

5. Выраженная степень дефицита: когда дело доходит до установления близких отношений с другими людьми, ему/ей может быть все равно, вступать или не вступать в отношения. Как правило, не желает обсуждать вопросы личного характера с другими людьми, редко испытывает недостаток в близких отношениях или желал бы быть в более близких отношениях.

6. Значительно выраженная степень дефицита: пациент считает, что отношения едва ли имеют какое-то значение; проявляет крайне низкий интерес к близким отношениям с другими людьми, не чувствует себя одиноким.

7. Тяжелая степень дефицита: пациента не интересуют отношения с другими людьми, не нуждается в каких-либо близких отношениях, категорически предпочитает оставаться в одиночестве.

ПУНКТ 7. ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ: ФОРМЫ/МОДЕЛИ/СТЕРЕОТИПЫ ПОВЕДЕНИЯ

Вопросы для пациента

Общие вопросы: Расскажите мне, как Вы проводите свое время. Много ли Вы времени проводите просто сидя, ничего не делая?

Работа и учеба: Если в настоящее время работает или учится: Сколько времени Вы провели на работе (или в учебном заведении, или посвятили учебе) на этой неделе? Вы самостоятельно туда добираетесь? Вы ждете, пока Вам другие скажут, что делать, или Вы приступаете к работе (или учебе) самостоятельно? (Если проходит курс лечения, и такой вопрос уместен). Вы участвовали в видах групповой деятельности в процессе курса лечения? Если да: Кто-то предложил Вам это сделать, или Вы это делали сами?

Если в настоящее время не работает или не учится:

Вы пытались найти работу или выбрать место обучения на прошедшей неделе? Вам кто-нибудь это предложил, или Вы делали это самостоятельно? Какие у Вас цели?

Если да: Что именно Вы сделали?

Если нет: Почему нет? (Попросите, чтобы пациент уточнил в своем ответе, идет ли речь о возможности или о мотивации). Отдых и развлечения/хобби/времяпрепровождение: (Необходимо учесть информацию об активном отдыхе и времяпрепровождении в [пунктах 1 - 3](#)).

Вы проводите много времени у телевизора? (Если на последний вопрос ответ "да"). Вас интересует то, что Вы смотрите, или Вы просто проводите время?

Уход за собой: Как часто Вы принимали душ/ ванну на прошлой неделе? Как часто Вы убирали свою квартиру/комнату/дом? Приходилось ли кому-нибудь напоминать Вам это сделать? Напоминал ли Вам кто-то еще это делать? (Если это уместно в данном случае). Была ли у Вас необходимость искать жилье? Что Вы для этого делали?

1. Отсутствие дефицита: пациент начинает и продолжает вести работу или учебу, отдых и развлечения/хобби/времяпрепровождение и уход за собой; вполне в пределах нормы.

2. Минимальная степень дефицита: пациент несколько менее последователен в начинании и продолжении видов деятельности по сравнению со многими другими людьми, но клиническая значимость сомнительная.

3. Легкая степень дефицита: умеренные нарушения при начинании и продолжении видов деятельности; например, пациент мог надлежащим образом приступить к деятельности на прошлой неделе, но продолжает со средней степенью настойчивости; или инициатива исходила от других людей так же часто, как и от пациента.

4. Умеренная степень дефицита: ощутимые нарушения в процессе начинания или продолжения видов деятельности; может не приступить к различным видам деятельности достаточно часто или не продолжать начатые действия в течение очень длительного времени; часто другие люди могут создать побудительный мотив для любых видов деятельности.

5. Выраженная степень дефицита: значительные нарушения в отношении начинания; может приступить к нескольким видам деятельности, но не продолжать ее в течение очень длительного времени. Как правило, другие люди создают побудительный мотив для любых видов деятельности.

5. Значительно выраженная степень дефицита: очевидное серьезное снижение начинания и продолжения деятельности; в некоторых случаях может приступить к деятельности, но почти не продолжает. Практически всегда другие люди создают побудительный мотив для различных видов деятельности пациента.

6. Тяжелая степень дефицита: практически полное отсутствие начинания видов деятельности.

ПУНКТ 8. ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ: ВНУТРЕННИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

Вопросы для пациента Работа и учеба:

Если в настоящее время работает или учится: Ваша работа (или учеба) важна для Вас? Вы много о ней думаете? Чувствуете ли вы себя заинтересованным в работе (учебе)/ мотивированным для нее?

Если не работает или не учится: Вы думаете о том, чтобы найти работу или поступить учиться? Вам не хватает работы (или учебы)?

Если да: Что Вы сделали?

Если нет: Почему нет? (Попросите, чтобы пациент уточнил в своем ответе, идет ли речь о возможности или о мотивации). Отдых и развлечения/хобби/времяпрепровождение: Что Вы делаете в свободное время?

Какие у Вас хобби? Вы думали о них на этой неделе? Уход за собой: Вы чувствовали мотивацию к тому, чтобы ухаживать за собой на этой неделе? (Поясните, если необходимо: мотивацию для того, чтобы помыться, убрать у себя дома, позаботиться о своем здоровье и т.д.)

Если да: Почему Вам хотелось это делать?

1. Отсутствие нарушения: пациент обладает высокой мотивацией, его интересуют учеба и работа, отдых и развлечения, уход за собой; часто об этом думает и говорит, что эти вещи ему/ей не безразличны. Полностью соответствует норме в этой сфере.

2. Минимальная степень дефицита: в несколько меньшей мере обладает мотивацией и интересуется такими вещами по сравнению со многими другими людьми, но клиническая значимость - сомнительная.

3. Умеренная степень нарушения: как правило, пациент мотивирован в этих видах деятельности, но в некоторых случаях не проявляет достаточный интерес или не обладает достаточной мотивацией; думает об этом и говорит, что вещи ему/ей не безразличны, но в несколько меньшей степени, чем предусмотрено нормой.

4. Умеренная степень дефицита: пациент в какой-то мере мотивирован в этих видах деятельности, но в то же время очевидны некоторые нарушения в мотивации и проявлении интереса; может иметь работу, но быть не заинтересованным в достижении более высоких результатов, или мало думает об отношениях или времяпрепровождении.

5. Выраженная степень дефицита: пациент обладает лишь слабой мотивацией в этих видах деятельности; только в некоторых случаях думает об этом.

6. Значительно выраженная степень дефицита: очевидный недостаток интереса или мотивации в этих видах деятельности; очень редко думает об этих вещах и почти безразличен к ним.

7. Тяжелая степень дефицита: по сути, отсутствие интереса к этим видам деятельности; не думает и совершенно безразличен к этому.

ПУНКТ 9. ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА 0.

Отсутствие нарушения: вполне в пределах нормы; пациент оживленно рассказывает о своих эмоциональных переживаниях, при этом соответствующим образом многократно меняется выражение лица.

1. Минимальная степень дефицита: очень незначительное снижение частоты изменения выражения лица и выразительности мимики в процессе рассказа о своих эмоциональных переживаниях, клиническая значимость - сомнительная.

2. Умеренная степень нарушения: умеренное снижение частоты изменения выражения лица и выразительности мимики; выражение лица меняется, по крайней мере, два раза в процессе рассказа о каждом эмоциональном переживании.

3. Умеренная степень дефицита: заметное снижение частоты изменения выражения лица и выразительности мимики, например, выражение лица меняется только один раз при ответе на каждый вопрос.

4. Выраженная степень дефицита: значительное снижение частоты изменения выражения лица и выразительности мимики в процессе рассказа об эмоциональных переживаниях, когда выражение лица меняется при ответе только на какой-то один или два вопроса; за все время беседы выражение лица может измениться лишь три - четыре раза.

5. Значительно выраженная степень дефицита: явное глубокое снижение мимики, отражающей как положительные, так и отрицательные эмоции, при ответе на все вопросы; за все время беседы выражение лица может слегка измениться лишь один - два раза.

6. Тяжелая степень дефицита: полное или почти полное отсутствие смены выражения лица за все время беседы.

ПУНКТ 10. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТЬ РЕЧИ (выразительность звучания)

0. Отсутствие нарушения: предусмотренное нормой варьирование по всем трем параметрам: скорость, громкость и высота голоса в процессе речи.

1. Минимальная степень дефицита: легкое снижение по одному из трех параметров.
2. Умеренная степень нарушения: умеренное снижение по двум параметрам или снижение в средней степени по одному параметру.
3. Умеренная степень дефицита: снижение в средней степени по одному параметру.
4. Выраженная степень дефицита: снижение в средней степени по двум или более параметрам, или глубокое снижение по одному параметру.
5. Значительно выраженная степень дефицита: глубокое снижение, по крайней мере, по одному параметру и снижение в средней степени, по крайней мере, по еще одному параметру.
6. Тяжелая степень дефицита: глубокое снижение по двум или более параметрам (скорость, громкость и высота голоса в процессе речи).

ПУНКТ 11. ЭКСПРЕССИВНАЯ ЖЕСТИКУЛЯЦИЯ

0. Отсутствие нарушения: жестикуляция вполне в пределах нормы; пациент использует большое количество жестов с помощью рук, кистей, плеч, головы и/или тела в процессе рассказа об эмоциональных переживаниях.

1. Минимальная степень дефицита: очень легкое снижение частоты использования экспрессивной жестикуляции; сомнительная клиническая значимость; наблюдается легкое снижение использования рук, кистей, головы или тела.
2. Умеренная степень нарушения: умеренное снижение частоты использования экспрессивной жестикуляции; использует, по крайней мере, два экспрессивных жеста в процессе рассказа о каждом эмоциональном переживании.
3. Умеренная степень дефицита: осязаемое снижение частоты использования экспрессивной жестикуляции; может использовать один едва заметный жест при ответе на каждый вопрос.
4. Выраженная степень дефицита: значительные нарушения при использовании экспрессивной жестикуляции, когда используется один жест при ответе только на какой-то один или два вопроса; может использовать лишь три или четыре жеста за все время беседы.
5. Значительно выраженная степень дефицита: явные нарушения при использовании экспрессивной жестикуляции. Сокращение количества используемых жестов наблюдается при ответе на все вопросы; может использовать только один или два едва заметных жеста за все время беседы.
6. Тяжелая степень дефицита: почти полное отсутствие использования экспрессивной жестикуляции; практически отсутствуют движения руками, кистями, головой или телом в процессе рассказа обо всех эмоциональных переживаниях.

ПУНКТ 12. КОЛИЧЕСТВО РЕЧИ

1. Отсутствие нарушения: предусмотренное нормой количество речи или пациент говорит очень много.
2. Минимальная степень дефицита: сомнительное снижение количества речи; ответы, чаще всего, лаконичны.
3. Умеренная степень нарушения: ответы, как правило, краткие.
4. Умеренная степень дефицита: многие ответы состоят из одного или двух слов.
5. Выраженная степень дефицита: по крайней мере, половина ответов состоит из одного или двух слов.
6. Значительно выраженная степень дефицита: большинство ответов состоит из одного или двух слов.
7. Тяжелая степень дефицита: все или почти все ответы состоят из одного или двух слов.

ПУНКТ 13. СПОНТАННОСТЬ ИЗЛОЖЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

0. Отсутствие нарушения: пациент, как правило, предоставляет больше информации, чем необходимо, для ответа на вопрос; эта информация может быть или не быть уместной; пациент может быть даже излишне разговорчивым или может иметь место речевой напор.

1. Минимальная степень дефицита: пациент часто предоставляет больше информации, чем необходимо, для ответа на вопрос, хотя иногда большее количество информации могло бы быть уместным.

2. Умеренная степень нарушения: пациент несколько раз предоставляет дополнительную информацию, но ответы, как правило, ограничиваются требуемой информацией.

3. Умеренная степень дефицита: пациент в некоторых случаях предоставляет дополнительную информацию; интервьюер в некоторых случаях может попросить добавить детали/рассказать более подробно.

4. Выраженная степень дефицита: пациент редко предоставляет больше информации, чем необходимо, для ответа на вопрос. Интервьюер несколько раз может попросить рассказать более подробно.

5. Значительно выраженная степень дефицита: практически все ответы содержат лишь необходимую информации или меньше информации, чем необходимо; интервьюер может неоднократно попросить добавить информацию.

6. Тяжелая степень дефицита: отсутствие спонтанной речи на любом этапе интервью.

Шкала депрессии Калгари у пациентов шизофрении

Содержание: состоит из 9 пунктов, каждый из которых оценивается от 0 до 3-х.

Оцениваются 3 фактора: “депрессия-безнадежность”, “идеи вины” и “ранние пробуждения”

Интерпретация: суммарный балл - 6 и более расценивается как наличие депрессии; суммарный балл 11 и выше - депрессия тяжелая

Первый вопрос в каждом разделе следует задавать так, как он написан. Следующие за ним наводящие вопросы и уточнения используйте по своему усмотрению.

Время, о котором идет речь, последние две недели, если не указано иное.

Последний пункт, #9, основан на наблюдениях, сделанных в ходе всего интервью.

(1) Депрессия

Как бы Вы описали свое настроение за последние 2 недели: Были ли Вы достаточно бодры или находились в тяжелой депрессии или в плохом расположении духа в последнее время? За последние 2 недели, как часто Вы были (словами пациента) каждый день? Весь день?

0. Отсутствует

1. Легкая степень-Выражает некоторую грусть и упадок духа.

2. Средняя степень - Отчетливо депрессивное настроение до половины времени за последние 2 недели; присутствует ежедневно.

3. Тяжелая степень - Выраженное депрессивное настроение, присутствует ежедневно в течение более, чем половины времени, мешает нормальной физической и социальной активности.

(2) Безнадежность

Каким Вы видите свое будущее? Вы можете представить себе какое-либо будущее, или жизнь представляется Вам весьма безнадежной?

Вы сдались или все же Вам кажется, что есть основание пытаться что-то сделать?

0. Отсутствует

1. Легкая степень - За последнюю неделю безнадежность ощущалась время от времени, но все же есть некоторая надежда на будущее.

2. Средняя степень - Постоянное ощущение безнадежности средней степени выраженности в течение последней недели. Пациента можно убедить в том, что возможно дела пойдут лучше.

3. Тяжелая степень - Постоянное и причиняющее страдание ощущение безнадежности.

(3) Самоуничижение

Как вы оцениваете себя по сравнению с другими людьми? Вы считаете себя лучше или хуже, или таким(ой) же, как большинство других? Вы чувствуете себя неполноценным или даже никчемным человеком?

0. Отсутствует

1. Легкая степень - Пациент чувствует себя несколько неполноценным(ой), но не до такой степени, чтобы чувствовать себя никчемным(ой).

2. Средняя степень - Пациент чувствует себя никчемным, но менее 50% времени.

3. Тяжелая степень - Пациент чувствует себя никчемным более 50% времени. Его/ее можно переубедить.

(4) Идеи обвинения

Есть ли у Вас чувство, что Вас упрекают за что-либо или даже, что Вы жертва ложного обвинения? В чем? (Не имеются в виду обоснованные упреки или обвинения, равно как и бредовые идеи виновности)

0. Отсутствует

1. Легкая степень - Пациент чувствует, что его/ее упрекают, но не обвиняют, менее, чем 50% времени.

2. Средняя степень - Постоянно чувствует, что его/ее упрекают и/или изредка чувствует, что его/ее обвиняют.

3. Тяжелая степень - Постоянно чувствует, что его/ее обвиняют. Если пациента убеждать, он/она признает, что это не так.

(5) Патологическое чувство вины

Имеется ли у вас склонность упрекать себя за мелкие проступки, возможно совершенные в прошлом? Считаете ли Вы, что это достойный повод для беспокойства?

0. Отсутствует

1. Легкая степень - Пациент испытывает избыточное чувство вины по поводу некоего мелкого проступка, но менее 50% времени.

2. Средняя степень - Пациент обычно (более 50% времени) испытывает чувство вины по поводу своих прошлых действий, значимость которых он/она преувеличивает.

3. Тяжелая степень - Пациент обычно упрекает себя за все, что было не так, даже если это не его/ее вина.

(6) Утренняя депрессия

Когда Вы чувствовали депрессию за последние 2 недели, заметили ли Вы, что депрессия была хуже в какое-то определенное время дня?

0. Отсутствует - Нет депрессии

1. Легкая степень - Депрессия присутствует, но не изменяется в течение дня.

2. Средняя степень - Без наводящих вопросов интервьюера пациент отмечает, что депрессия хуже с утра.

3. Тяжелая степень - Депрессия существенно хуже с утра, сопровождается нарушением функционирования, состояние улучшается во второй половине дня.

(7) Раннее пробуждение

Просыпаетесь ли Вы утром раньше, чем это нормально для Вас? Сколько раз в неделю это происходит?

0. Отсутствует - Нет раннего пробуждения.

1. Легкая степень - Иногда (до двух раз в неделю) просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения или звонка будильника.

2. Средняя степень - Часто (до пяти раз в неделю) просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения или звонка будильника.

3. Тяжелая степень - Ежедневно просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения.

(8) Суицид

Бывало ли у Вас чувство, что не стоит жить?

Хотелось ли Вам когда-нибудь покончить с собой? Каким образом Вы хотели это сделать?

Пытались ли Вы когда-нибудь это сделать?

0. Отсутствует

1. Легкая степень - Часто думал(а), что было бы лучше умереть, или изредка помышлял(а) о суициде.

2. Средняя степень - Серьезно думал(а) о суициде и имел(а) план, но попыток не было.

3. Тяжелая степень - Суицидная попытка была организована так, что должна была привести к смерти, но была случайно раскрыта, или использовались неэффективные средства.

(9) Наблюдаемая депрессия

Основана на наблюдениях интервьюера в ходе всего опроса. Вопрос "Хочется ли Вам плакать?", заданный в соответствующих пунктах опроса, может дать информацию, полезную для этого наблюдения.

0. Отсутствует

1. Легкая степень - Пациент кажется грустным и мрачным даже при эмоционально нейтральном обсуждении вопросов интервьюера.
2. Средняя степень - Пациент кажется грустным и мрачным в ходе всего опроса, говорит унылым монотонным голосом и временами плачет или готов расплакаться.
3. Тяжелая степень - пациент замолкает при обсуждении огорчающих его вопросов, часто тяжело вздыхает и плачет в открытую или находится в состоянии скорбного оцепенения.

Шкала личностного и социального функционирования

Содержание: оценивается степень затруднений, которые испытывал больной за последние 7 дней в 4-х основных областях социального функционирования: социально полезная деятельность, отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание, а также беспокоящее и агрессивное поведение. Баллы выставляются по шкале от 1 до 100, разделенной на 10 равных интервалов, где каждый интервал соответствует определенной степени затруднений в социальном функционировании.

Интерпретация: Суммарный балл 71 до 100: небольшие нарушения социального функционирования, баллов; суммарный балл от 31 до 70 - значительные нарушения социального функционирования; более серьезные затруднения различной степени тяжести; суммарный балл от 1 до 30 баллов - трудности в социальном и социально ориентированном функционировании настолько значительны, что такие больные нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

Инструкция по работе со шкалой PSP

С помощью шкалы PSP оценивается степень затруднений, которые испытывал больной за последние 7 дней в 4-х основных областях социального функционирования: социально полезная деятельность, отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание, а также беспокоящее (т.е. нарушающее спокойствие окружающих) и агрессивное поведение. Баллы выставляются по шкале от 1 до 100, разделенной на 10 равных интервалов, где каждый интервал соответствует определенной степени затруднений в социальном функционировании.

Больные, набравшие от 71 до 100 баллов, испытывают небольшие затруднения, от 31 до 70 - более серьезные затруднения различной степени тяжести; у больных, набравших от 1 до 30 баллов, трудности в социальном и социально ориентированном функционировании настолько значительны, что такие больные нуждаются в постоянном надзоре.

Как заполнять шкалу PSP

Впишите номер индивидуальной карты пациента (CRF) и инициалы пациента в РАБОЧИЙ БЛАНК PSP в соответствующую графу ИНСТРУКЦИЙ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP.

Заполните РАБОЧИЙ БЛАНК PSP

(1) Оцените степень затруднений, испытываемых больным на протяжении последних 7-ми дней:

- (a) в социально полезной деятельности, включая работу и учебу
- (b) в отношениях с близкими и прочих социальных отношениях,
- (c) в самообслуживании и,
- (d) степень беспокоящего и агрессивного поведения

(2) Для того чтобы оценить степень затруднений, следуйте предписанным операциональным критериям оценки. Обратите внимание, что имеются два различных набора критериев: один - для областей а - с, и отдельный - для области d.

(3) Оцените частоту беспокоящего и агрессивного поведения больного (область d) в течение последних 7 дней. Если агрессивное поведение возникало лишь один раз, но обстоятельства возникновения поведения и/или история болезни пациента дают оценивающему основания полагать, что оно не повторится в ближайшем будущем, то степень выраженности может быть уменьшена на 1 балл (например, с "сильного" на "значительный").

Следуйте ИНСТРУКЦИЯМ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP

(4) В рабочем бланке выберите 10-балльный интервал на основании ответов по областям а - d

(5) Выберите заключительный балл в пределах выбранного Вами 10-ти балльного интервала, учитывая уровень функционирования в других областях, указанных в ИНСТРУКЦИЯХ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP (пункт 5).

(6) Впишите заключительный балл в CRF, а также впишите инициалы оценивающего и дату заполнения.

РАБОЧИЙ БЛАНК PSP	Инициалы пациента:	номер и/б:
-------------------	--------------------	------------

(1) Оцените, пожалуйста, больного в соответствии с уровнем нарушения функционирования, наблюдавшимся у него/нее за последние 7 дней. В этой шкале оцениваются нарушения в 4-х основных областях функционирования:

Отсутствует	Слабое	Заметное	Значительное	Сильное	Очень сильное
-------------	--------	----------	--------------	---------	---------------

а) социально полезная деятельность; включая работу и учебу

б) отношения с близкими и прочие социальные отношения

с) самообслуживание

д) беспокоящее и агрессивное поведение

(2) Шкалой предусмотрено 2 набора операциональных критериев для оценки степени затруднений: один - для областей а - с, и отдельный - для области d.

Степени выраженности для областей а - с

(i) Отсутствует

(ii) Слабо выражено: об этом известно только очень близким людям

(iii) Заметно выражено: затруднения очевидны любому человеку из окружения больного, но не оказывают существенного негативного влияния на способность больного выполнять свои функции в этой области, учитывая социо-культурный статус больного, его возраст, пол и уровень образования

(iv) Значительно выражено: затруднения сильно препятствуют выполнению функций в данной области; тем не менее, больной все еще способен функционировать без профессиональной или социальной помощи, хотя бы даже не всегда адекватно и/или эпизодически; при посторонней помощи он/она способен достичь предыдущего уровня функционирования

(v) Сильно выражено: имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование в этой области без профессиональной помощи, или ведут к деструктивному поведению, но тем не менее, опасность для жизни отсутствует

(vi) Очень сильно выражено: нарушения и затруднения настолько выражены, что жизнь больного находится в опасности

Степени выраженности для области d

(i) Отсутствует

- (ii) Слабо выражено: держится грубовато, замкнуто или постоянно жалуется
 - (iii) Заметно выражено: например, говорит слишком громко или разговаривает с другими слишком фамильярно или принимает пищу социально неприемлемым образом
 - (iv) Значительно выражено: публично оскорбляет других, ломает или портит вещи, поведение часто социально неприемлемо, но не опасно (например, публично оголяется или мочится)
 - (v) Сильно выражено: частые вербальные угрозы или частое физическое насилие, без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб.
 - (vi) Очень сильно выражено: определяется как частые агрессивные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб., или как поступки, которые с большой вероятностью могут привести к серьезному физическому ущербу.
- (3) Оцените частоту беспокоящего и агрессивного поведения у пациента (область d) в течение последних 7 дней. Если агрессивное поведение возникало лишь один раз, но обстоятельства возникновения поведения и/или история болезни пациента дают оценивающему основания полагать, что оно не повторится в ближайшем будущем, то степень выраженности может быть уменьшена на 1 балл (например, с "сильного" на "значительный").

ИНСТРУКЦИИ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP

(4) Выберите 10-балльный интервал

Выбор 10-балльного интервала производится по четырем основным областям: (a) социально полезная деятельность, включая работу и учебу; (b) отношения с близкими и прочие социальные отношения, (c) самообслуживание, (d) беспокоящее и агрессивное поведение

Полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны

Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди

Небольшие затруднения в одной или более областях a - c

Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях a - c или небольшие проблемы в области d

Значительные затруднения в одной из областей a - c или заметные проблемы в области d

Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях a - c, или сильно выраженные затруднения в одной из областей a - c, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области d

Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей a - c, или значительные проблемы в области d

Сильно выраженные затруднения в двух областях a - c или сильно выраженные проблемы в области d, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях a - c

Сильно выраженные нарушения во всех областях a - d или очень сильно выраженные проблемы в области d, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях

а - с. Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20 - 16 баллов; если нет, то - в интервал 15 - 11 баллов.

Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6 - 10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5 - 1).

Выберите балл в 10-балльном интервале.

При выборе окончательного балла в пределах 10-ти балльного интервала (например, в интервале от 31 до 40), следует учесть уровень нарушения в других областях; таких как:

- забота о физическом и психологическом состоянии
- способность поддерживать место проживания (дом, квартиру, комнату) в хорошем состоянии
- участие в ведении хозяйства, участие в семейной жизни или в жизни стационара
- интимные и сексуальные отношения
- забота о детях
- социальные связи, отношения с друзьями и лицами, оказывающими помощь больному
- соблюдение правил социума
- круг интересов
- распоряжение финансами
- пользование транспортом, телефоном
- способность справляться с кризисными ситуациями

Суицидальное поведение и риск суицида в этой шкале не учитываются

(6) Запишите заключительный балл, дату заполнения и инициалы оценивающего

Балл

Дата заполнения

Инициалы оценивающего

Рабочий бланк PSP

РАБОЧИЙ БЛАНК PSP

Оцените, пожалуйста, больного в соответствии с уровнем нарушения функционирования, наблюдавшимся у него/нее за последние 7 дней.

В этой шкале оцениваются нарушения в 4-х основных областях функционирования:

		Отсутствует	Слабое	Заметное	Значительное	Сильное	Очень сильное
a)	социально полезная деятельность; включая работу и учебу	[]	[]	[]	[]	[]	[]
b)	отношения с близкими и прочие социальные отношения	[]	[]	[]	[]	[]	[]
c)	самообслуживание	[]	[]	[]	[]	[]	[]
d)	беспокоящее и агрессивное поведение	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Шкалой предусмотрено 2 набора операциональных критериев для оценки степени затруднений: один - для областей а - с, и отдельный - для области d.

Степени выраженности для областей а - с		Степени выраженности для области d	
(i)	Отсутствует	(i)	Отсутствует
(ii)	Слабо выражено: об этом известно только очень близким людям	(ii)	Слабо выражено: держится грубовато, замкнуто или постоянно жалуется
(iii)	Заметно выражено: затруднения очевидны любому человеку из окружения больного, но не оказывают существенного негативного влияния на способность больного выполнять свои функции в этой области, учитывая социокультурный статус больного, его возраст, пол и уровень образования	(iii)	Заметно выражено: например, говорит слишком громко или разговаривает с другими слишком фамильярно или принимает пищу социально неприемлемым образом

		(iv)	Значительно выражено: публично оскорбляет других, ломает или портит вещи, поведение часто социально неприемлемо, но не опасно (например, публично оголяется или мочится)
(iv)	Значительно выражено: затруднения сильно препятствуют выполнению функций в данной области; тем не менее, больной все еще способен функционировать без профессиональной или социальной помощи, хотя бы даже не всегда адекватно и/или эпизодически; при посторонней помощи он/она способен достичь предыдущего уровня функционирования	(v)	
			Сильно выражено: частые вербальные угрозы или частое физическое насилие, без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб.
	Сильно выражено: имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование в этой области без профессиональной помощи, или ведут к деструктивному поведению, но тем не менее, опасность для жизни отсутствует		
			Очень сильно выражено: определяется как частые агрессивные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб, или как поступки, которые с большой вероятностью могут привести к серьезному физическому ущербу.
	Очень сильно выражено: нарушения и затруднения настолько выражены, что жизнь больного находится в опасности		

Инструкция по выставлению заключительного балла PSP

71 - 100: Баллы этого диапазона соответствуют только слабо выраженным затруднениям

31 - 70: Баллы этого диапазона соответствуют разным степеням ограниченного функционирования

1 - 30: Баллы этого диапазона соответствуют крайне выраженному ухудшению функционирования, при котором больной нуждается в активной поддержке или в надзоре.

ИНСТРУКЦИЙ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP

Более подробные инструкции по выставлению баллов приведены в кратком описании шкалы PSP.

100 - 91	Полноценное функционирование во всех все четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны
90 - 81	Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений с которыми сталкиваются все люди
80 - 71	Небольшие затруднения в одной или более областях а - с
70 - 61	Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях а - с или небольшие проблемы в области d
60 - 51	Значительные затруднения в одной из областей а - с или заметные проблемы в области d
50 - 41	Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях а - с, или сильно выраженные затруднения в одной из областей а - с, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами области d
40 - 31	Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере в одной из областей а - с, или значительные проблемы в области d
30 - 21	Сильно выраженные затруднения двух областях а - с или сильно выраженные проблемы в области d, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях а - с
20 - 11	Сильно выраженные нарушения во всех областях а - d или очень сильно выраженные проблемы в области d, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях а - с. Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20 - 16 баллов; если нет, то в интервал 15 - 11 баллов.
10 - 1	Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6 - 10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5 - 1).

Колумбийская Шкала Оценки Тяжести Суицида

СУИЦИДАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ		
<p>Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу “Суицидальное поведение”. Если на вопрос 2 получен ответ “да”, то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ “да”, то заполните нижеприведенный раздел “Интенсивность суицидального мышления”.</p>	<p>На протяжении всей жизни</p>	<p>Последние месяцы</p>
<p>1. Желание умереть Субъект подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. Возникло ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться? Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p>	<p>Да Нет</p>
<p>2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой, т.е. совершить самоубийство (например, “Я думал(а) о том, чтобы покончить с собой”) при отсутствии размышлений о том, как это сделать (способах самоубийства), намерения или плана в период оценки. Думали ли Вы в самом деле о том, чтобы- покончить с собой? Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p>	<p>Да Нет</p>
<p>3. Активное суицидальное мышление, включая размышления о любых способах самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Субъект подтверждает наличие мыслей о самоубийстве и то, что в течение оцениваемого периода времени он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда субъект разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, субъект думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: “Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построила) конкретного плана относительно того, когда, где и как осуществить это и я бы никогда не довел(а) дело до конца”. Думали ли Вы о том, как могли бы это сделать? Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p>	<p>Да Нет</p>
<p>4. Активное суицидальное мышление, включая некоторое намерение действовать, при отсутствии конкретного плана Активные мысли о самоубийстве при заявлении субъекта о <u>некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями</u> в отличие от утверждения: “Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать”. Посещали ли Вас подобные мысли и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними? Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p>	<p>Да Нет</p>
<p>5. Активное суицидальное мышление, с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями, и некоторое намерение субъекта осуществить этот план. Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Намереваетесь ли Вы осуществить этот план? Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p>	<p>Да Нет</p>

ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ		
<p>Следующие пункты следует оценивать, принимая во внимание наиболее опасный тип мышления (т.е. пункты 1-5, приведенные выше: 1 - наименее опасный, а 5 - наиболее опасный). Спросите, когда у субъекта было самое сильное желание покончить с собой.</p> <p>На протяжении всей жизни - Наиболее опасное мышление:</p> <p>_____ Тип № (1-5)</p> <p>Описание мышления _____</p> <p>Последние X месяцев - Наиболее опасное мышление:</p> <p>_____ Тип № (1-5)</p> <p>Описание мышления _____</p>	Наиболее опасное	Наиболее опасное
<p>Частота</p> <p>Сколько раз Вас посещали подобные мысли?</p> <p>(1) Реже одного раза в неделю</p> <p>(2) Раз в неделю</p> <p>(3) 2-5 раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p> <p>(5) Многократно каждый день</p>		
<p>Продолжительность</p> <p>Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?</p> <p>(1) Они мимолетны-несколько секунд или минут</p> <p>(2) Менее часа/недолго</p> <p>(3) 1-4 часа/ долго</p> <p>(4) 4-8 часов/большую часть дня</p> <p>(5) Более 8 часов/они устойчивы ли постоянны</p>	—	—
<p>Контролируемость</p> <p>Могли ли Вы или можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?</p> <p>(1) Может легко контролировать такие мысли</p> <p>(2) Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями</p> <p>(3) Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями</p> <p>(4) Может контролировать такие мысли с большими затруднениями</p> <p>(5) Не в состоянии контролировать такие мысли</p> <p>(0) Не пытается контролировать такие мысли</p>	—	—
<p>Сдерживающие факторы</p> <p>Есть ли какие-либо сдерживающие факторы (кто-то или что-то), которые удержали Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве (например, семья, религия, страх перед болью, связанной со смертью)?</p> <p>(1) Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства</p> <p>(2) Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас</p> <p>(3) Вы не уверены, что сдерживающие факторы удержали Вас</p> <p>(4) Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас</p> <p>(5) Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас</p> <p>(0) Данный пункт не применим</p>	—	—

<p>Причины суицидального мышления Какие причины были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать чувствовать то, что Вы чувствовали (иными словами, Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?</p> <p>(1) Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей (2) Большею частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей (3) В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей, и для того, чтобы прекратить/остановить боль (4) Большею частью для того, чтобы прекратить/остановить боль (Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали) (5) Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали) (0) Данный пункт не применим</p>	—	—
<p>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ <i>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида.)</i></p>	На протяжении всей жизни	Последние лет
<p>Фактическая попытка самоубийства: Потенциально самоповреждающее действие, совершенное, по крайней мере, с некоторым желанием умереть <i>в результате данного действия</i>. Осуществленные действия отчасти замышлялись как способ убить себя. Намерение необязательно должно быть стопроцентным. Действие может считаться фактической попыткой самоубийства, если с ним ассоциируется хоть какое-нибудь намерение или желание умереть. Реальное нанесение себе повреждений или вреда необязательно, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или вреда. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет сломан, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то</p>	Да Нет	Да Нет

<p>это считается попыткой самоубийства. Обстоятельства, указывающие на наличие намерения: даже если человек отрицает свое намерение или желание умереть, на основании поведения или на основании обстоятельств может быть сделан клинический вывод о намерении. Например, крайне смертоносное действие, которое определено не является несчастным случаем, и, следовательно, намерение самоубийства является единственным возможным объяснением (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его/ее действия могут привести к смерти, также можно сделать вывод о намерении.</p> <p>Предпринимали ли Вы попытку самоубийства?</p> <p>Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред?</p> <p>Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти?</p> <p>Какие действия Вы предпринимали?</p> <p>Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?</p> <p>Хотелось ли Вам (хотя бы немного), умереть когда Вы _____?</p> <p>Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?</p> <p>Или полагали ли Вы, что могли умереть от _____?</p> <p>Или Вы сделали это по совершенно другим причинам, т.е. безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы произошло что-нибудь другое)? (Самоповреждающее поведение без намерения совершить самоубийство) Если да, опишите:</p> <p>Отмечалось ли у субъекта несуйцидальное самоповреждающее поведение?</p>	<p>Общее количество попыток</p> <p>—</p> <p>Да Нет</p>	<p>Общее количество попыток</p> <p>—</p> <p>Да Нет</p>
<p>Прерванная попытка самоубийства:</p> <p>Когда человека прерывают, и ему/ей не удается (по причине внешних обстоятельств) начать потенциально самоповреждающее действие (<i>иначе произошла бы фактическая попытка самоубийства</i>). Передозировка: человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает любое количество таблеток, действие классифицируется как попытка, а не прерванная попытка. Выстрел: человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает оружие, или кто-то (или что-то) мешает нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, действие классифицируется как попытка самоубийства. Прыжок: человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился – его остановили.</p> <p>Случалось ли, что, Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, но кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет</p> <p>Общее количество попыток</p> <p>—</p>	<p>Да Нет</p> <p>Общее количество попыток</p> <p>—</p>

<p>Самостоятельно остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать какие-либо самодеструктивные действия. Примеры самостоятельно остановленных попыток схожи с примерами прерванных попыток, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его/ее.</p> <p>Случалось ли, что, Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, но останавливали себя прежде, чем фактически совершали что-либо? Если да, опишите:</p>		<p>Да Нет</p> <p>Общее количество попыток</p> <p>—</p>	<p>Да Нет</p> <p>Общее количество попыток</p> <p>—</p>
<p>Подготовительные действия или поведение: Действия в связи с предстоящей попыткой самоубийства или подготовка к ней. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как-то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).</p> <p>Предпринимали ли Вы какие-либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к тому, чтобы покончить с собой (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)? Если да, опишите:</p>		<p>Да Нет</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Суицидальное поведение: Было ли в течение оцениваемого периода времени выявлено суицидальное поведение?</p>		<p>Да Нет</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Отвечать только для фактических попыток самоубийства</p>	<p>Дата самой недавней попытки:</p>	<p>Дата попытки с наибольшей вероятностью летального исхода:</p>	<p>Дата самой первой попытки:</p>
<p>Реальная летальность или ущерб здоровью: 0. Телесных повреждений нет, или очень легкие телесные повреждения (например, неглубокие царапины). 1. Легкие телесные повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения связок). 2. Умеренные телесные повреждения; требуется медицинская помощь (например, пострадавший в сознании, но вялый, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Умеренно тяжелые телесные повреждения; требуется госпитализация по медицинским показаниям и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени,</p>	<p>Введите код</p> <p>—</p>	<p>Введите код</p> <p>—</p>	<p>Введите код</p> <p>—</p>

<p>покрывающие менее 20% тела, большая, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы).</p> <p>4. Тяжелые телесные повреждения; требуются госпитализация по медицинским показаниям и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% тела, большая потеря крови с нестабильными основными показателями состояния организма, серьезные повреждения жизненно важных органов).</p> <p>5. Смерть</p>			
<p>Потенциальная летальность: отвечать, только если реальная летальность=0</p> <p>Вероятная летальность фактической попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах определенные действия не нанесли реальный ущерб здоровью, но вероятность летального исхода была очень велика: человек вставил пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому ущерб здоровью не был нанесен; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его/ее оттащили, и наезд поезда не состоялся). 0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам 1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть 2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на оказание доступной медицинской помощи</p>	<p>Введите код</p> <p>—</p>	<p>Введите код</p> <p>—</p>	<p>Введите код</p> <p>—</p>

Список литературы

1. Fusar-Poli P., Tantardini M., De Simone S., Ramella-Cravaro V., Oliver D., Kingdon J., Kotlicka-Antczak M., Valmaggia L., Lee J., Millan M.J., Galderisi S., Balottin U., Ricca V., McGuire P. Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk // *Eur. Psychiatry*. 2017. Vol. 40. P. 65-75.
2. Popovic D., Schmitt A., Kaurani L., Senner F., Papiol S., Malchow B., Fischer A., Schulze T.G., Koutsouleris N., Falkai P. Childhood trauma in schizophrenia: Current findings and research perspectives // *Front. Neurosci*. 2019. Vol. 13. P. 274.
3. Dickerson F., Severance E., Yolken R. The microbiome, immunity, and schizophrenia and bipolar disorder // *Brain Behav. Immun*. 2017. Vol. 62. P. 46–52.
4. Mamakou V., Thanopoulou A., Gonidakis F., Tentolouris N., Kontaxakis V. Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus // *Psychiatriki*. 2018. Vol. 29, N 1. P. 64–73.
5. Hayes J.F., Marston L., Walters K., King M.B., Osborn D.P.J. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014 // *Br. J. Psychiatry*. 2017. Vol. 211. N 3. P. 175–181.
6. Sher L., Kahn R.S. Suicide in schizophrenia: An educational overview // *Medicina*. 2019. Vol. 55, N 7. P.1–11.
7. Suvisaari J., Mantere O., Keinänen J., Mäntylä T., Rikandi E., Lindgren M., Kieseppä T., Raj T.T. Is It Possible to Predict the Future in First-Episode Psychosis? // *Front Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P.1–15.
8. Upthegrove R., Marwaha S., Birchwood M. Depression and schizophrenia: Cause, consequence, or trans-diagnostic issue? // *Schizophr. Bull*. 2017. Vol. 43, N 2. P. 240–244.
9. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Tho a J, Krause M, Sa ara M, Peter N, Arndt T, Bäc ers, Rothe Pipriani A, Davis J, Salanti, eucht S. o parative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi- episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019; 394: 939–51 Published Online July 11, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31135-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3).
10. Krause M, Zhu Y, Huhn M, et al. Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or prominent negative symptoms: a systematic review and meta- analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018;268(7):625–639.
11. Né eth, aszlovsz y I, zobor P, et al. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*. 2017;389(10074):1103–1113.
12. Corponi F, Serretti A, Montgomery S, Fabbri C. Cariprazine specificity profile in the treatment of acute schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of randomized-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*. 2017;32(6):309–318.
13. van Rooi en, Ver eulen JM, Ruhé H, de Haan. Treatin depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. // *CNS Spectrums*, 2018, P.1-10. doi:10.1017/S1092852917000554.
14. Hasan A., Falkai P., Wobrock T. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation // *World J Biol Psychiatry*. – 2015, Apr. – Vol. 16 (3). – P. 142–170.
15. Taylor DM, Yap CY, Knott JC, et al. Midazolam-droperidol, droperidol, or olanzapine for acute agitation: A randomized clinical trial. *Ann Emerg Med*, 2017, 69: 318–326.

16. Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, et al. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 7: CD009377.
17. Yap CY, Taylor DM, Knott JC, et al. Intravenous midazolam-droperidol combination, droperidol or olanzapine monotherapy for methamphetamine-related acute agitation: Subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Addiction*, 2017, 112: 1262–1269.
18. Norman R., Lecomte T., Addington D., Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults // *Can. J. Psychiatr.* 2017. Vol. 62, N 9. P. 617–623.
19. Health Quality Ontario. Cognitive behavioural therapy for psychosis: a health technology assessment // *Ont. Health Technol. Assess. Ser.* [Internet]. 2018. Vol. 18, N 5. P. 1–141.
20. Turner D.T., McGlanaghy E., Cuijpers P., van der Gaag M., Karyotaki E., MacBeth A. Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis // *Sch. Bul.* 2018. Vol. 44, N 3. P 475–491.
21. Kaneko K. Negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: two key symptoms negatively influencing social functioning // *Yonago Acta Med.* 2018. Vol. 61, № 2. P. 91–102.
22. Tripathi A., Kar S.K., Shukla R. Cognitive deficits in schizophrenia: understanding the biological correlates and remediation strategies // *Clin. Psychopharmacol. Neurosci.* 2018. Vol. 16, № 1. P. 7–17.
23. Deckler E., Hodgins G.E., Pinkham A.E. Social cognition and neurocognition in schizophrenia and healthy controls: intercorrelation of performance and effects of manipulations aimed at increasing task difficulty // *Front. Psychiatry.* 07 Aug. 2018. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00356.
24. Breitborde N.J.K., Moe A.M., Ered A., Ellman L.M., Bell E.K. Optimizing psychosocial interventions in first-episode psychosis: current perspectives and future directions // *Psychol. Res. Behav. Management.* 2017. Vol. 10. P. 119–128. 215.
25. Mucci A., Vignapiano A., Bitter I., Austin S.F., Delouche C., Dollfus S., Erfurth A., Fleischhacker W.W., Giordano G.M., Gladyshev I., Glenthøj B., Gütter K., Hofer A., Hubeňák J., Kaiser S., Libiger J., Melle I., Nielsen M.Ø., Papsuev O., Rybakowski J.K., Sachs G., Üçok A., Wojciak P., Galderisi S. A large European, multicenter, multinational validation study of the Brief Negative Symptom Scale. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019 Aug;29(8):947-959. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.05.006. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31255394.
26. Zhu Y. et al. Antipsychotic drugs for the acute treatment of patients with a first episode of schizophrenia: a systematic review with pairwise and network meta-analyses // *The Lancet Psychiatry.* – 2017. – T. 4. – №. 9. – C. 694-705.
27. Siskind D., Siskind V., Kisely S. Clozapine response rates among people with treatment-resistant schizophrenia: data from a systematic review and meta-analysis // *The Canadian Journal of Psychiatry.* – 2017. – T. 62. – №. 11. – C. 772-777.
28. Larsen J. R. et al. High prevalence of prediabetes and metabolic abnormalities in overweight or obese schizophrenia patients treated with clozapine or olanzapine // *CNS spectrums.* – 2019. – T. 24. – №. 4. – C. 441-452.
29. Dudley K., Liu X., De Haan S. Chlorpromazine dose for people with schizophrenia // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2017. – №. 4.
30. Kim H. O., Seo G. H., Lee B. C. Real-world effectiveness of long-acting injections for reducing recurrent hospitalizations in patients with schizophrenia // *Annals of general psychiatry.* – 2020. – T. 19. – №. 1. – C. 1-7.
31. Magliocco F. et al. Second-generation long-acting injections anti-psychotics improve executive functions in patients with schizophrenia: a 12-month real-world study // *International journal of psychiatry in clinical practice.* – 2020. – T. 24. – №. 2. – C. 201-207.

32. Beach, S. R., Gross, A. F., Hartney, K. E., Taylor, J. B., & Rundell, J. R. (2020). Intravenous haloperidol: A systematic review of side effects and recommendations for clinical use. *General Hospital Psychiatry*. doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.08.008.
33. Zheng W., Xiang Y-O., Cai D-B at al. Adjunctive Fluvoxamine for Schizophrenia: A Meta-analysis of Randomized Double-Blind, Placebo-Controlled Trials. *J.Clin Psychopharmacol*2020;40(4): 386-390. doi: 10.1097/JCP.0000000000001245.
34. Mulholland C., Lynch G., King A., Cooper S. A double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for depressive symptoms in patients with stable, chronic schizophrenia. *J. Med Sci*, 2020;36(3):516-520.
35. Wang N., Zheng N., Dong M., He J. Paroxetine combined with olanzapine in the treatment of schizophrenia *Pak J Med Sci*. 2020 Mar-Apr;36(3):516-520.