Клинические рекомендации
Шизофрения

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:	**F20.0**
Возрастная группа:	взрослые
Год утверждения:	

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество психиатров

II. Оглавление

III. Список сокращений 4

IV. Термины и определения 5

V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний

2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). 6

3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). 7

4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и 7

5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7

6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7

VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 8

1. Жалобы и анамнез 8

2. Физикальное обследование 9

3. Лабораторные диагностические исследования 10

4. Инструментальные диагностические исследования 10

5. Иные диагностические исследования (психометрическая диагностика) 11

VII. Лечение шизофрении 11

Терапия первого эпизода (манифестного приступа) 11

Психотерапия 14

Критерии оценки эффективности лечения 15

Стратегии при неэффективности терапии первого выбора 16

Терапевтические стратегии при неэффективности СИОЗС, трициклических антидепрессантов (ТЦА) (**кломипрамина, **имипрамина) и бензодиазепинов 19

Противорецидивная терапия 20

Нерекомендованные методы терапии 21

VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 21

IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 22

X. Организация оказания медицинской помощи 22

XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 23

XII. Критерии оценки качества медицинской помощи 24

XIII. Список литературы 25

XIV. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 33

XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 34

XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата 36

Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения ПР 36

XVII. Приложение Б. Алгоритмы действий врача 38

Приложение Б1. Алгоритм ведения пациентов 38

Приложение Б2. Алгоритм диагностики Ш 39

Приложение Б3. Алгоритмы терапии Ш 40

XVIII. Приложение В. Информация для пациента 42

XIX. Приложение Г. 44

III. Список сокращений

АВП – антипсихотик второго поколения

АД – антидепрессанты

АПП – антипсихотик первого поколения

БТ – быстрая транквилизация

ГП – гиперпролактинемия

ЗНС – злокачественный нейролептический синдром

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

МРТ – магнито-резонансная томография

РКИ – рандомизированные клинические исследования

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и нораденалина

ТМС - транскраниальная магнитная стимуляция

ТЦА – трициклические антидепрессанты

ХПЭ – хлопромазиновый эквивалент

Ш - шизофрения

ЭКГ – электрокардиография

ЭПС – экстрапирамидные симптомы

ЭСТ – электросудорожная терапия

ЭХО-ЭГ – эхоэнцефалография

ЭЭГ – электроэнцефалография

** препарат входит в список «Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты»

- в инструкции по применению не указанно данное заболевание или расстройство

IV. Термины и определения

Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататоно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.) и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

Антипсихотики (нейролептики) – группа психофармакологических средств психолептического действия, подавляющих дофаминовую нейропередачу за счет блокады дофаминовых рецепторов II типа и способных редуцировать психотическую симптоматику и психомоторное возбуждение.

Типичные (традиционные) нейролептики или антипсихотики первого поколения объединяют антипсихотические средства, первоначально появившиеся в клинической практике.

Атипичные антипсихотики или антипсихотики второго поколения обладают лучшей неврологической переносимостью в связи с особенностями их нейрохимического профиля действия (напр., антагонизм к серотониновых рецепторам второго типа, частичный агонизм к дофаминовым рецепторам и др.).

Инъекционные антипсихотики пролонгированного действия составляют отдельную группу из числа препаратов первой и второй генераций и в силу фармакокинетических особенностей постепенного высвобождения активного препарата из внутримышечных депо или деградации биомолекул обладают способностью поддерживать терапевтическую концентрацию в плазме крови в течение длительного времени после одной инъекции (обычно от 2 недель до 3 месяцев).

Нелекарственные методы биологического воздействия – терапевтическое вмешательство, не относящееся к фармакологическому и использующее другие методы физикального лечения (например, электросудорожная терапия, плазмаферез, транскраниальная магнитная стмуляция, лазеротерапия и др.)

Психосоциальная терапия и реабилитация – формирование или восстановление недостаточных или утраченных (в условиях, нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности), навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний

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.).

2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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% [1-3].

Наряду с генетическими и эпигенетическими существенное значение в развитии заболевания имеют средовые факторы [4]. 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) [5]. 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, герпес (отношение шансов 3,06), а также раннюю детскую психологическую травму (отношение шансов 5,94) [6, 7]. В последние годы специальное внимание в отношении развития шизофрении уделяется микробиоте [8].

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 [9]. В частности, это проявляется нерезко выраженным, но статистически значимым уменьшение интракраниального объема у недавно заболевших пациентов с шизофренией (величина эффекта 0,2) [10], 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 (величина эффекта 0,4). 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 дофаминововая теория в настоящее время не рассматривается изолировано, а является существенным компонентом более широкой нейротрансмиттерной теории [11], 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 [9]. 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 [9, 215]. Избыток свободных радикалов вследствие активации микроглии оказывает повреждающее действие и приводит к нарушению нейрогенеза и патологии белого вещества у больных шизофренией.

3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Медиана заболеваемости шизофренией составляет 15,2 на 100 тыс. населения в год с 80% доверительным интервалом в пределах 8–43 на 100 тыс. населения [12]; показатель болезненности в течение жизни колеблется в пределах 0,3–2,0%, в среднем – 0,7% [13]. 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 [14]. В Российской Федерации число лиц, которым впервые в жизни был установлен диагноз шизофрении, в 2016 году составлял 7,83 на 100 тысяч населения [15]; общая болезненность (2018 г.) – 321,6 на 100 тысяч населения (или 0,32%) [16, 17].

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 [18].

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 [19]. 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 [20-22].

4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (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.

5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Согласно МКБ-10, заболевание классифицируют как по клиническим формам (параноидная шизофрения, гебефренная шизофрения, кататоническая шизофрения, недифференцированная шизофрения, простая шизофрения, резидуальная шизофрения и др.), так и по типам течения (первый эпизод, эпизодическое течение, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, непрерывное течение, малопрогредиентное течение и др.). Важное значение также имеет выделение отдельных симптомокомплексов (дименсий) психопатологической симптоматики (позитивная симптоматика, негативная симптоматика, дезорганизация речи и мышления, аффективная симптоматика, когнитивные нарушения, кататоническая симптоматика и др.), которые могут индивидуально широко варьироваться по тяжести выраженности и определяют многообразие клинической картины заболевания.

6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 сочетается с отдельными расстройствами восприятия, тревогой, не достигающей степени синдромальной оформленности депрессией или другой неспецифической психопатологической симптоматикой [23,24].

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 [27].

Согласно МКБ-10, выделяют несколько форм шизофрении: параноидная, гебефреническая (гебефренная), 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 (гебефренная) 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 [28, 29], 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 [181, 220].

VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

1. Критерии установки диагноза

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

G1. 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 сверх-человеческих 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 прогредиентным развитием дефекта прогредиентное развитие "негативной" симптоматики в промежутках между психотическими эпизодами
F20.x2 эпизодическое со стабильным дефектом стойкая, но не прогредиентная "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 Гебефренная 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 F205;
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 G1 (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.

2. Жалобы и анамнез

- У всех пациентов при проведении первичного осмотра (во время беседы с пациентами и их родственниками) рекомендовано [30, 31]:
  - 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.

Уровень достоверности доказательств – 3.
Уровень убедительности доказательств – В.

Комментарии:

- 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.

Пошаговый алгоритм диагностики шизофрении в общем виде представлен в алгоритме 1. 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 продолжаются в течение более длительного периода (алгоритм 1). 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 (алгоритм 1).

Уровень достоверности доказательств – 3.
Уровень убедительности доказательств – B.

3. Физикальное обследование

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 [31].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – C.

4. Лабораторная диагностика

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики шизофрении.

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 следующем объеме: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи; исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови для исключения возможных соматических причин развития имеющихся симптомов [31].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – C.

5. Инструментальная диагностика

Не существует каких-либо инструментальных методов диагностики шизофрении.

- 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 [31].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

- 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 [31].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

- 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 [31].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С.

6. Иные диагностические исследования

Для уточнения особенностей клинического состояния пациента рекомендовано

- определение наличия и выраженности аффективной симптоматики [32];
- определение наличия и выраженности дезорганизации мышления и речи [33-35];
- определение наличия и выраженности аутоагрессивных и/или суицидальных мыслей и тенденций [36];

- определение наличия и выраженности агрессивного поведения [37];
- осуществление патопсихологического обследования – при первичной диагностике (с целью уточнения диагноза) и в дальнейшем, при определении динамики заболевания (при необходимости) [30, 31];
- осуществление нейропсихологического обследования (в том числе уточнение нарушений памяти, внимания, скорости обработки информации, проблемно-решающего поведения) с целью определения когнитивных нарушений (при необходимости) [38].

Уровень достоверности доказательств – 2.

Уровень убедительности доказательств – В.

7. Дифференциальный диагноз

Рекомендуется [30, 31] 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 (см. алгоритм 1). С этой целью в случае необходимости обязательно рекомендуется сделать общий и биохимический анализ крови, 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.

Уровень достоверности доказательств – 3.

Уровень убедительности доказательств – В.

Для осуществления дифференциального диагноза с другими психическими заболеваниями рекомендуется изучение анамнеза, выделение ведущего синдрома и катамнестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания [30, 31].

Уровень достоверности доказательств – 3.

Уровень убедительности доказательств – В.

Дифференциальную диагностику рекомендуется проводить с
- 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 [30, 31].

VII. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Терапия первого выбора

- 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 препараты (нейролептики) [30, 39-41].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

Комментарий: *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 [42-45].*

Первый эпизод шизофрении (манифестный приступ)

- Препаратами первого выбора могут быть как антипсихотические препараты первого поколения (АПП), так и антипсихотические препараты второго поколения (АВП) [30, 40, 42-45].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

- В связи с меньшим риском развития экстрапирамидных симптомов, в случае первого эпизода шизофрении, предпочтение следует отдать АВП [46-50].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – С.

- У пациентов с первым эпизодом шизофрении эффективная доза антипсихотика может быть ниже в сравнении с хроническими больными [40, 48-50].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: *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)

- В целом, все АВП и АПП могут быть терапией выбора у пациентов с острым психотическим эпизодом (приложение Б2, Б3) [41, 49-51].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

Комментарий: *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. К сожалению, доказательных исследований по изучению дифференцированного воздействия различных антипсихотиков на отдельные клинические синдромы и формы течения шизофрении не проводилось [41, 42]. Большая часть их была проведена у больных параноидной формой шизофрении. Однако имеются отдельные доказательные данные по лечению больных с кататонией (кататонической формой шизофрении), большим удельным весом отдельных доменов (факторов или дименсий) симптомов Ш, включая депрессивную, негативную (резидуальная и простая форма шизофрении) и когнитивную (дезорганизация мышления) симптоматику, а также при терапевтической резистентности [44-51, 216-220] (см. соответствующие разделы рекомендаций). Доказательных исследований по терапии гебефренной и других раноначавшихся (ядерных) форм шизофрении не проводилось. Тем не менее имеется экспертное мнение о преимуществе в данных случаях АПП и АВП, обладающих более мощным глобальным антипсихотическим эффектом (галоперидол**, зуклопентиксол**, клозапин, оланзапин**, рисперидон**).*

• АВП характеризуются меньшим риском развития неврологических (экстрапирамидных) побочных эффектов, в особенности поздней дискинезии и злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) [41, 43, 45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

• У АВП существуют определенные преимущества в отношении лучшей комплаентности и преждевременного прекращения терапии [41, 51-54].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

• Некоторые АВП могут иметь преимущество над другими АВП и АПП в отношении общей эффективности и в отдельных клинических ситуациях (приложение Б4) [41, 42, 48].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· Необходимость смены препарата рассматривается только после того, как терапия настоящим антипсихотиком в случае отсутствия противопоказаний и хорошей переносимости была проведена в течение как минимум 4–6 недель в оптимальной терапевтической дозировке [30, 40-42].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: *В качестве промежуточного шага при отсутствии терапевтического эффекта целесообразно повышение дозы антипсихотика до максимально разрешенной в действующей на территории РФ инструкции по препарату (*приложение Б3*).*

*Достаточно часто проведение антипсихотической терапии сопровождается развитием экстрапирамидной симптоматики (ЭПС). В этом случае необходимо применение терапевтических мероприятий по её купированию (см. раздел «Ведение побочных эффектов» и табл.3). При персистировании ЭПС в дальнейшем, несмотря на её коррекцию, целесообразен перевод на другой антипсихотик с более благоприятным профилем неврологической переносимости (*приложение Б3, Б4*).*

• В случае достижения терапевтического эффекта при приеме АПП без развития выраженных побочных явлений не рекомендуется смена АПП на АВП [43-47].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· При неэффективности АПП целесообразен перевод на терапию АВП (приложение Б3) [41, 42, 50].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: *При неэффективности второго курса антипсихотического препарата психотическая симптоматика расценивается как терапевтически резистентная с необходимостью проведения специальных лечебных мероприятий (см. раздел «терапевтически резистентная шизофрения» и приложение Б3).*

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. Эти данные для АВП суммированы в приложении Б4.

· Клозапин в качестве препарата первого выбора рекомендуется при указаниях на терапевтическую резистентность [40, 41, 43-45, 55-57].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

• Клозапин в качестве препарата первого выбора рекомендуется при увеличении суицидального риска [55-58].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· При повышенной массе тела, диабете 2 типа и метаболическом синдроме не рекомендуется назначать оланзапин** и клозапин [40, 41, 43-45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· При нейроэндокринных нарушениях, связанных с гиперпролактинемией, не рекомендуется назначать АПП, амисульприд и рисперидон** [40, 41, 43-45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· При нарушениях сердечного ритма не рекомендуется назначать сертиндол**, зипрасидон и тиоридазин**[40, 41, 43-45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

• При судорожном синдроме или снижении порога судорожной готовности не рекомендуется назначать клозапин и некоторые АПП [40, 41, 43-45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – B.

Комментарий: *при первичном выборе антипсихотика 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 [40]. В случаях неустойчивости достигнутой ремиссии при проведении долечивающей или стабилизирующей антипсихотической терапии дозы эффективного антипсихотика остаются прежними или снижаются незначительно [30, 40, 41]. В этом случае также возможен перевод на антипсихотики пролонгированного действия (см. раздел «пролонгированные антипсихотики»).*

Дозы препаратов

• В терапии острого эпизода шизофрении, желательно стремиться использовать более низкие терапевтические дозировки препаратов [30, 41, 42].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – C.

• Стратегии быстрого наращивания дозировок, использование высоких ударных доз и дозировок, превосходящих рекомендуемые, не продемонстрировали большей терапевтической эффективности, но сопряжены с увеличением числа побочных эффектов [30,41, 43].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – B.

· 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 использованием препаратов в дозировках в диапазоне 500–900 мг (приложение А4, табл. 5) [57-61].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – A.

Комментарий: *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

• У пациентов с терапевтически резистентной шизофренией клозапин должен быть рассмотрен в качестве средства первой линии выбора (приложение Б3) [42, 54, 62].
Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – B.
· Целевая дозировка клозапина распределяется в диапазоне 100–900 мг/сут [42, 54, 62].
Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – B.
· Комбинирование клозапина с другим АВП (предпочтительно рисперидоном**или арипипразолом) может иметь преимущества в сравнении с монотерапией [41, 42, 54].
Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – C.
• Доказательства эффективности стратегий аугментации клозапина некоторыми антидепрессантами и нормотимиками ограничены [41, 42].
Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – D.
Комментарий: *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 [42].*

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 [46-50]. 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 [63-73].

Негативные симптомы

• Пациенты должны прицельно оцениваться для выявления негативных симптомов, при этом необходимо исключить вторичный характер негативной симптоматики [74].
Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – C.
Комментарий: *Первым диагностическим шагом в данном случае является выявление возможных проявлений психоза, которые могут «маскировать» негативную симптоматику (приложение Б5). 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 (приложение Г)* [41, 74].
· В диагностике негативной симптоматики при шизофрении следует использовать шкалу оценки негативных симптомов BNSS (приложение 4) [75].
Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – C.

· 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 (приложение Б5) [76].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *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 [74]. Клиническая оценка целесообразности замены АПП на АВП основывается на тщательном соотнесении рисков и возможной пользы. В первую очередь это относится к оценке рисков экзацербации психотической симптоматики. При принятии решения об изменении лечения смена препаратов должна быть перекрестной* [41]. *В случае неэффективности назначенного АВП по отношению к доминирующей негативной симптоматике у пациентов с большой длительностью заболевания дальнейшие терапевтические вмешательства следует проводить в соответствии с алгоритмом 3 (см приложение).*

• Терапевтическая тактика у пациентов с первым эпизодом шизофрении с доминирующей и персистирующей негативной симптоматикой предполагает назначение карипразина [77,78].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· Имеются достаточные данные об эффективности амисульприда при его применении в дозе 50-300 мг по отношению к первичной негативной симптоматике [79, 80].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: *В случае неэффективности отдельных терапевтических шагов принятие последующих клинических решений у первичных и длительно болеющих пациентов проводится в соответствии с алгоритмом терапии (приложение Б5).*

• Имеются ограниченные данные об эффективности оланзапина** и кветиапина** в терапии больных шизофренией с преимущественно негативной симптоматикой [81-82].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – В.

· Имеются ограниченные данные об эффективности #миртазапина и #миансерина при их комбинированном назначении с антипсихотиками [83,84].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Терапия когнитивных симптомов

· Антипсихотические препараты обладают небольшой либо умеренной эффективностью в отношении когнитивных нарушений [41, 85-87].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарии: *Наличие когнитивных нарушений является одной из основных преград для социальной и профессиональной реабилитации больных шизофренией [38-40].*

· При когнитивных нарушениях может быть рекомендовано назначение АВП с некоторыми ограничениями доказательных данных [85-87].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: *Результаты сравнения АПП и АВП являются противоречивыми. В некоторых исследованиях приводятся данные о превосходстве АВП, в то время как в*

других – об отсутствие отличий. Тем не менее, ни в одном из исследований не приводятся данные о преимуществе АПП [41, 86, 87].

· Имеются данные об эффективности некоторых ингибиторов холинэстеразы (#донепезил и #галантамин**) при их присоединении к антипсихотику [88].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Диагностика и терапия депрессивных симптомов, оценка риска суицида

· Пациенты с Ш должны регулярно оцениваться для выявления депрессивных симптомов, при этом необходимо исключить соматические или лекарственные причины развития депрессии [41, 89,90].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· В диагностике депрессии при шизофрении следует использовать шкалу Калгари для оценки депрессии при шизофрении)(приложение Б6) [91].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *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 [40, 92-98]. Депрессивные симптомы необходимо дифференцировать от побочных эффектов антипсихотической терапии (в первую очередь от нейролептической дисфории, акинезии и акатизии) и первичных негативных симптомов шизофрении (приложение Б6) [99-106]. Однако первым диагностическим шагом в данном случае является выявление возможных проявлений психоза, которые могут обуславливать депрессию (приложение Б6) [41, 107, 108]. В этом случае единственным терапевтическим выбором должно быть усиление антипсихотической терапии. Также необходимо выявить возможную связь депрессии с реактивными механизмами и дезадаптацией. В данном случае показано проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий (приложение Б6) [108]. Показанием к коррекции терапии в первую очередь является длительность и тяжесть депрессивных симптомов (приложение Б6) [108].*

· Депрессивные симптомы во время острых психозов часто редуцируются параллельно с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой и не требуют назначения антидепрессанта [106-108].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – С.

· При смене нейролептика следует отдавать предпочтение препаратам с выраженным тимоаналептическим компонентом действия, таким как кветиапин, луразидон или другим АВП за исключением рисперидона (приложение Б6) [109-113].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *Данные об антидепрессивном действии антипсихотических препаратов в состоянии ремиссии ограничены. В большинстве исследований антипсихотиков при шизофрении оценка депрессивных симптомов не являлась основной задачей, степень их выраженности не обозначалась в критериях включения, редукция депрессии не рассматривалась как критерий эффективности терапии* [41, 106, 113].

· Назначение антидепрессантов ограничивается преимущественно так называемыми постпсихотическими депрессиями при неэффективности других терапевтических мероприятий [41, 108, 114-117].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· При необходимости назначения антидепрессантов предпочтение имеют СИОЗС, а при их неэффективности – СИОЗСН и ТЦА (приложение Б6) [116-128].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: *Препаратами первой линии являются СИОЗС. При отсутствии эффекта в течение 4−6 недель следует заменить антидепрессант препаратом с другим механизмом действия (СИОЗСН, трициклические антидепрессанты, миртазапин [116-126). Альтернативной возможностью на данном этапе является замена антипсихотического препарата кветиапином**, арипипразолом или луразидоном при продолжении терапии прежним антидепрессантом* [109-114].

· При терапевтической рефрактерности депрессивной симптоматики необходимо проведение противорезистентных мероприятий [108, 122] (приложение Б6).

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: *Если депрессивная симптоматика сохраняется в течение 6−8 недель, рекомендуется приступить к проведению последовательных противорезистентных мероприятий, включающих ТМС и ЭСТ [64, 70-72, 108, 129, 130]. При невозможности осуществления последних следует продолжить подбор психофармакотерапии с использованием других антипсихотиков (амисульприд, зипрасидон, флупентиксол**, клозапин, сульпирид**, палиперидон**, сертиндол**) и антидепрессантов или адъювантной терапии антиконвульсантами (#вальпроевая кислота**, #карбамазепин** [108]).*

• При выявлении факторов риска суицидального поведения, особенно при сопряженности их с имеющейся психотической симптоматикой, целесообразна замена антипсихотика на клозапин, поскольку имеются убедительные данные о снижении риска при его применении [131-137].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· Отдельной возможной опцией при суицидальном риске, особенно при наличии в течении заболевания аффективных колебаний, является адъювантная терапия #солями лития [138].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: *Определение суицидального риска является первостепенным диагностическим шагом [41, 108, 134]. Оно включает в себя направленное клинико-анамнестическое обследование с последующим выявлением и динамической оценкой факторов риска суицида (по шкалам SAD-Person и Колумбийской шкале суицидального риска)(приложение Г 5 и Г6)[134].*

• ЭСТ может быть рекомендована лишь в определенных случаях тяжелой депрессии и/или суицидального поведения с ограниченной доказательностью [130].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – С.

<u>Терапия возбуждения и агрессии</u>

• На первом допсихофармакологическом этапе ведения пациента с проявлениями возбуждения применяются методики деэскалации (приложение Б7) [139-141].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: *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 (алгоритм 4) [137-139]*.

· Пероральная, буккальная (ородиспергируемые таблетки) психофармакотерапия используется в качестве первого шага, при условиях возможности его применения (наличия комплаентности) (алгоритм 4)[142-145].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Лоразепам более предпочтителен для терапии возбуждения среди других бензодиазепинов в силу короткого периода полувыведения и отсутствия угнетающего влияния на дыхательную систему полувыведения [41, 139, 146].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Терапию возбуждения низкопотентными антипсихотиками (хлорпромазин**, левомепромазин**) рекомендуется проводить с осторожностью в связи с худшей их переносимостью [41, 139, 146].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: *При нетяжелом возбуждении и комплаентности пациента могут быть более предпочтительны пероральные формы лекарственных средств с седативным компонентом действия. В данном случае бензодиазепины (в первую очередь, лоразепам**), #прометазин и антипсихотические препараты демонстрируют сравнимую эффективность в терапии возбуждения и агрессии (алгоритм 4) [146-148]. На данном этапе терапии пациент требует наблюдения каждый час [146-148]*.

· Парентеральная терапия психотического возбуждения применяется при неэффективности пероральной терапии, невозможности её применения, а также при изначальной тяжести симптоматики *[41, 139, 147, 149-153]*.

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

• Парентеральные формы АВП не уступают в эффективности внутримышечной форме галоперидола**, но вызывают меньшее число неврологических побочных эффектов [154-157].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

Комментарий: *Терапевтические подходы при возбуждении и агрессии должны быть дифференцированными. Проявления агрессии, а также состояния с высоким риском её развития требуют проведения ургентных терапевтических мероприятий. Они включают применение быстрой транквилизации (БТ), а при необходимости – фиксации или изоляции [41, 139, 158, 159]. 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) [139, 159]. Также желательно обеспечение техническими средствами, необходимыми для ургентной помощи при развитии побочных эффектов, в том числе возможность назначения флумазенила (антагониста бензодиазепиновых рецепторов) [159]*.

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 (приложение Б7) [41, 139, 160]. 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 анестезии [41, 139, 161, 162]. Применение для контроля возбуждения БТ рассматривается как средство последней линии [139, 159]. Однако при крайне тяжелом возбуждении, сопряженным с рисками агрессии, её следует применять незамедлительно.

· Комбинированная внутримышечная психофармакотерапия применяется при неэффективности внутримышечной монотерапии [*41*, 42, 139, 159].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

Комментарий: *При использовании данной комбинации необходимо учитывать повышенный риск развития побочных эффектов, что требует постоянного наблюдения за пациентом. Обычно используются комбинации галоперидола** с бензодиазепинами (в первую очередь, рекомендуется лоразепам**) или #прометазином* [148, 152, 159].

· В связи с риском развития дыхательной недостаточности не рекомендуется комбинированное применение внутримышечной формы бензодиазепинов с клозапином [*41*].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· При неэффективности комбинированной парентеральной внутримышечной терапии применяется внутривенное введение бензодиазепинов (диазепам**, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин**) либо антипсихотиков (галоперидол**, хлопромазин**, дроперидол**) [161, 162].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *При применении внутривенного пути введения предпочтителен капельный способ. При внутривенном введении препаратов необходимы постоянное наблюдение персонала у постели больного, мониторинг ЭКГ, артериального давления и сатурации* [161, 162]. *При внутривенном применении дроперидола** из-за риска удлинения интервала QT мониторинг ЭКГ является строго обязательным [162, 164]. 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) [162-165].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *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* [*41*]. *В качестве альтернативных терапевтических опций рассмотрение возможности применения #дексмедетомидина и #кетамина** [165, 166].

<u>Терапия кататонических симптомов</u>

· Первым шагом в ведении пациентов является проведение дифференциального диагноза с исключением других причин развития кататонии [41].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комменарий: *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 [167, 168].*

• Важнейшим компонентом лечения является стабилизация водно-электролитных нарушений, проведение гомеостатической терапии [41, 167].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· Препаратами выбора являются бензодиазепины (диазепам**, лоразепам**) [167-169].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· Доказательных данных об эффективности бромдигодрохлорфенилбензодиазепина** в лечении кататонической симптоматики не обнаружено, однако имеются описания клинических случаев, демонстрирующих его положительный эффект [170].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – F.

· При хорошей реакции на терапию бензодиазепинами, эффект обычно развивается в течение нескольких дней [168, 169].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· При отсутствии/недостаточности эффекта в течение нескольких дней терапии, а также при необходимости быстрого разрешения симптомов (например, злокачественной кататонии) необходимо рассмотрение возможности более раннего применения ЭСТ [171].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комменарий: *В большинстве национальных клинических руководств по ЭСТ рекомендуется ее применение при кататонии по билатеральной методике, с возможностью применения первых 3-7 процедур ежедневно [171]. Известно, что эффективность ЭСТ при кататонии достаточно высока и в большинстве случаев при её применении по отношении к кататонии, развившейся в рамках острого психоза, удается полностью оборвать симптоматику.*

· Для лечения кататонических симптомов при Ш предпочтительно применение АВП с благоприятным профилем неврологической переносимости, а также хлопромазина** [41, 167].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комменарий: *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 хлопромазин**), которые применяют в очень низких терапевтических дозах и на более поздних этапах терапии [41].*

Длительная (противорецидивная) терапия

• Антипсихотики являются эффективными препаратами для профилактики рецидивов, при этом вероятность их развития по сравнению с плацебо сокращается в несколько раз [30, 39-45].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

· АПП и АВП не отличаются между собой по степени редукции симптоматики при длительной терапии [172, 173].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

· Имеется ряд данных в пользу отдельных АВП по показателям частоты прекращения терапии и профилактике рецидивов [172-174].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· Снижение риска развития неврологических побочных эффектов (в частности, поздней дискинезии) является преимуществом АВП (алгоритм 4) [172-174].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

· При длительной терапии, когда вторичная негативная симптоматика становится менее выраженной, некоторые АВП обладают рядом преимуществ в отношении коррекции негативной симптоматики (алгоритм 5) [41, 172].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· При длительной терапии поздняя дискинезия и метаболические побочные эффекты оказывают наибольшее влияние на состояние здоровья пациента. Рекомендуется непрерывный мониторинг, раннее выявление и лечение этих побочных эффектов [41, 172].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· При проведении длительной противорецидивной терапии необходимо использовать тот антипсихотический препарат, который обладал наилучшим эффектом и переносимостью у данного пациента в ходе купирования эпизода обострения и в процессе стабилизации состояния, т.е. на первых этапах терапии [41, 42, 172].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *Подбор антипсихотического препарата у каждого пациента необходимо проводить индивидуально с учетом опыта предшествующего применения определенных групп препаратов и профиля побочных эффектов* [41, 172].

Длительность терапии

· У пациентов с первым эпизодом рекомендуется непрерывная антипсихотическая терапия в течение, по крайней мере, одного года [30, 41-45, 172].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

· У пациентов с несколькими эпизодами следует решить вопрос о поддерживающей терапии на протяжении 2-5 лет (при сохраняющейся симптоматике и частых рецидивах – пожизненная терапия) [30, 41-45, 172].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *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 [*30, 41-45, 172*]*.

· Во всех случаях рецидивирующего хронического течения шизофрении рекомендуется непрерывная антипсихотическая фармакотерапия [30, 41-45, 172].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

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

• В настоящее время имеются достаточные доказательства в поддержку использования антипсихотических препаратов-депо для профилактики рецидивов шизофрении, тем не менее, невозможно выявить достоверных различий в эффективности между пероральными препаратами и лекарственными формами-депо [41, 172].

Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

Комментарий: *При проведении длительной противорецидивной терапии у больных с низкой комплаентностью рекомендуются инъекционные антипсихотические препараты пролонгированного действия, которые 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 (поэтапное 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 – поддержать 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 конста и палиперидона пальмитата)(приложение А4, таблица 6).

Подбор дозы осуществляют индивидуально. Примерные дозы и длительность действия препаратов приведены в приложении А4, таблица 6. При переводе больного с одного препарата на другой можно использовать следующие ориентировочные эквиваленты:

- *флупентиксола деканоат 40 мг каждые 2 недели;*
- *флуфеназина деканоат 25 мг каждые 2 недели;*
- *галоперидола деканоат 100 мг каждые 4 недели;*
- *зуклопентиксола деканоат 200 мг каждые 2 недели;*
- *рисперидон конста 37,5 мг каждые 2 недели;*
- *палиперидон пальмитат месячного действия 75 мг каждые 4 недели;*
- *палиперидон пальмитат трехмесячного действия 263 мг каждые 3 месяца.*

Эти эквиваленты не могут быть экстраполированы на максимальные дозы.

· Имеется достаточный объем данных в поддержку использования инъекционной формы рисперидона** и палиперидона длительного действия** для лечения шизофрении [41, 176].
Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.

<u>Качество жизни</u>

• Антипсихотики улучшают качество жизни пациентов с шизофренией, однако нет доказательств в поддержку какого-либо конкретного препарата или группы [30, 41-45, 193].
Уровень достоверности доказательств – 1, Уровень убедительности рекомендации – А.
· Существуют некоторые доказательства того, что на фоне приёма отдельных АВП улучшаются показатели субъективного самочувствия [30, 41-45, 177].
Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.
· Значимым фактором является наличие побочных эффектов, а их снижение и контроль важны для улучшения качества жизни пациентов [30, 41-45, 177].
Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

• Оценка показателей социального функционирования осуществляется по шкале PCP (приложение) [178].
Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Побочные эффекты антипсихотической фармакотерапии

Экстрапирамидные побочные симптомы (ЭПС)

• ЭПС наиболее часто развиваются при применении АПП, у некоторых АВП могут также отмечаться дозозависимые ЭПС (табл. 3) [30, 41-45, 179].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарии: *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. Риск развития ЭПС выше при лечении нейролептиками из группы пиперазиновых фенотиазинов и бутирофенонов [39-46, 172].. 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 (табл. 3)[30, 40-45].

Таблица 3. Купирование побочных явлений нейролептической терапии

Нежелательное явление	*Рекомендуемая терапия*
Острая дистония	*Бипериден 5-10 мг или дифенилгидрамин** 50-75 мг*
Псевдопаркинсонизм (акинето-ригидный симптомокомплекс)	*Тригексифенидил** 2-12 мг, бипериден 5-10 мг*
Акатизия	*Пропранолол** 10-20 мг, бипериден 5-10 мг*
ЗНС	*Отмена нейролептика. Детоксикационная, инфузионная и гомеостатическая терапия, мышечные релаксанты, непрямые агонисты дофамина*
Поздняя дискинезия	*По возможности прекращение приема нейролептика. Витаминотерапия С, Е. Продолжение лечения атипичным антипсихотиком.*

• Назначение антихолинергических средств для профилактики ЭПС при антипсихотической терапии необоснованно и не рекомендуется, так как они развиваются не у каждого пациента [*30, 40-46*, 172, 179].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

• Антипаркинсонические препараты могут способствовать развитию поздней дискинезии и ухудшать ее течение, а также вызывать лекарственную зависимость и когнитивные нарушения [*30, 40-46*, 172, 179].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Нейроэндокринные и метаболические и другие побочные эффекты

· Наиболее часто гиперпролактинемию (ГП) вызывают АПП, но также амисульприд, рисперидон** и палиперидон** [*30, 40-45,* 172].

Уровень убедительности рекомендаций В, Уровень достоверности доказательств – 3.

· При наличии клинических проявлений ГП (галакторея, нарушения менструального цикла, сексуальные дисфункции, гинекомастия) рекомендуется проводить исследование уровня пролактина [*30, 41-45,* 172].

Уровень убедительности рекомендаций В, Уровень достоверности доказательств – 3.

Комментарий: *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.*

При применении АВП метаболические побочные эффекты наблюдаются чаще (табл.4) [30, 41-45, 18*]*.

• Метаболические побочные эффекты наиболее часто развиваются при применении клозапина и оланзапина**, несколько реже при применении кветиапина и рисперидона и редко при применении других АВП [43-44, 47-49, 180].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

• При нарушениях сердечного ритма не рекомендуется назначать сертиндол**, зипрасидон и тиоридазин**[40, 41, 43-45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: Удлинение интервала QT является фактором риска развития внезапной сердечной смерти. Интервал QT более 450 ms у мужчин и более 470 ms у женщин считается удлиненным [43-45].

• При судорожном синдроме или снижении порога судорожной готовности не рекомендуется назначать клозапин и некоторые АПП [40, 41, 43-45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

• Седация наиболее часто развивается при применении клозапина и кветиапина, несколько реже при применении оланзапина и луразидона [40, 41, 43-45].

Уровень достоверности доказательств – 3, Уровень убедительности рекомендации – В.

Таблица 4. Частота развития побочных эффектов при применении АВП и галоперидола

Препараты / Побочные эффекты	Галоперидол	Арипипразол	Амисульприд	Зипрасидон	Карипразин	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	+	(+)	+	(+)	+	++	(+)	(+)	+	+	+	(+)

• С целью профилактики развития соматических побочных явлений при проведении антипсихотической фармакотерапии рекомендуется регулярно проводить следующие лабораторные и клинические исследования (табл. 5) [*30, 41-45*, 18].

Уровень убедительности рекомендаций С, Уровень достоверности доказательств – 4.

Таблица 5. График мониторирования некоторых соматических показателей при применении антипсихотической фармакотерапии

	до лечения	4 недели	8 недель	12 недель	ежеквартально	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
Формула крови*	X	X		X		X
ЭКГ	X	X			X	X
ЭЭГ	X	X				

Примечание: * - при применении клозапина – первые 18 недель еженедельно, а затем 1 раз в месяц.

<u>Критерии оценки эффективности лечения</u>

● Всем пациентам, получающим терапию в связи с Ш, рекомендуется проводить оценку эффективности проводимого лечения целью обоснованного принятия терапевтических решений [30, 41-45].

Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарий: *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 (приложение 3) [75] .
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 (приложение 4) [178]. Качество терапевтической ремиссии значительно варьируется при различных клинических формах и типах течения Ш и требует дифференцированной клинико-функциональной оценки [181].
Уровень достоверности доказательств – 4, Уровень убедительности рекомендации – С.

VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

1. Реабилитация

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 изъяном социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в обществе [31].

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические стратегии [182, 183].

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 [30, 31, 183]. 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 [30, 31, 183].

Уровень достоверности доказательств – 3.

Уровень убедительности доказательств – В.

В зависимости от показаний рекомендуется проводить следующие виды психосоциальных лечебно-реабилитационных воздействий [31, 183-186]:

Психообразование (УДД – В; УУР – 2)

Тренинг социальных навыков (УДД – А; УУР – 1)

Семейная терапия (УДД – А; УУР – 1)

Программы поддерживаемого трудоустройства (УДД – В; УУР – 2)

Когнитивно-поведенческая терапия (УДД – А; УУР – 1)

Когнитивная ремедиация (УДД – В; УУР – 2)

2. Когнитивная ремедиация

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: F 20.0-F 20.6.

Этапы заболевания: подострый, стадия формирования ремиссии/ремиссия.

Проводится в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно.

Противопоказания к применению: острое психотическое состояние с дезогранизованным 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.

Комментарии: *Использование когнитивной ремедиации [187-190] обусловлено тем, что когнитивная дисфункция признана одним из ключевых признаков шизофрении [191], широкой встречаемостью проявлений дефицита в сфере базовых нейрокогниций и социальных когниций [192-195] и тем, что она является основной причиной социальной дезадаптации в периоде ремиссии [190] и повторных экзацербаций [196]. Систематизированный мета-анализ, включивший 40 рандомизированных клинических исследований с участием 2140 больных шизофренией подтвердил эффективность данного метода для улучшения когнитивных функций [197].*

3. **Тренинг социальных навыков**

Тренинг социальных навыков (ТСН) рекомендован при лечении больных шизофренией с целью улучшения способность 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.

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: F 20.0-F 20.6.

Этапы заболевания: подострый, стадия формирования ремиссии/ремиссия.

Проводится в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно.

Противопоказания: Этап острого психоза с дезорганизаций поведения; Выраженный когнитивный дефицит.

Проводится клиническим психологом, специалистом по социальной работе.

Комментарии: Использование ТСН обусловлено широтой встречаемости нарушений социальных когниций у больных шизофренией [198] и их негативным влиянием на исход заболевания [199-202]. В результате проведенного мета-анализа, включавшего 23 контролируемых клинических исследования с 1521 участником, сделан вывод об эффективности ТСН относительно улучшения социального функционирования больных [203], что в дальнейшем подтверждено другим мета-анализом [204].

4. Психообразование

Пациентам, страдающим шизофренией, в целях повышения качества и эффективности лечения рекомендуется использование психообразования, как одного из важных элементов реабилитационных мероприятий [205-209].

«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: F 20.0-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.

Комментарии: 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 [206]. Психообразование влияет на снижение частоты рецидивов, способствует соблюдению режима приема лекарственной терапии, а также сокращает продолжительность пребывания пациентов в стационаре [205, 208, 209].

5. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)

КПТ рекомендована при лечении больных шизофренией с целью улучшения качества и эффективности лечения [210-212].

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 [213].

Показания к использованию когнитивно-поведенческой психотерапии: F 20.0-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.

Комментарии: *Большая тяжесть психического заболевания и выраженность нейрокогнитивного дефицита не препятствуют улучшению в процессе КПТ [207]*.

- Специальные задачи становятся доминирующими в психосоциальной работе с пациентами, относящимися к той или иной «проблемной» группе [31]:

  - *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.

- 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 [214].

- **Уровень достоверности доказательств – 3.**
- **Уровень убедительности доказательств – В.**

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 формах 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.

Уровень достоверности доказательств – 3.

Уровень убедительности доказательств – В.

Целесообразно 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.

- **Уровень достоверности доказательств – 3.**
- **Уровень убедительности доказательств – В.**

IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя. «Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения» (Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ч.2 ст.27). Такое освидетельствование возможно, как при добровольном обращении лица за психиатрической помощью, так и недобровольно, при наличии показаний для недобровольного освидетельствования. Основанием для установления психиатрического диспансерного наблюдения является наличие хронического или затяжного психического

расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч.1 ст. 27 Закона).
Согласно действующему приказу Минздрава РФ от 31.12.2002 № 420, выделяются 5 групп диспансерного наблюдения: Д-1 – больные с частыми госпитализациями (от одного до 4-5 и более раз в год); Д-2 – больные с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях; Д-3 – больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями; Д-4 – больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации; Д-5 – больные, находящиеся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией, которые, однако, в связи с тяжестью перенесенных ранее расстройств не могут быть на данном этапе сняты с диспансерного наблюдения и нуждаются в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной; отдельную группу составляют больные, склонные к общественно-опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, которые подлежат активному диспансерному наблюдению.
Установление диспансерного наблюдения не является пожизненным. В случаях выздоровления или при значительном и стойком улучшении психического состояния пациента, диспансерное наблюдение прекращается.

X. 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) [30, 40-46].
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) [30, 40-46]. 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 [30, 40-46]. 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 [30, 40-46]. 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 [30, 40-46].
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 прогредиентности 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 [30, 40-46]. 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.

XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

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.

XII. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование (включая сбор объективного анамнеза, оценку суицидального риска) и психологичекое тестирование	В	2
Выполнено соматическое и инструментальное обследование, включая определение веса и индекса массы тела, липидов и сахара в крови, формулы крови, ЭКГ и ЭЭГ- исследований	В	3
Получено информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство	В	3
Оформлено решение о недобровольной госпитализации в случае необходимости в течение 48 часов в соответствии с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании…» или психотерапия)	В	2
Установлен клинический диагноз в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;	В	2
установлен клинический диагноз при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (стационар);	В	3
установлен клинический диагноз в течение 10 дней с момента обращения в амбулаторных условиях (психоневрологический диспансер)	В	2
Проведена терапия антипсихотическими средствами с учетом инструкций по их применению, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, выраженности продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататонической, гебефренной, аффективной и др.) и/или негативной симптоматики, наличия осложнений основного и сопутствующих заболеваний	А	1
Проведена терапия корректорами нейролептической терапии, включая препараты, влияющие на парасимпатическую нервную систему (центральные антихолинергические средства), при развитии экстрапирамидных побочных симптомов антипсихотической фармакотерапии	А	1
Проведена дополнительная терапия другими	А	1

препаратами из группы психолептиков и/или психоаналептиков в зависимости от клинических показаний (депрессия, суицидоопасность, возбуждение и агрессивность, кататонические симптомы, нарущения сна и др.) и при отсутствии медицинских противопоказаний		
Проведена курсовая терапия клозапином в терапевтических дозах с контролем лейкоцитарной формулы крови при отсутствии эффекта двух адекватных курсов антипсихотической фармакотерапии длительностью 4-6 недель	В	3
Достигнута существенная редукция психотической симптоматики (редукция более 20% симптомов по шкале PANSS) на момент выписки из стационара	А	1
Достигнута симптоматическая ремиссия в соответствии с клинико-функциональными операциональными критериями ремиссии по отдельным формам и типам течения шизофрении по классификации МКБ-10 (F 20.1 – F 20.9)	В	3
Проведена соответствующая состоянию больного психосоциальная терапия и реабилитация	В	3
Достигнуто повышение уровня социального функционирования на момент выписки из стационара	В	3
Подобрана терапия антипсихотическими препаратами, включая инъекционные пролонгированные лекарственные формы при недостаточной комплаентности больного, для проведения эффективной и безопасной продолженной и противорецидивной амбулаторной терапии	А	1
Проводится регулярный (ежемесячный) мониторинг массы тела, содержания липидов, глюкозы и пролактина (при наличии клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии) в крови при проведении длительной антипсихотической фармакотерапии	В	3

XIII. Список литературы

1. Cardno A.G., Gottesman I.I. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star war mx and functional genomics // Amer. J. Med. Genetics. 2000. Vol. 97, N 1. P. 12–17
2. Lichtenshtein P., Yip B.H., Bjork C. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study // Lancet. 2009. Vol. 373, N 9659. P. 234–239
3. Gottesman I.I., Laursen T.M., Bertelsen A et al. Severe mental disorders in off-springs with 2 psychiatrically ill parents // Arch. Gen Psychiatry. 2010. Vol. 67, N 3. P. 252–257.
4. Os van J., Kenis G., Rutten B.P. The environment and schizophrenia // Nature. 2010. Vol. 11, N 468 (7321). P. 203-212.
5. Os van J., Kapur S. Schizophrenia // Lancet. 2009. Vol. 374. P. 635–645.
6. 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.
7. 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.
8. Dickerson F., Severance E., Yolken R. The microbiome, immunity, and schizophrenia and bipolar disorder // Brain Behav. Immun. 2017. Vol. 62. P. 46–52.
9. Kahn R.S., Sommer I.E. The neurobiology and treatment of first-episode schizophrenia // Mol. Psychiatry. 2015. Vol. 20. P. 84–97.
10. Haijma S.V., Van Haren N., Cahn W, Koolschijn P.C., Hulshoff Pol H.E., Kahn R.S. Brain volumes in schizophrenia: a meta-analysis in over 18 000 subjects // Schizophr. Bull. 2013. Vol. 39. P. 1129–1138.
11. Карлссон А., Лекрубье И. Дофаминовая теория патогенеза шизофрении. Руководство для врачей / Ред. Мосолов С. Н.- Лондон, 2004.
12. McGrath J., Saha S., Welham, J. A systematic review of the incidence of schizophrenia // B. M. C. Med. 2004. Vol. 2. P. 13.
13. Saha S., Chant D., Welham J., McGrath, J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia // PLoS Med. 2005. Vol. 2. P. 413–433.
14. Tandon R., Keshavan M.S., Nasrallah H.A. Shizophrenia, “Just the facts”: What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology // Schizophr. Res. 2008. Vol. 102. P. 1–18.
15. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Михайлов В.И. Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами в РФ в 2016 году // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017. №10. С.25–35.
16. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Николаева Т.А. Структурный анализ общей заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2016–2018 годах // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 6. С.4–15.
17. Кекелидзе З.И. Казаковцев Б.А. (ред.). Эпидемиологические показатели деятельности психиатрических служб Российской Федерации (2005-2013 гг.). М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2015; 572 с.
18. Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный катамнез больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра после первого обращения в

психоневрологический диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22, № 2. С. 10–15.
19. 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.
20. Emul M., Kalelioglu T. Etiology of cardiovascular disease in patients with schizophrenia: current perspectives // Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2015. Vol.11. P. 2493–2503.
21. 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.
22. Sher L., Kahn R.S. Suicide in schizophrenia: An educational overview // Medicina. 2019. Vol. 55, N 7. P.1–11.
23. Larson M.K., Walker E.F., Compton M.T. Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders // Expert. Rev. Neurother. 2010. Vol. 10. N 8. P. 1347–1359.
24. Zdanowicz N., Mees L., Jacques D., Tordeurs D., Reynaert C. Assessment and treatment of the risk of psychosis in adolescents – a review // Psychiatr. Danub. 2014. Vol. 26. N 2. P.115–121.
25. Van Harren N.E.M., Cahn W., Hulshoff Pok H. E., Kahn R. Schizophrenia as a progressive brain disease // Eur Psychiatry. 2008. Vol. 23. P. 245–254.
26. Correll C.U., Hauser M., Auther A.M, Cornblatt B.A. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions // J. Child Psychol. Psychiatry. 2010. Vol. 51. N 4. P. 390–431.
27. Suvisaari J., Mantere O., Keinänen J., Mäntylä T., Rikandi E., Lindgren M., Kieseppä T., Raij T.T. Is It Possible to Predict the Future in First-Episode Psychosis? // Front Psychiatry. 2018. Vol. 9. P.1–15.
28. Andreasen N.C., Carpenter W.T. Jr, Kane J.M., Lasser R.A., Marder S.R., Weinberger D .R. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162. N 3. P. 441–449.
29. Emsley R., Chiliza B., Asmal L., Lehloenya K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia // Curr. Opin. Psychiatry. 2011. Vol. 24, N 2. P. 114–121.
30. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. с соавт. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / Под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. Москва, 2007. (2-е издание).
31. Психиатрия: Национальное руководство / Коллективная монография. Под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г./ - 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва. 2018
32. 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.
33. Radanovic M., Sousa R.T., Valiengo L., Gattaz W.F., Forlenza O.V. Formal thought disorder and language impairment in schizophrenia // Arq. Neuropsiquiatr. 2013. Vol. 71, N 1. P. 55–60.
34. Roche E., Creed L., MacMahon D., Brennan D., Clarke M. The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: A systematic review // Schizophr. Bull. 2015. Vol. 41, N 4. P 951–962.
35. Карякина М.В., Сидорова М.Ю., Шмуклер А.Б. Нарушения речи у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т.27, № 4. С. 93–100.
36. Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors // J. Psychopharmacol. 2010. Vol. 24, Suppl. 4. P. 81–90.
37. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder // Psychiatr. Danub. 2013.

Vol. 25, N 1. P. 24–33.
38. Wible C.G., Preus A.P., Hashimoto R. A cognitive neuroscience view of schizophrenic symptoms: abnormal activation of a system for social perception and communication // Brain Imaging Behav. 2009. Vol. 3, N 1. P. 85–110.
39. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
40. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
41. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э. Психофармакотерапия шизофрении // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Ю.А. Александровского. М.: Гэотар-медиа, 2018. С. 299328.
42. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 1. С. 2736.
43. Hasan A., Falkai P., Wobrock T. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance // World J Biol Psychiatry. 2012. Vol. 13 (5). P. 318–378.
44. Фалкаи П., Воброк Т., Либерман Д. с соавт. Рекомендации Всемирной федерации обществ биологической психиатрии по биологической терапии шизофрении. Часть 1. Лечение острого периода шизофрении// Современная терапия психических расстройств, 2011, 1, с.5-25.
45. Хасан А., Фалкаи П., Воброк Т. с соавт. .Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP). Часть 1. Терапия острого приступа шизофрении и терапевтически резистентных случаев //Современная терапия психических расстройств, Тематический выпуск 1, 2014, с.3-40.
46. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Капилетти С.Г. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям// В сборнике: Биологические методы терапии психических расстройств. Под ред. Мосолова С.Н. Доказательная медицина – клинической практике. Москва, 2012. С. 11-61.
47. Джонс П.Б., Бакли П.Ф. Шизофрения/ Клиническое руководство (перевод с английского) / под общей редакцией С. Н. Мосолова. Москва, 2008.
48. Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M, et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. Am J Psychiatry 2005 May; 162 (5): 947-53
49. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. Am J Psychiatry 2003 Aug; 160 (8): 1396-404
50. Keefe RS, Seidman LJ, Christensen BK, et al. Comparative effect of atypical and conventional antipsychotic drugs on neurocognition in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus low doses of haloperidol. Am J Psychiatry 2004 Jun; 161 (6): 985-95.
51. Dixon L.B., Perkins B., Calmes C. Guideline watch (September 2009): Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2009.
52. NICE. Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition). London, 2010.
53. Johnsen E., Jorgensen H.A. Effectiveness of second generation antipsychotics: a systematic review of randomized trials //BMC Psychiatry, 2008, Vol.8, p.31.
54. Rabinowitz J., Levine S., Barkai O., et al. Dropout Rates in Randomized Clinical Trials of Antipsychotics: A Meta-analysis Comparing First- and Second-Generation Drugs and

an Examination of the Role of Trial Design Features. Schizophrenia Bulletin. 2009. vol. 35 no. 4 pp. 775–788.

55. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, Arndt T, Bäckers L, Rothe P, Cipriani A, Davis J, Salanti G, Leucht S.Comparative 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
56. Tandon R., Moller H.J., Belmaker R.H. et al. World Psychiatry Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia //Schizophr. Res., 2008, Vol.100, p.20-38.
57. Филилеева О.В., Мосолов С.Н. Эквивалентные дозировки антипсихотических препаратов. Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № 3. – С. 36 N44 DOI: 10.21265/PSYPH.2019.49.35981
58. Fleischhacker W.W., McQuade R.D., Marcus R.N. et al. A double-blind, randomized comparative study of aripiprazole and olanzapine in patients with schizophrenia // Biol Psychiatry. – 2009. – Vol. 65 (6). – P. 510–517. 31.
59. Citrome L., Reist C., Palmer Let. et al. Impact of real world ziprasidone dosing on treatment discontinuation rates in patients with schizophrenia or bipolar disorder // Schizophr Res. – 2009. – Vol. 115 (2–3). – P. 115–120.
60. Simpson G.M., Mahmoud R.A., Lasser R.A. et al. A 1year double-blind study of 2 doses of long-acting risperidone in stable patients with schizophrenia or schizoaffective disorder // J Clin Psychiatry. – 2006. – Vol. 67 (8). – P. 1194–1203. 38.
61. Zimbroff D.L., Kane J.M., Tamminga C.A. et al. Controlled, dose-rcsponse study of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia // Am J Psychiatry. – 1997. – Vol. 154. – P. 782–791.
62. Leucht S., Corves C., Arbter D., Engel R., Li C., Davis J. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. //Lancet, 2009, Vol.373, p.31-41.
63. Petrides G, Malur C, Braga RJ, et al. Electroconvulsive therapy augmentation in clozapine-resistant schizophrenia: A prospective, randomized study. Am J Psychiatry, 2015, 172: 52–58.
64. Pompili M., Lester D., Dominici G. et al. Indications for electroconvulsive treatment in schizophrenia: a systematic review // Schizophr Res. 2013. Vol. 146 (1–3). P. 1–9.
65. Tharyan P, Adams C. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. // Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2): CD000076. doi: 10.1002/14651858.CD000076.pub2.
66. Оленева Е.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Комбинированное применение ЭСТ и атипичных антипсихотиков у больных шизофренией, резистентных к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 28□32.
67. Oleneva E.V., Tsukarzi E.E., Mosolov S.N. Combined olanzapine – ECT therapy for resistant schizophrenia // International Journal of Neuropsychopharmacology. 2008. Vol. 11, No. S1. P. S151.
68. Оленева Е.В. Комбинированное применение ЭСТ и атипичных антипсихотиков дибензодиазепинового ряда при терапевтически резистентной шизофрении: дисс. … канд. мед. наук. М., 2010.
69. Grover S., Hazari N., Kate N. Combined use of clozapine and ECT: a review // Acta Neuropsychiatr. 2015, Jun. Vol. 27 (3). P. 131□142.
70. Maslenikov N., Tsukarzi E., Mosolov S. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for the treatment of depression in schizophrenia patients // Ann Gen Psychiatry. 2008. Vol. 7, Suppl. 1. S. 312.

71. Масленников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Эффективность транскраниальной магнитной стимуляции при депрессиях у больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2010. № 2. C. 14–18.
72. Масленников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) в лечении депрессии и негативной симптоматики при шизофрении // Психическое здоровье. 2013. Т. 11, № 1 (80). С. 39–44.
73. Wobrock T., Guse B., Cordes J. et al. Left prefrontal high-frequency rTMS for the treatment of schizophrenia with predominant negative symptoms: a sham-controlled, randomized multicentre trial // Biol Psychiatry. 2015, Jun 1. Vol. 77 (11). P, 979–988.
74. Buchanan RW. Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview. Schizophr Bull. 2007;33:1013–1022.
75. Kirpatrick B, Strauss G, Nguen L, Fischer B, Daniel D, Cienfuegos A, Marder S. The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric Properties. Schizophr Bull 2011 Mar; 37(2): 300–305.
76. 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.
77. Németh G, Laszlovszky I, Czobor 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.
78. 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.
79. Levine SZ, Leucht S. Treatment response heterogeneity in the predominant negative symptoms of schizophrenia: analysis of amisulpride vs placebo in three clinical trials. Schizophr Res. 2014;156 (1):107–114.
80. Kumar S, Chaudhury S. Efficacy of amisulpride and olanzapine for negative symptoms and cognitive impairments: an open-label clinical study. Ind Psychiatry J. 2014;23(1):27–35.
81. Riedel M, Muller N, Strassnig M, et al. Quetiapine has equivalent efficacy and superior tolerability to risperidone in the treatment of schizophrenia with predominantly negative symptoms. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005;255(6):432–437.
82. Lindenmayer JP, Khan A, Iskander A, et al. A randomized controlled trial of olanzapine versus haloperidol in the treatment of primary negative symptoms and neurocognitive deficits in schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2007;68(3):368–379.
83. Helfer B, Samara MT, Huhn M, et al. Efficacy and safety of antidepressants added to antipsychotics for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2016;173(9):876–886.
84. Rummel C, Kissling W, Leucht S. Antidepressants as add-on treatment to antipsychotics for people with schizophrenia and pronounced negative symptoms: a systematic review of randomized trials. Schizophr Res. 2005;80(1):85–97.
85. Mishara A.L., Goldberg T.E. A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia: opening a closed book //Biol. Psychiatry, 2004, Vol.55, p.1013-1022.
86. Harvey PD, Rabinowitz J, Eerdekens M, et al. Treatment of cognitive impairment in early psychosis: a comparison of risperidone and haloperidol in a large long-term trial. Am J Psychiatry 2005 Oct; 162 (10): 1888-95
87. Keefe RS, Sweeney JA, Gu H, et al. Effects of olanzapine, quetiapine, and risperidone on neurocognitive function in early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. Am J Psychiatry 2007 Jul; 164 (7): 1061-71

88. Ferreri F, Agbokou C, Gauthier S. Cognitive dysfunctions in schizophrenia: potential benefits of cholinesterase inhibitor adjunctive therapy. J Psychiatry Neurosci. 2006 Nov; 31(6): 369–376.
89. van Rooijen G, Vermeulen JM, Ruhé HG, de Haan L. Treating depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. // CNS Spectrums, 2018, P.1-10. doi:10.1017/S1092852917000554.
90. Buckley P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castle D.J. Psychiatric comorbidities and schizophrenia // Schizophr Bull. □ 2009. □ Vol. 35 (2). □ P. 383–402.
91. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. Schizophr Res. 1990 Jul-Aug; 3(4):247-51.
92. Lako I.M., Bruggeman R., Knegtering H. et al. A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia // J Affect Disord. □ 2012. □ Vol. 140 (1). □ P. 38□47.
93. Мазо Г.Э. Влияние депрессии на течение шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. □ 2006. □ Т. 8, № 3. □ С. 22□24.
94. Мазо Г.Э., Горбачев С.Е. Депрессия при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии // Социальная и клиническая психиатрия. □ 2009. □ № 4. □ С. 5□14.
95. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Терапевтически резистентные депрессии. Изд. 2-е, доп. □ СПб.: Ладога, 2013. □ 372 с.
96. Мазо Г.Э. Депрессия при шизофрении: механизмы формирования // Науч.-практ. конф. «Психическое здоровье: социальные, клинико-организационные и научные аспекты»: сб. матер. / под ред. Г.П. Костюка. □ М., 2017. □ С. 327□334.
97. Möller H.J. Occurrence and treatment of depressive comorbidity/cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues // World J Biol Psychiatry. □ 2005. □ Vol. 6 (4). □ P. 247–263.
98. Hausmann A, Fleischhacker WW. Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. // Acta Psychiatr Scand. 2002; 106(2): 83–96.
99. Abuzzahab F.S. Sr., Zimmerman R.L. Psychopharmacological correlates of post-psychotic depression: a double-blind investigation of haloperidol vs thiothixene in outpatient schizophrenia // J Clin Psychiatry. □ 1982. □ Vol. 43 (3). □ P. 105–110.
100. Krakowski M., Czobor P., Volavka J. Effect of neuroleptic treatment on depressive symptoms in acute schizophrenic episodes // Psychiatry Res. □ 1997. □ Vol. 71 (1). □ P. 19–26.
101. Mauri M.C., Bitetto A., Fabiano L. et al. Depressive symptoms and schizophrenic relapses: the effect of four neuroleptic drugs // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. □ 1999. □ Vol. 23 (1). □ P. 43–54.
102. Bermanzohn P.C., Siris S.G. Akinesia: a syndrome common to parkinsonism, retarded depression, and negative symptoms of schizophrenia // Compr Psychiatry. □ 1992, Jul□Aug. □ Vol. 33 (4). □ P. 221□232.
103. Van Putten T., May R.P. “Akinetic depression” in schizophrenia // Arch Gen Psychiatry. □ 1978. □ Vol. 35 (9). □ P. 1101–1107.
104. Riedel M., Mayr A., Seemuller F. et al. Depressive symptoms and their association with acute treatment outcome in first-episode schizophrenia patients: comparing treatment with risperidone and haloperidol // World J Biol Psychiatry. □ 2012. □ Vol. 13 (1). □ P. 30–38.
105. Alfredsson G., Harnryd C., Wiesel F.A. Effects of sulpiride and chlorpromazine on depressive symptoms in schizophrenic patients – relationship to drug concentrations □□ Psychopharmacology (Berlin). □ 1984. Vol. 84 (2). □ P. 237–241.

106. Falkai P., Wobrock T., Lieberman J. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: long-term treatment of schizophrenia // World J Biol Psychiatry. □ 2006. □ Vol. 7 (1). □ P. 5–40.
107. Furtado V.A., Srihari V. Atypical antipsychotics for people with both schizophrenia and depression // Cochrane Database Syst Rev. 2008. Vol. 1. CD005377.
108. Масленников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Алгоритм биологической терапии депрессии при шизофрении. Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № 1. – С. 31-39.
109. Emsley RA, Jones AM. Treatment of depressive symptoms in partially refractory schizophrenia: efficacy of quetiapine versus haloperidol. // European Neuropsychopharmacology. 2001; 11(3):264.
110. Vanelle JM, Douki S. A double-blind randomised comparative trial of amisulpride versus olanzapine for 2 months in the treatment of subjects with schizophrenia and comorbid depression. Eur Psychiatry 2006 Dec; 21 (8): 523-30
111. Nasrallah H.A., Cucchiaro J.B., Mao Y. et al. Lurasidone for the treatment of depressive symptoms in schizophrenia: analysis of 4 pooled, 6-week, placebo-controlled studies // CNS Spectr. □ 2015, Apr. □ Vol. 20 (2). □ P. 140□147.
112. Kim S.W., Shin I.S., Kim J.M. et al. Amisulpride versus risperidone in the treatment of depression in patients with schizophrenia: a randomized, open-label, controlled trial // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. □ 2007. □ Vol. 31 (7). □ P. 1504–1509.
113. Addington DE, Mohamed S, Rosenheck RA, et al. Impact of second-generation antipsychotics and perphenazine on depressive symptoms in a randomized trial of treatment for chronic schizophrenia.// J Clin Psychiatry. 2011; 72(1): 75–80.
114. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. Москва. Восток. 1996, 242 с.
115. Nelson J.C., Bowers M.B. Jr., Sweeney D.R. Exacerbation of psychosis by tricyclic antidepressants in delusional depression // Am J Psychiatry. □ 1979. □ Vol. 136 (4B). □ P. 574–576.
116. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review // Psychol Med. □ 2003. □ Vol. 33 (4). □ P. 589–599.
117. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. С-П., «Медицинское информационное агентство", 1995, 568 с.
118. Mulholland C., Lynch G., King D.J., Cooper S.J. A double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for depressive symptoms in patients with stable, chronic schizophrenia // J Psychopharmacol. □ 2003. □ Vol. 17 (1). □ P. 107–112.
119. Addington D., Addington J., Patten S. et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of the efficacy of sertraline as treatment for a major depressive episode in patients with remitted schizophrenia // J Clin Psychopharmacol. □ 2002. □ Vol. 22 (1). □ P. 20–25.
120. Kirli S., Caliskan M. A comparative study of sertraline versus imipramine in postpsychotic depressive disorder of schizophrenia // Schizophr Res. □ 1998. □ Vol. 33 (1–2). □ P. 103–111.
121. Zisook S., Kasckow J.W., Lanouette N.M. et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // J Clin Psychiatry. □ 2010. □ Vol. 71 (7). □ P. 915–922.
122. 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. 142170.
123. Mazeh D., Shahal B., Saraf R., Melamed Y. Venlafaxine for the treatment of depressive episode during the course of schizophrenia // J Clin Psychopharmacol. 2004. Vol. 24 (6). P. 653–655.
124. Terevnikov V., Stenberg J.H., Tiihonen J. et al. Add-on mirtazapine improves depressive symptoms in schizophrenia: a double-blind randomized placebo-controlled study with an open-label extension phase // Hum Psychopharmacol. 2011. Vol. 26 (3). P. 188–193.
125. Englisch S., Morgen K., Meyer-Lindenberg A., Zink M. Risks and benefits of bupropion treatment in schizophrenia: a systematic review of the current literature // Clin Neuropharmacol. 2013. Vol. 36 (6). P. 203–215.
126. Plasky P. Antidepressant usage in schizophrenia // Schizophr Bull. 1991. Vol. 17 (4). P. 649–657.
127. Siris S.G., Bermanzohn P.C., Mason S.E., Shuwall M.A. Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia. A controlled trial // Arch Gen Psychiatry. 1994. Vol. 51 (2). P. 109–115.
128. Prusoff B.A., Williams D.H., Weissman M.M., Astrachan B.M. Treatment of secondary depression in schizophrenia. A double-blind, placebo-controlled trial of amitriptyline added to perphenazine // Arch Gen Psychiatry. 1979. Vol. 36 (5). P. 569–575.
129. Lefaucheur J.P., Andre-Obadia N., Antal A. et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) // Clin Neurophysiol. 2014. Vol. 125 (11). P. 2150–2220.
130. Оленева Е.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Комбинированное применение ЭСТ и атипичных антипсихотиков у больных шизофренией, резистентных к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 28–32.
131. Altamura A.C., Bassetti R., Bignotti S. et al. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study // Schizophr Res. 2003. Vol. 60 (1). P. 47–55.
132. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. // Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(3): 247–253.
133. Harvey PD, Espaillat S. Suicide in schizophrenia. In Koslow SH, Ruiz P, Nemeroff CB, eds. A Concise Guide to Understanding Suicide Epidemiology: Pathophysiology and Prevention, 1st ed.. Cambridge: Cambridge University Press; 2014: 406.
134. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь // Современная терапия психических расстройств., 2011, №2, 30-39.
135. Meltzer H.Y. Suicide in schizophrenia, clozapine, and adoption of evidence-based medicine // J Clin Psychiatry. 2005. Vol. 66 (4). P. 530–533.
136. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. // Schizophr Res. 2005; 73(2–3): 139–145.
137. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. // Arch Gen Psychiatry. 2003; 60(1): 82–91.
138. Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath JJ. Lithium for schizophrenia (Review). // Cochrane Database Syst Rev. 2015;10): CD003834. doi: 10.1002/14651858.CD003834.pub3.
139. Цукарзи Э.Э. Неотложная помощь при агрессивном поведении. Часть II. Ведение пациентов // Ж. Современная терапия психических расстройств., 2013,

№2, с.31-40
140. Gaynes BN, Brown C, Lux LJ, et al. Strategies to De-escalate Aggressive Behavior in Psychiatric Patients. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Report no. 16-EHC032-EF. 2016, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
141. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. Psychiatr Serv 2013, 64: 850–855.
142. Lim HK, Kim JJ, Pae CU, et al. Comparison of risperidone orodispersible tablet and intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychotic agitation: A randomized open, prospective study. Neuropsychobiology, 2010, 62: 81–86.
143. Simpson JR, Thompson CR, Beckson M. Impact of orally disintegrating olanzapine on use of intramuscular antipsychotics, seclusion and restraint in an acute inpatient psychiatric setting. J Clin Psychopharmacol, 2006, 26: 333–335.
144. Taylor D, Okocha C, Paton C, et al. Buccal midazolam for agitation on psychiatric intensive care wards. Int J Psychiatry in Clin Prac, 2008, 12: 309–311.
145. Lesem MD, Tran-Johnson TK, Riesenberg RA, et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: Multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. Br J Psychiatry, 2011, 198: 51–58.
146. Currier GW, Medori R. Orally versus intramuscularly administered antipsychotic drugs in psychiatric emergencies. J Psychiatr Pract ,2006; 12 (1): 30-40.
147. Villari V, Rocca P, Fonzo V, et al. Oral risperidone, olanzapine and quetiapine versus haloperidol in psychotic agitation. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2008, 32: 405–413.
148. Pasin L, Landoni G, Nardelli P, et al. Dexmedetomidine reduces the risk of delirium, agitation and confusion in critically Ill patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2014, 28: 1459–1466.
149. Martel M, Sterzinger A, Miner J, et al. Management of acute undifferentiated agitation in the emergency department: A randomized double-blind trial of droperidol, ziprasidone, and midazolam. Acad Emerg Med , 2005,12: 1167–1172.
150. Nobay F, Simon B, Levitt A, et al. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. Acad Emerg Med , 2004, 11: 744–749.
151. 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.
152. Veser FH, Veser BD, McMullan JT, et al. Risperidone versus haloperidol, in combination with lorazepam, in the treatment of acute agitation and psychosis: A pilot, randomized, double-blind, placebo- controlled trial. J Psychiatr Pract, 2006, 12: 103–108.
153. Wilson MP, MacDonald K, Vilke GM, et al. A comparison of the safety of olanzapine and haloperidol in combination with benzodiazepines in emergency department patients with acute agitation. J Emerg Med, 2012, 43: 790–797.
154. Suzuki H, Takahashi Y. A naturalistic comparison study of the efficacy and safety of intramuscular olanzapine, intramuscular haloperidol, and intramuscular levomepromazine in acute agitated patients with schizophrenia. Hum Psychopharmacol, 2014, 29: 83–88.
155. Meehan KM, Wang H, David SR, et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam and placebo: A double- blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. Neuropsychopharmacology, 2002, 26: 494–504.
156. Ostinelli EG, Jajawi S, Spyridi S, et al. Aripiprazole (intramuscular) for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database Syst Rev, 2018, 1: CD 008074.

157. Zimbroff DL, Marcus RN, Manos G, et al. Management of acute agitation in patients with bipolar disorder: Efficacy and safety of intramuscular aripiprazole. J Clin Psychopharmacol, 2007, 27: 171–176.
158. Mantovani C, Labate CM, Sponholze AJ, et al. Are low doses of antipsychotics effective in the management of psychomotor agitation? A randomized, rated-blind trial of 4 intramuscular interventions. J Clin Psychopharmacol, 2013, 33: 306–312.
159. Chouinard G, Annable L, Turnier L, et al. A double-blind randomised clinical trial of rapid tranquillisation with IM clonazepam and IM haloperidol in agitated psychotic patients with manic symptoms. Can J Psychiatry , 1993, 38 (Suppl 4): S114–121.
160. 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.
161. Knott JC, Taylor DM and Castle DJ Randomized clinical trial comparing intravenous midazolam and droperidol for sedation of the acutely agitated patient in the emergency department. Ann Emerg Med, 2006, 47: 61–67.
162. 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.
163. Isbister G, Calver L, Page C, et al. Randomized controlled trial of intramuscular droperidol versus midazolam for violence and acute behavioral disturbance: The DORM study. Ann Emerg Med, 2010, 56: 392–401.
164. Chan EW, Taylor DM, Knott JC, et al. Intravenous droperidol or olanzapine as an adjunct to midazolam for the acutely agitated patient: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Ann Emerg Med, 2013, 61: 72–81.
165. Scheppke KA, Braghiroli J, Shalaby M, et al. Prehospital use of IM ketamine for sedation of violent and agitated patients. West J Emerg Med, 2014, 15: 736–741.
166. Reade MC, O'Sullivan K, Bates S, Goldsmith D, Ainslie WR, Bellomo R Dexmedetomidine vs. haloperidol in delirious, agitated, intubated patients: a randomised open-label trial. Crit Care. 2009; 13(3):R75. Epub 2009 May 19.
167. Blumer D. Catatonia and the neuroleptics: Psychobiologic significance of remote and recent findings //Comp. Psychiatry, 1997; Vol.38; №4; p.193-201.
168. Volz A., Khorsand V., Gillies D. et al. Benzodiazepins for schizophrenia //Cochrane database Syst. Rev., 2007, CD006391.
169. Wolkowitz D.M/. Pickar D. Benzodiazepine in the treatment of schizophrenia: a review and reappraisal //Am. J. Psychiatry, 1991, Vol.148, p.714-726
170. Дедкова А.Е. Опыт эффективного применения бензодиазепинов при кататонии, осложненной злокачественным нейролептическим синдромом (клиническое наблюдение). Современная терапия психических расстройств 2016, №2 29-34.
171. Luchini F, Medda P, Mariani MG, et al. (2015) Electroconvulsive therapy in catatonic patients: Efficacy and predictors of response. *World J Psychiatry* 22: 182–192.
172. Хасан А., Фалкаи П., Воброк Т. с соавт. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP). Часть 2. Длительная терапия шизофрении и тактика ведения пациентов с индуцированными антипсихотическими препаратами побочными эффектами //Современная терапия психических расстройств, Тематический выпуск 2, 2014, с.2-36.
173. Kishimoto T., Agarwal V., Kishi T., Leucht S. et al. Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics //Mol. Psychiatry, 2011, Vol. 12,

p.432-436.

174. Peterson K., Carson S., McDonagh M. et al. Drug Class Review. Atypical Antipsychotic Drugs 2010. Oregon Health & Science University Portland, Oregon Final Update, July 2010

175. Uchida H., Suzuki T., Takeuchi H. et al. Low Dose vs Standard Dose of Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 2011, vol. 37 no. 4 pp. 788–799.

176. Pandina G.J., Lindenmayer J.P., Lull J. et al. A randomized, placebo-controlled study to assess the efficacy and safety of 3 doses of paliperidone palmitate in adults with acutely exacerbated schizophrenia // J Clin Psychopharmacol. – 2010. – Vol. 30 (3). – P. 235– 244.

177. Juckel G., de Bartolomeis A., Gorwood Ph. et al. Towards a framework for treatment effectiveness in schizophrenia // Neuropsychiatric Disease and Treatment. □ 2014. □ No. 10. □ P. 1867□1878.

178. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatr Scand. 2000;101:323–329.

179. Rummel-Kluge C., Komossa K., Leucht, S. et al. Second-Generation Antipsychotic Drugs and Extrapyramidal Side Effects: A Systematic Review and Meta-analysis of Head-to-Head Comparisons. Schizophrenia Bulletin, 2012. vol. 38 no. 1 pp. 167–177

180. Rummel-Kluge C., Komossa K., Leucht, S. et al. Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Res. 2010 November ; 123(2-3): 225–233

181. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Цукарзи Э.Э. Стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии при шизофрении. Методические рекомендации МЗ РФ, Москва, 2018, 68с.

182. Prosser A., Helfer B., Leucht S. Biological v. psychosocial treatment: a myth about pharmacotherapy v. psychotherapy // Br. J. Psychiatr. 2016. Vol.208. P. 209–211.

183. 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.

184. Isaac C., Januel D. Neural correlates of cognitive improvements following cognitive remediation in schizophrenia: a systematic review of randomized trials // Socioaffect. Neurosci. Psychol. 2016. Vol. 6. P. 1–18.

185. 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.

186. 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

187. Frank N. Cognitive remediation for patients with schizophrenia // Ann. Med. Psycholol. 2007. Vol. 165, № 3. P. 187-190.

188. Keefe R.S., Vinogradov S., Medalia A. Report from the working group conference on multisite trial design for cognitive remediation in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2011. Vol. 37, № 5. P.1057–1065.

189. Subramaniam K., Luks T.L., Garrett C. Intensive cognitive training in schizophrenia enhances working memory and associated prefrontal cortical efficiency in a manner that drives long-term functional gains // Neuroimage. 2014. Vol. 99. P. 281–292.
190. 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.
191. 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.
192. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 288 с.
193. Дорофейкова М.В. Когнитивные нарушения и клинико-лабораторные характеристики у больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 38–43.
194. Meesters P.D., Stek M.L., Comijs Y.C. Social functioning among older community-dwelling patient with schizophrenia: a review // Am. J. Psychiatry. 2010. Vol. 18, № 10. P. 862–878.
195. Jain M., Singh S., Dalal P. A cross-sectional study of cognitive functions and disability in schizophrenia from a tertiary care hospital in North India // Med. J. DY Patil. Univ. 2016. Vol. 9. P. 457–464.
196. Prouteau A., Verdoux H., Briand C. Cognitive predictions of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up subjects participating in a rehabilitation program // Schizophr. Res. 2005. Vol. 77. P. 343–353.
197. Wykes T., Huddy V., Cellard C. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia: methodology and effect sizes // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168, № 5. P. 472–487.
198. Fett A.K., Viechtbauer W., Dominquez M.P. The relationship between neurogognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis // Neurosci. Biobehav. Rev. 2011. Vol. 35. P. 573–588.
199. Brekke J., Kay D.D., Lee K.S. Biosocial pathways to social outcome in schizophrenia: a path analytic model // Schizophr. Res. 2005. Vol. 80. P. 213–225.
200. Jaramillo P., Fuentes I., Ruiz I., Ruiz J.C. Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia // Psychology, Society & Education. 2009. Vol. 1, №1. P. 13–24.
201. Savla G.N., Vell L., Armstrong C.C. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence // Schizophr. Bull. 2013. Vol.39, №5. P. 979–992.
202. 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.
203. Kurtz M.M., Mueser K.T. A meta-analysis of controlled research of social skills training for schizophrenia // J. Consult. Clin. Psychol. 2008. Vol. 76, N 3. P. 491–504.
204. Kurtz M.M., Richardson Ch.L. Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research // Shizophr Bull. 2012. Vol. 38, № 5. P. 1092–1104.
205. Pekkala E., Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia // The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002.
206. Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a

meta-analysis // Schizophr. Res. 2007. Vol. 96. P. 232–245.
207. Lincoln T. M., Rief W., Westermann S. Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis // Psychiatr. Res. 2014. Vol. 216, № 2. P. 198–205.
208. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. Psychoeducation for schizophrenia // The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011.
209. Zhao S., Sampson S., Xia J., Jaram M.B. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness // The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.
210. Zimmermann G., Favrod J., Trieu V.H., Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis // Schizophrenia Research. 2005. Vol. 77, № 1. P. 1–9.
211. Hazell C.M. Hayward M., Cavanagh K., Strauss C. A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis // Clin. Psychol. Rev. 2016. Vol. 45. P. 183–192.
212. Naeem F. Khoury B., Munshi T., Ayub M. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) for schizophrenia: literature review and meta-analysis // Int. J. Cogn. Ther. 2016. Vol. 9, № 1. P. 73–86.
213. Tai S., Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35, № 5. P. 865–873.
214. 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. Костюкова А.Б., Мосолов С.Н. Нейровоспалительная гипотеза шизофрении и некоторые новые терапевтические подходы // Современная терапия психических расстройств. 2013, №4, с.2-8
216. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. и соавт. Сравнительная эффективность и переносимость нового поколения атипичных антипсихотиков при обострениях параноидной шизофрении (мета-анализ оригинальных исследований оланзапина, рисперидона и кветиапина) // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. -Т. 11, №2. -С. 59-65.
217. Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Lieberman JA, Citrome L, Sheitman B, et al. Effects of atypical antipsychotics on the syndromal profile in treatment-resistant schizophrenia. //J Clin Psychiatry 2004;65:551–6.
218. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов.//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2010, Т. 110, № 6, С. 4-11.
219. Мосолов С.Н., Кузавкова М.В., Калинин В.В., Еремин А.В., Сулимов Г.Ю. Анализ влияния атипичных антипсихотиков на 5-факторную модель шизофрении// Социальная и клиническая психиатрия. 2003, Т. 13, № 3, С. 45-52.
220. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А., Костюкова А.Б., Ушаков Ю.В., Бурыгина Л.А., Забелина И.Н. Разработка и валидизация

стандартизированных критериев терапевтической ремиссии при шизофрении.// Современная терапия психических расстройств. 2011. № 3. С. 2-6.

XIV. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Алфимов Павел Викторович – младший научный сотрудник отделения интенсивной терапии и нелекарственных методов лечения Московского НИИ Психиатрии - Филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, член РОП.
2. Еричев Александр Николаевич, кандидат медицинских наук, заместитель рукодителя центра психического здоровья Национального медициского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева, член РОП.
3. Лутова Наталья Борисовна, доктор медицинских наук, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева, , член РОП.
4. Маслеников Никита Валерьевич, научный сотрудник отделения интенсивной терапии и нелекарственных методов лечения Московского НИИ Психиатрии - Филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, член РОП.
5. Мосолов Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом терапии психических заболевании Московского НИИ Психиатрии - Филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, член РОП.
6. Папсуев Олег Олегович, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского НИИ Психиатрии - Филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, член РОП.
7. Цукарзи Эдуард Эдуардович, кандидат медицинских наук, руководитель отделения интенсивной терапии и нелекарственных методов лечения Московского НИИ Психиатрии - Филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, член РОП.

8. Шмуклер Александр Борисович, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Московского НИИ Психиатрии - Филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, член РОП.

Конфликт интересов отсутствует

XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:
1. Врачи-психиатры
2. Врачи-психотерапевты
3. Врачи психиатры-наркологи
4. Медицинские психологи

1. 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

2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	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)

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года и не чаще 1 раза в 6 месяцев

XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
2. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
3. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Утвержден Приказом Минздрава РФ № 566н от 17.05.2012 г.);
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1233н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазе, с резистентностью, интолерантностью к терапии";
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1400н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазе с затяжным течением и преобладанием социально-реабилитационных проблем";
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1421н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шизофрении, подострой фазе в условиях дневного стационара";
7. Приказ Минздрава РФ от 31.12.2002 № 420 "Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений".

Приложение А4. Рекомендуемые дозы препаратов, аминазиновые и оланзапиновые эквиваленты, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения Ш

Таблица 4. Рекомендуемые дозы препаратов, применяемые при лечении шизофрении

Препарат	Рекомендуемая суточная доза, мг/сут
Антипсихотики	
Алимемазин	5-400
Амисульпирид	50-1200
Арипипразол	5-30
Галоперидол**	1,5-60 п/о, 7,5-15 в/м и в/в инфузии
#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	20-160
Левомепромазин**	25-300 п/о, 75-250 в/м, 50-100 в/в инфузии
Оланзапин**	5-20
Перициазин**	5-200
Перфеназин**	4-400
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**	1-40 п/о, 2-10 в/м
Тиоридазин**	25-800
Флупентиксол**	1-40
Хлорпротиксен	10-600
Хлорпромазин**	25-600 п/о и в/м, до 250 в/в инфузии
	Антидепрессанты
Амитриптиллин**	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
Бензодиазепины	
Алпразолам	0,75-6
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин**	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
#Дексмедетомидин	0,2-1,4 мкг/кг/час в/в инфузии

Примечание: хлорпромазиновые эквиваленты не всегда правильно отражают эквивалентные дозы АВП, поэтому дополнительно следует ориентироваться на пересчет дозы антипсихотика в оланзапиновых эквивалентах (см.табл.5)[208].

Таблица 5. Эквивалентные дозировки антипсихотических препаратов

Препарат	Дозировки, эквивалентные оланзапину 1мг	Дозировки, эквивалентные 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

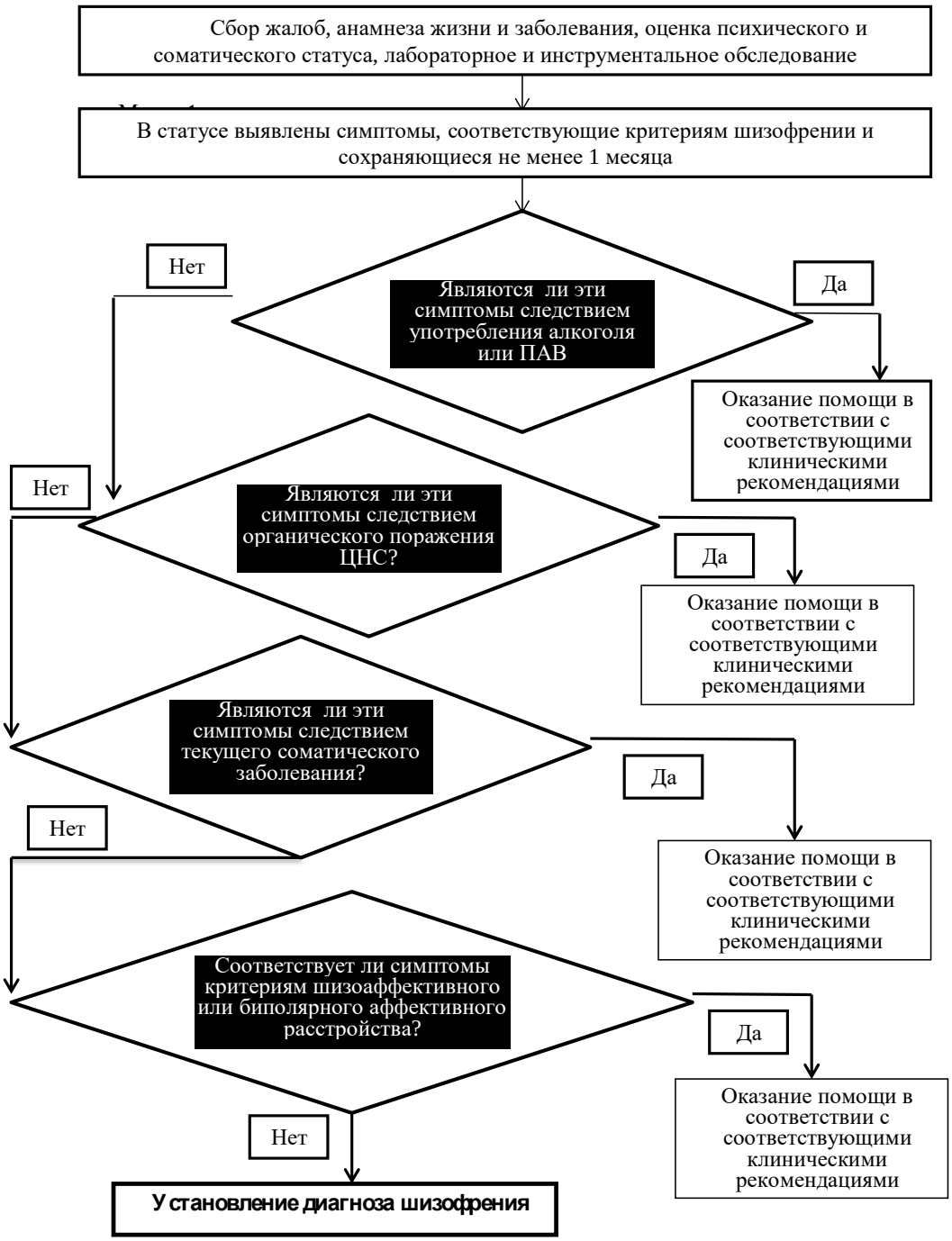
Таблица 6. Примерные дозы и длительность действия антипсихотиков пролонгированного действия

Название препарата	Доза, мг	Длительность действия
Галоперидола деканоат	50–300	3–4 нед.
Зуклопентиксола ацетат (клопиксол-акуфаз)	50–200	3–4 сут.
Зуклопентиксола деканоат (клопиксол депо)	200–750	2–3 нед.
Палиперидона пальмитат месячного действия (ксеплион)	50-150	4 нед.
Палиперидона пальмитат трехмесячного действия (тревикта)	175-525	3 мес.
Рисперидон микросферы (рисполепт конста)	25-50	2 нед.
Флупентиксола деканоат (флюанксол раствор для инъекций депо)	20–200	2–3 нед.
Флуфеназин (модитен-депо)	25–100	2–4 нед.

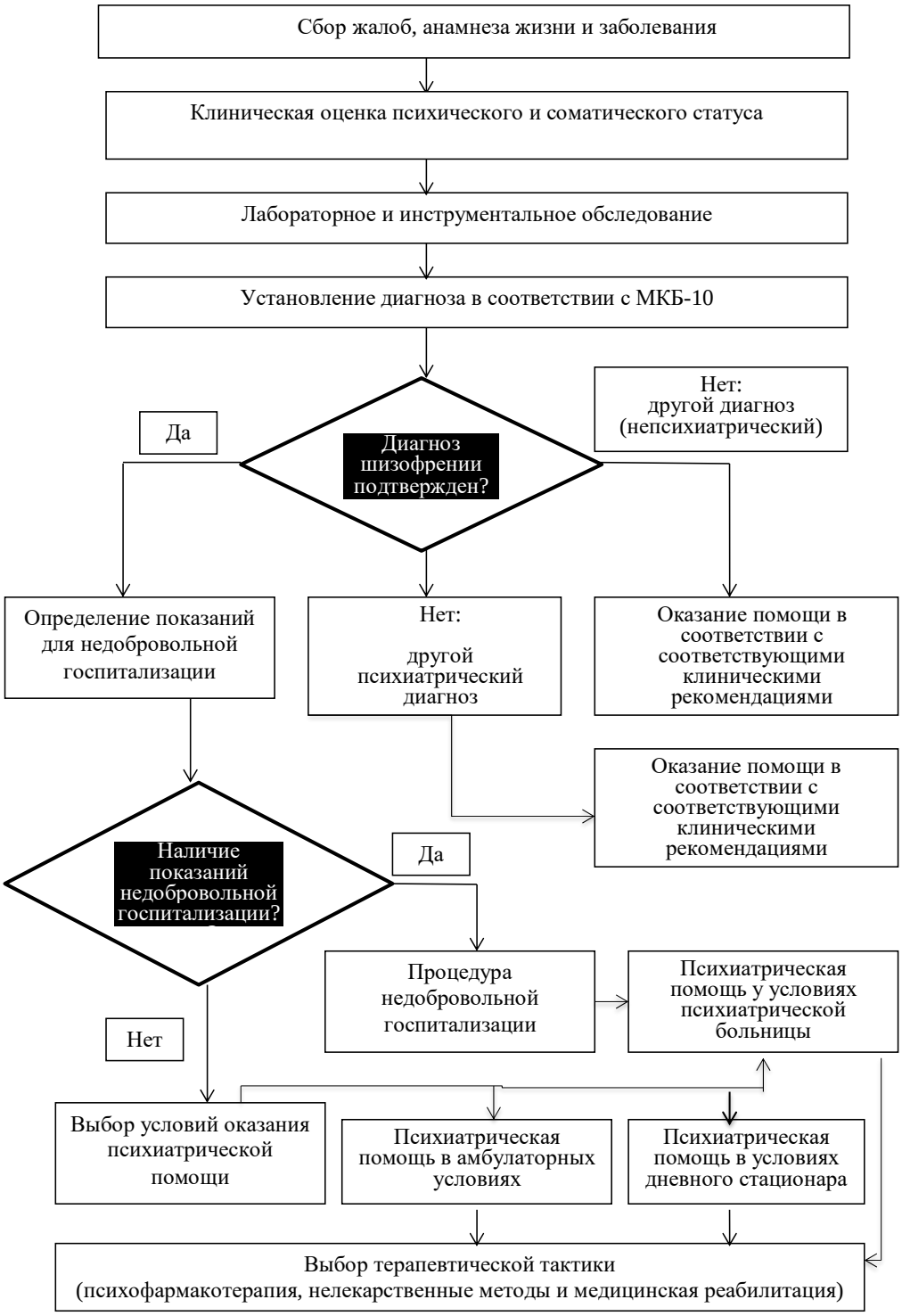
XVII. Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Б1. Алгоритм диагностики шизофрении



Приложение Б2. Алгоритм оказания помощи пациенту с шизофренией



Приложение Б3. Алгоритм биологической терапии обострения шизофрении

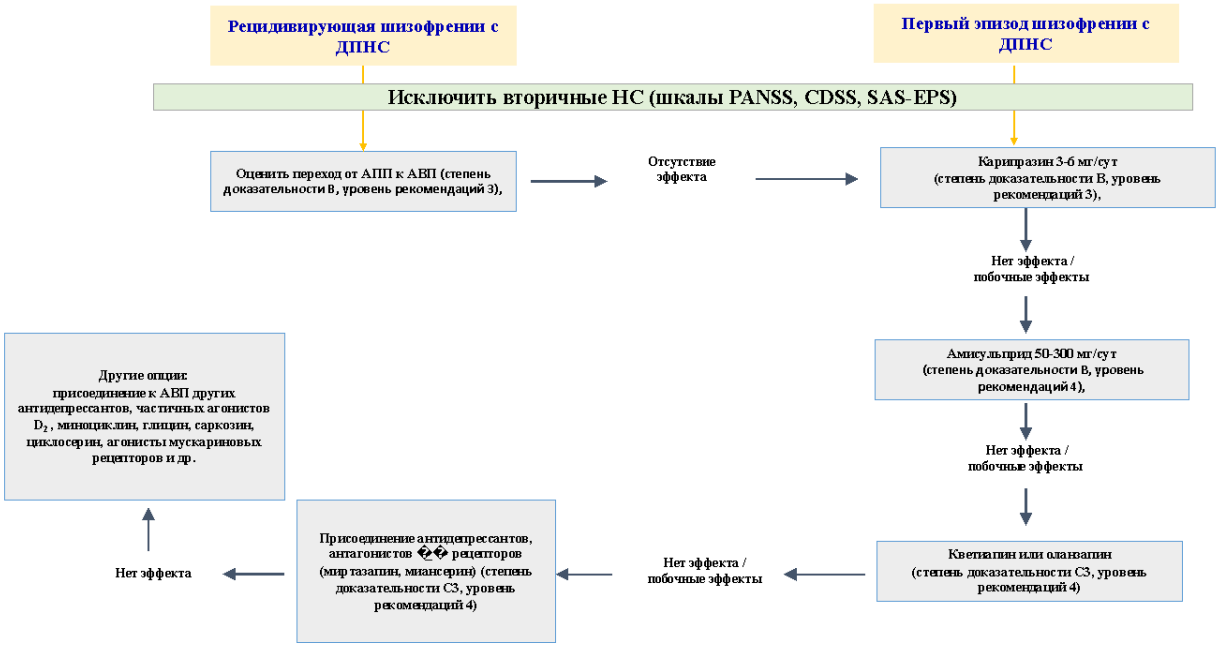


Приложение Б4. Алгоритм выбора антипсихотика в отдельных клинических сценариях при шизофрении

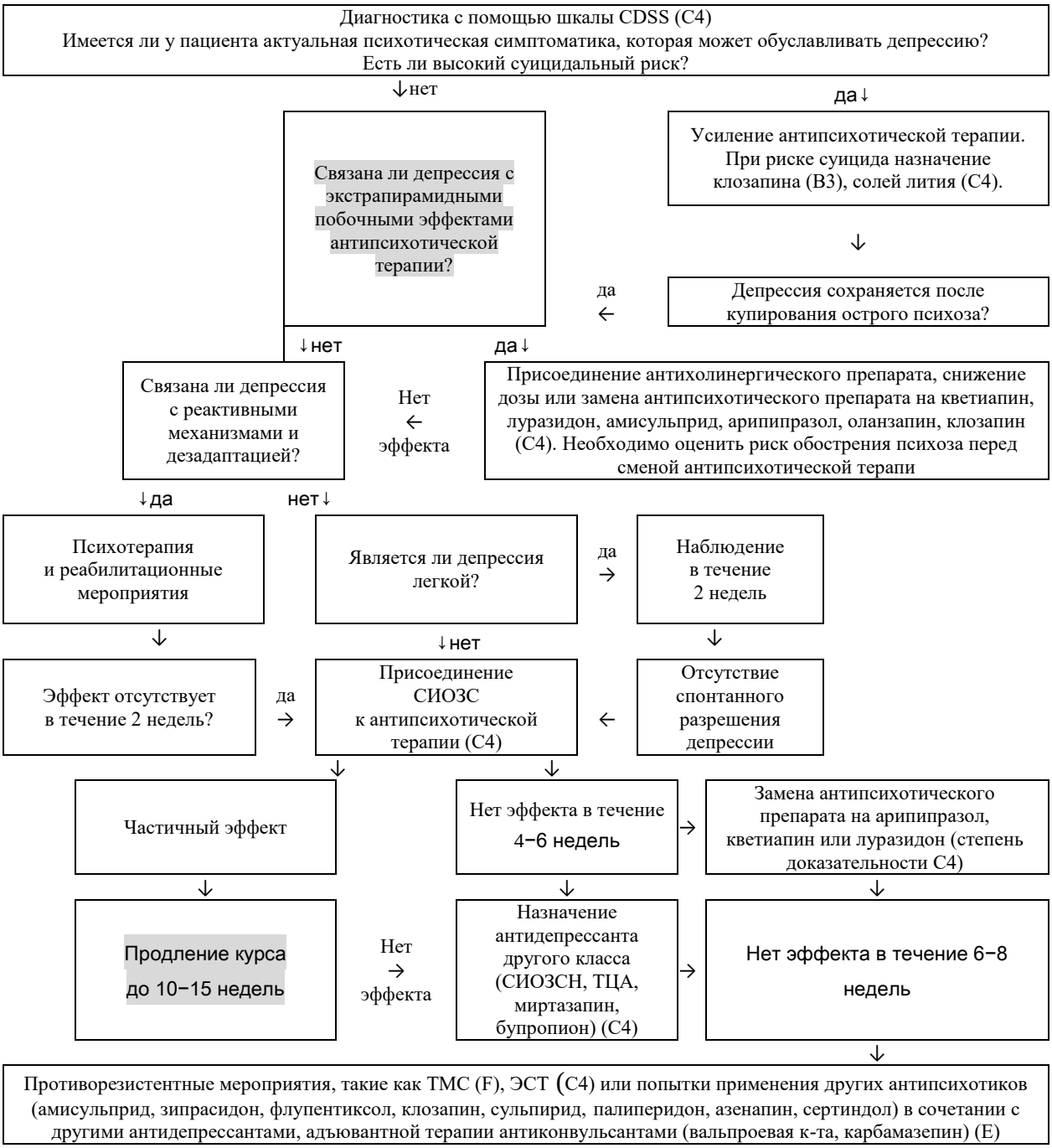
ом



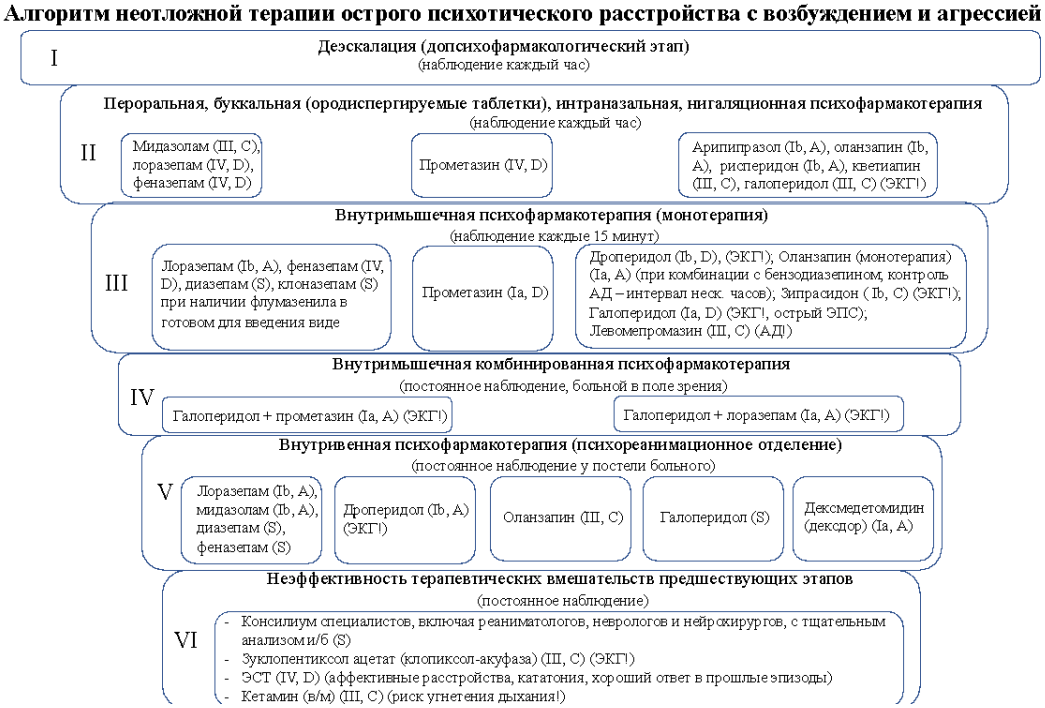
Приложение Б5. Алгоритм фармакотерапии первичных (доминирующих и персистирующих) негативных симптомов (ДПНС) при шизофрении



Приложение Б6. Алгоритм терапии депрессии при шизофрении



Приложение Б7. Алгоритм неотложной терапии острого психического расстройства с возбуждением и агрессией



XVIII. Приложение В. Информация для пациента

Общие вопросы

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 контакте 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 лекар¬ства, 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.

Дополнительная информация

XIX. Приложение Г. Шкалы, используемые для оценки пациентов шизофренией

1. Шкала оценки позитивных и негативных симптомов

Оригинальное название: Positive and negative symptoms scale (PANSS)
Источник: Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A., 1986
Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. − М.: Новый цвет, 2001. − 238 с.

Тип (подчеркнуть):
- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): _____

Назначение:
Проведение оценки наличия и тяжести симптомов шизофрении

Содержание (шаблон):

Критерии диагностики и оценки выраженности симптомов
Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS)

Шкала позитивных 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 боль- ного 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.

П3. 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:* непрямые 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 аффектив-ной 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 удается 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 про- являя 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.

H5. 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 личностно 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 пред- меты. 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.

H6. 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.

H7. 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 удается 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.

О3. 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 самоуничижения 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.

О6. 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 удается 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 жизненых интересов, психомоторной заторможенностью, а также некоторыми нарушениями сна и аппетита. Приободрить больного удается с трудом.

6. *Очень сильная выраженность:* резко подавленное настроение с устойчивыми переживаниями безнадежности, никчемности, собственной ничтожности; временами больной плачет. одновременно наблюдаются значительное ухуд- шение 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.

О7. 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 по-долгу 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.

О8. 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 негативистиче- ские 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.

О9. 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) со- держание 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 эксцентрич- ных идей (например, что имеет три головы, что он пришелец с другой планеты).

7.
*Крайняястепеньвыраженности:*мышлениеперегруженонелепыми,эксцентричнымиифантастическимиидеями.

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 на- звания 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 от- влекаемости или ослаблении внимания в конце беседы.

4. *Умеренная выраженность:* беседа с больным затруднена из-за повышенной отвлекаемости, невозможности по-долгу 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, не- обходимость лечения или профилактики. Может нарушаться способность адекватного планирования своих действий на будущее.

4. *Умеренная выраженность:* больной имеет лишь смутное или формальное (поверхностное) представление освоем 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 психиатриче- ского 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.

О13. 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 отра- жается 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.

О14. 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 нападкам 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 оскорбления- ми, 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 впостоянных 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 удается вовлечь в социальные отношения из-за наличия сильного страха, враждебности или бреда преследования. он всеми силами стремится избежать контактов.

2. Шкала краткой оценки негативных симптомов

Оригинальное название: Brief negative symptoms scale (BNSS)

Источник: Kirpatrick B, Strauss G, Nguen L, Fischer B, Daniel D, Cienfuegos A, Marder S. The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric Properties. Schizophr Bull 2011 Mar; 37(2): 300–305.

©2014, **GREGORY STRAUSS, Ph.D. AND BRIAN KIRKPATRICK, M.D.** BNSS_Workbook_ru_V2.1_19SEPT2018_source

Russian version reviewed by Oleg Papsuev, MD, PhD (Armida Mucci, Annarita Vignapiano, István Bitter, Stephen F. Austin, Camille Delouche, Sonia Dollfus, Andreas Erfurth, W. Wolfgang Fleischhacker, Giulia M. Giordano, Igor Gladyshev, Birte Glenthøj, Karoline Gütter, Alex Hofer, Jan Hubeňák, Stefan Kaiser, Jan Libiger, Ingrid Melle, Mette Ø. Nielsen, Oleg Papsuev, Janusz K. Rybakowski, Gabriele Sachs, Alp Üçok, Pawel Wojciak, Silvana Galderisi. A large European, multicenter, multinational validation study of the Brief Negative Symptom Scale, European Neuropsychopharmacology, Volume 29, Issue 8,2019, 947-959)

Тип (подчеркнуть):
- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): _____

Назначение:
Проведение оценки наличия и тяжести негативных симптомов шизофрении

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 нарушений 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.

Пункт3. 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.

II. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ДИСТРЕССА

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 событий 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 событий, но в меньшей степени по сравнению со многими другими людьми, однако в пределах нормы.
3. *Легкая степень:* испытывает дистресс по причине неприятных событий, но в немного меньшей степени, чем предусмотрено нормой.
4. *Умеренная степень:* определенно гораздо меньше расстроен по причине неприятных событий, 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.

III. ПОДШКАЛА ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ ОТГОРОЖЕННОСТИ

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 нарушений:* 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 нарушений:* 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 нарушений:* 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.

IV. ПОДШКАЛА ОЦЕНКИ ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

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 приступать 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 приступать 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 нарушений:* 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 нарушений:* 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.

V. ПОДШКАЛА ОЦЕНКИ ПРИТУПЛЕННОГО АФФЕКТА

Выражение лица
При оценке выражения лица необходимо учитывать мимические движения всех частей лица, включая область глаз (например, поднятые брови), рта (улыбки и гримасы) и средней части лица (например, наморщенный нос, когда пациент испытывает отвращение).

Пункт 9. Выражение лица
0. *Отсутствие нарушений:* 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 изменений выражения лица и выразительности мимики в процессе рассказа о своих эмоциональных переживаниях, клиническая значимость – сомнительная.
2. *Умеренная степень нарушений:* умеренное снижение частоты изменений 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 изменений выражения лица и выразительности мимики, например, выражение лица меняется только один раз при ответе на каждый вопрос.
4. *Выраженная степень дефицита:* значительное снижение частоты изменений выражений 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 выражений лица за все время беседы.

Пункт 10. Эмоциональная выразительность речи (выразительность звучания)
0. *Отсутствие нарушений:* 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 нарушений:* 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 нарушений:* жестикуляция вполне в пределах нормы; пациент используеть 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 нарушений:* умеренное снижение частоты использования экспрессивной жестикуляции; использует, по крайней мере, два экспрессивных жеста в процессе рассказа о каждом эмоциональном переживании.
3. *Умеренная степень дефицита:* ощутимое 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.

VI. ПОДШКАЛА ОЦЕНКИ АЛОГИИ

Пункт 12. Количество речи

1. *Отсутствие нарушений:* предусмотренное нормой количество речи или пациент говорит очень много.
2. *Минимальная степень дефицита:* сомнительное снижение количества речи; ответы, чаще всего, лаконичны.
3. *Умеренная степень нарушений:* 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 нарушений:* 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 нарушений:* 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.

3. Шкала депрессии Калгари у пациентов шизофрении

Оригинальное название: Depression rating scale for schizophrenia.

Источник: Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. Schizophr Res. 1990 Jul-Aug; 3(4):247-51.

Тип (подчеркнуть):
- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): _____

Назначение:
Проведение оценки наличия и тяжести депрессивных симптомов при шизофрении

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 некого 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.

4. Шкала личностного и социального функционирования

Оригинальное название: Personal and Social Performance scale (PSP)

Источник: Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000: 101: 323-329.

Тип (подчеркнуть):
- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): _____

Назначение:
Проведение оценки социального функционирования у пациентов шизофренией

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 так же 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 a-c,** 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 a-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

a) социально полезная деятельность; включая работу и учебу

b) отношения с близкими и прочие социальные отношения

c) самообслуживание

d) беспокоящее и агрессивное поведение

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

Степени выраженности для областей a-c

(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 течениепоследних 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

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 **a-c**. 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

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 **a-c**, и отдельный – для области **d.**

Степени выраженности для областей a-c		**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 социо-культурный 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: 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	(iv)	Значительно выражено: публично оскорбляет других, ломает или портит вещи, поведение часто социально неприемлемо, но не опасно (например, публично оголяется или мочится)
	Сильно выражено: имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование в этой области без профессиональной помощи, или	(v)	Сильно выражено: частые вербальные угрозы или частое физическое насилие, без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб.
			Очень сильно выражено: определяется как частые агрессивные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб., или как поступки, которые с

ведут к деструктивному поведению, но тем не менее, опасность для жизни отсутствует	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 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 **a-c**
70-61	Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях **a-c** или небольшие проблемы в области **d**
60-51	Значительные затруднения в одной из областей **a-c** или заметные проблемы в области **d**
50-41	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**
40-31	Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей **a-c**, или значительные проблемы в области **d**
30-21	Сильно выраженные затруднения в двух областях **a-c** или сильно выраженные проблемы в области **d,** сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях **a-c**

20-11	Сильно выраженные нарушения во всех областях **a-d** или очень сильно выраженные проблемы в области **d,** сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях **a-c**. 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).

5. Шкала ургентной оценки суицидального риска

Оригинальное название: SAD-Persons scale for suicide risk assessment

Источник: Patterson W et al, Psychosomatics, 1983, 24, 343-349

Тип (подчеркнуть):
- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): _____

Назначение: проведение ургентной оценки суицидального риска

Шкала ургентной оценки суицидального риска SAD PERSONS

Patterson W,et al, 1983; Junkle G., 1996.

Каждый пункт шкалы имеет 2-х бальную оценку. «1» - наличие признака и «0» - его отсутствие.

Факторы	Баллы
Мужской пол	
Возраст (15-24 лет и старше 65 лет)	
Депрессия	
Психоз	
Злоупотребление алкоголем и ПАВ	
Суицидальные попытки в прошлом	
Наличие суицидального плана	
Семейное положение (холост, разведен, вдовец)	
Утрата значимых личностных и социальных связей	
Тяжелое соматическое заболевание	

Интерпретация данных

Сумм балл	Риск суицида
0-2	Риск невысок, рекомендовано наблюдение
3-4	В госпитализации не нуждается, активное амбулаторное наблюдение в интенсивном режиме
5-6	Решение о госпитализации зависит от уровня кооперации пациента и его готовности к принятию помощи. При необходимости возможна недобровольная госпитализация
7-10	Обязательная госпитализация

6. **Колумбийская шкала оценки тяжести суицида**
7. **Оригинальное название**: Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS)

Источник: Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am J Psychiatry, 2005; 164:1035- 1043.

Русская версия: Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Современная терапия психических расстройств, 2011: 2, 30-40

Тип (подчеркнуть):
- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): _____

Назначение: проведение комплексной оценки суицидального риска

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ	
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», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей».	
1. Желание умереть Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. ***Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/совершить самоубийство *«Я думал(а) о том, чтобы убить себя»* при отсутствии размышлений о способах самоубийства / сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом. ***Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
3. Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: *«Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это .... И я бы никогда не довел(а) дело до конца».* ***Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
4. Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана. Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, в отличие от подобного 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:	**Да** ☐ **Нет** ☐
5. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план.	**Да** ☐ **Нет** ☐

Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? ***Намереваетесь ли Вы осуществить этот план?*** Если да, опишите:	

ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ	
Тип идеи Тип № (1-5) Описание идеи <u>Первое исследование</u> Наиболее опасные идеи: _____ _____	**Вся жизнь – Момент, когда он/она испытывал(а) самое сильное желание покончить с собой**
Следующие ниже характеристики должны быть оценены по отношению к самой сильной по интенсивности суицидной идеи (по шкале от 1 до 5, где 1 – наименьший по интенсивности показатель, а 5 – наибольший). Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.	Наиболее опасные
Частота ***Сколько раз Вас посещали подобные мысли?*** 1. Реже одного раза в неделю 2. Раз в неделю 3. 2-5 раз в неделю 4. Каждый день или почти каждый день 5. Многократно каждый день	–
Продолжительность ***Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?*** 1. Они мимолетны – несколько секунд или минут 2. Менее часа / недолго 3. 1-4 часа / долго 4. 4-8 часов / большую часть дня 5. Более 8 часов / они устойчивы или постоянны	–
Контролируемость ***Могли /можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?*** 1. С легкостью может контролировать такие мысли 2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями 3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями 4. Может контролировать такие мысли с большими затруднениями 5. Не в состоянии контролировать такие мысли	–

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ	
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», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей».	
1. Желание умереть Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. ***Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/совершить самоубийство *«Я думал(а) о том, чтобы убить себя»* при отсутствии размышлений о способах самоубийства / сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом. ***Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
3. Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: *«Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это .... И я бы никогда не довел(а) дело до конца».* ***Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
4. Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана. Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, в отличие от подобного 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:	**Да** ☐ **Нет** ☐
5. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план.	**Да** ☐ **Нет** ☐

0. Не пытается контролировать такие мысли	
Сдерживающие факторы ***Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?*** 1. Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства 2. Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас 3. Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас 4. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас 5. Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас 0. Данный пункт не применим	-
Основания суицидальных идей ***Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?*** 1. Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 2. Большей 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. Большей частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали) 5. Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали) 0. Данный пункт не применим	-

☐

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ *(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)*	**Вся жизнь**
Истинная попытка самоубийства: Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть *в результате данного акта*. Осуществленные действия отчасти замышлялись как способ убить себя. Намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть **какое-нибудь** намерение / желание умереть. **Реальное нанесение себе повреждений или увечий необязательно**, достаточно	**Да** ☐ **Нет** ☐

потенциальной возможности нанесения себе повреждений или увечий. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет слома, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства. Установление преднамеренности: Даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определенно не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти. ***Предпринимали ли Вы попытку самоубийства?*** ***Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред?*** ***Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти?*** ***Что Вы предпринимали?*** ***Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?*** ***Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____?*** ***Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?*** ***Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____?*** ***Или Вы сделали это по совершенно другим причинам / безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)?*** (Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство) Если да, опишите: **Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?**	Общее количество попыток _ **Да** ☐ **Нет** ☐
Прерванная попытка самоубийства: Когда человека прерывают и ему не удается (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (*иначе произошла бы истинная попытка самоубийства*). Передозировка: Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной. Выстрел: Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок: Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился – его остановили. ***Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие –либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐ Общее количество прерванных попыток _

Остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее. ***Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐ Общее количество остановленных попыток

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ *(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)*	**Вся жизнь**
Подготовительные действия или поведение: Действия, служащие приготовлением к предстоящей попытке самоубийства. 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). ***Предпринимали ли Вы какие либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или приготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
Суицидальное поведение: Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.	**Да** ☐ **Нет** ☐

Отвечать только для истинных попыток самоубийства	**Дата самой недавней попытки:**	**Дата наиболее тяжелой /опасной попытки:**	Дата самой первой попытки:
Реальная опасность /ущерб здоровью: 0. Физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины). 1.Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения). 2.Физические повреждения умеренной тяжести; требуется	*Ввести код*	*Ввести код*	*Ввести код*

медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3.Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4.Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5.Смерть.			
Потенциальная опасность: Отвечать, только если реальная опасность=0 Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал). 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 возможность оказания медицинской помощи	*Ввести код* –	*Ввести код* –	*Ввести код* –