

«УТВЕРЖДАЮ»

Президент РОП

Незнанов Н.Г.

«12» октября 2026 г.



Клинические рекомендации

Шизотипическое расстройство

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных со
здоровьем: F21

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 2026

Разработчик клинических рекомендаций:

- Российское общество психиатров

Оглавление

Список сокращений	4
Термины и определения	6
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	10
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	12
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	12
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	13
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	14
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	31
2.1. Жалобы и анамнез	32
2.2. Физикальное обследование	34
2.3. Лабораторные диагностические исследования	34
2.4. Инструментальные диагностические исследования	34
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	35
3.1. Общие принципы фармакологической терапии	36
3.2. Терапия первого выбора	38
3.3. Неврозоподобные синдромы	39
3.4. Психопатоподобные синдромы	41
3.5. Бедные симптомами синдромы	42
3.6. Терапия аффективных нарушений	43
3.7. Побочные эффекты антипсихотической фармакотерапии	45
3.8. Длительная (противорецидивная) терапия	46
3.9. Терапевтическая резистентность	47
3.10. Психотерапевтические формы работы с пациентами	47
3.11. Другие немедикаментозные, в том числе физиотерапевтические, формы работы с пациентами	49
3.12. Диетическое лечебное питание	51
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	51
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и	

противопоказания к применению методов профилактики	54
6. Организация оказания медицинской помощи	56
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	58
Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при шизофрении (коды по МКБ - 10: F21.1, F21.2, F21.3, F21.4, F21.5, F21.8, F21.9, F21)	59
Список литературы	61
ПРИЛОЖЕНИЕ А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	89
ПРИЛОЖЕНИЕ А2. Методология разработки клинических рекомендаций	90
ПРИЛОЖЕНИЕ А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата	92
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Алгоритмы действий врача	95
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Информация для пациента	97
ПРИЛОЖЕНИЕ Г1-Н. Шкалы оценки, опросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	99

Список сокращений

АВП – антипсихотические средства второго поколения или атипичные (код АТХ: N05AX Другие антипсихотические средства)

АПП – антипсихотические средства первого поколения (код АТХ: N05A Антипсихотические средства)

АПС – аттенуированный психотический синдром

АССП – аналитико-системная семейная психотерапия

АТХ – анатомо-терапевтически-химическая система классификации (АТС) - другие антидепрессанты (код АТХ: N06AX)

ГАМК – ГАМК-ергическая система

ЗНС – злокачественный нейролептический синдром

ИТОМ – интегративный телесно-ориентированный метод

КПТ – когнитивно-поведенческая психотерапия

МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

МКБ-11 – международная классификация болезней 11 пересмотра

МКТ – метакогнитивный тренинг

МРТ – магнитно-резонансная томография

фМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография

ПАВ – психоактивные вещества

РАС – расстройства аутистического спектра

РКП – реальная клиническая практика (RWD. real-world data)-

РТМС – ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (код АТХ: N06AB Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина)

ТМС – транскраниальная магнитная стимуляция

ТТГ – тиреотропный гормон

ТЦА – трициклические антидепрессанты (код АТХ: N06AA Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов)

УДД – шкала оценки уровней достоверности доказательств

УУР – шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

ШТРЛ – шизотипическое расстройство личности (StPD – Schizotypal personality disorder - StPD или SPD)

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭПС – экстрапирамидный синдром

ЭХО-ЭГ – эхоэнцефалография

BDNF – Brain-derived neurotrophic factor - Нейротрофический фактор мозга (нейротропный фактор мозга)

BNSS – The Brief Negative Symptom Scale-Шкала краткой оценки негативных симптомов

BPRS – The Brief Psychiatric Rating Scale - Краткая психиатрическая оценочная шкала

C-SSRS – Columbia suicide severity rating scale- Колумбийская шкала оценки тяжести суицида

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания

FKBP5 – ген стресс-реактивности FKBP5 участвует в регуляции нейроэндокринных механизмов стресса; было доказано, что множественные полиморфизмы в FKBP5 коррелируют со стрессом.

OAS – The Odor Awareness Scale - Шкала осознания запаха

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale - Шкала оценки позитивных и негативных синдромов

PSP – Personal and Social Performance scale - Шкала личностного и социального функционирования

SCL-90 – Symptom Checklist-90 - клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки выраженности психопатологической симптоматики у психиатрических пациентов и здоровых лиц

SERT – Serotonin Transporter или 5-HTT (5-Hydroxytryptamine Transporter) - ген переносчика серотонина

SSI – The Scale for Suicide Ideation - Шкала суицидальных мыслей

WFSBP – World Federation of Societies of Biological Psychiatry -Всемирной федерации обществ биологической психиатрии

Y-BOCS – Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale - обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна

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

– в инструкции по применению не указано данное заболевание или расстройство, применяется в дозировке, не соответствующей инструкции

Термины и определения

Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататоно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абulia, 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.

Шизотипическое расстройство - это непсихотическое психическое расстройство шизофренического спектра, которое характеризуется устойчивым паттерном (т. е. характерным для человека в течение, по меньшей мере, нескольких лет) эксцентричности в поведении, внешности и речи, сопровождающимся когнитивными и перцептивными искажениями, необычными убеждениями, дискомфортом в межличностных отношениях и зачастую снижением способности их поддерживать и включают суженный или неадекватный аффект и ангедонию, вызывая дистресс или нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. При этом могут возникать кратковременные параноидные идеи, идеи отношения или другие психотические симптомы, включая галлюцинации любой модальности, но они не достигают выраженности или необходимой продолжительности, чтобы соответствовать диагностическим требованиям шизофрении, шизоаффективного или бредового расстройства. В западной литературе эти состояния квалифицируются как “шизотипическое расстройство личности”, которые включают существующий в течение всей жизни индивидуума непрогредиентный паттерн социальных и межличностных дефицитов, характеризующийся дискомфортом и снижением способности к близким отношениям, а также когнитивными или перцептивными искажениями и эксцентричностью поведения, присутствующих в различных контекстах.

«Шизофренический спектр» – термин S. S. Kety [1] и D. Rosenthal [2] – предполагает включение и рассмотрение в нем не только шизофрении, но и шизофреноподобных психозов, в том числе протекающих стерто, без психотических симптомов, но имеющих общие патофизиологические механизмы. Основой таких представлений, свидетельствующих о наличии шизотипического континуума [3] явились результаты изучения близких родственников больных шизофренией [4].

Адаптационно-компенсаторный потенциал – это объем адаптационно-компенсаторных возможностей (биологических, психологических и социальных), имеющийся у конкретного индивидуума (трансформирующейся по мере развития предболезненных, а затем и болезненных феноменов), включающий в себя внутренние (морфо-физиологическая организация психики и структурно-личностная организация психики) и внешние (средовые) ресурсы, которые позволяют пациенту приспосабливаться к изменяющимся (в том числе стрессорным) условиям внешней среды.

Социальная компетенция – необходимый объем социальных навыков, знаний, умений эффективно использовать стратегии совладания при взаимодействии с окружающими людьми, а также – способность индивида к продуктивному приспособлению к социуму.

Дименсия – отдельный (независимый) признак целостного объекта, степень выраженности которого характеризуется определенной величиной, полученной в процессе измерения этого признака. Основное значение слова «дименсия» сводится к возможности количественного выражения какого-либо конкретного ПРИЗНАКА целостного объекта. В МКБ-11 выделяется 6 дименсий: 1. позитивные симптомы (бред, галлюцинации, дезорганизованное мышление и поведение, явления психического автоматизма); 2. негативные симптомы (притупленный или уплощенный аффект, алалия или обеднение речи, абулия, ангедония); 3. депрессивные симптомы; 4. маниакальные симптомы; 5. психомоторные симптомы (психомоторное возбуждение, психомоторная заторможенность, кататонические симптомы); 6. когнитивные симптомы (в частности, дефицит скорости обработки информации, внимания/концентрации, ориентации, суждения, абстракции, словесного или визуального обучения и рабочей памяти).

Психический диатез – клинически верифицированная аномалия психической конституции, обусловленная генетической и психологической уязвимостью пациента и совокупностью других признаков, характеризующих предрасположенность к

психической патологии. В психиатрии истоки представления о диатезе лежат во введенном А.В. Снежневским [5] определении pathos (греч. pathos — почва, предрасположенность, отклонение в развитии) и развиваемой С.Б. Семичовым [6] концепции предболезни, является пограничным между «практическим здоровьем» и областью «пограничной психиатрии».

Когнитивный диссонанс (от латинских слов “cognitio” – познание и “dissonantia” – несозвучность, нестройность, отсутствие гармонии) – состояние психического дискомфорта, вызванное столкновением в сознании человека конфликтующих представлений, верований, ценностей, эмоциональных реакций.

Структура личности – сложная динамическая функциональная система, имеющая множественные внутренние и внешние корреляционные взаимосвязи и взаимовлияния. Наиболее важными структурными личностными характеристиками, обеспечивающими её компенсаторно-адаптационный потенциал, являются: структура «Я» личности, ценностные ориентации и интрапсихические конфликты, оказывающие, в свою очередь, влияние на психологическое обеспечение социальной адаптации.

Ценностные ориентации личности, занимая промежуточное положение между внутренними установками индивидуума и нормами социальной среды, между мотивационно-потребностной сферой и личностными смыслами, является стержневой характеристикой [7], обеспечивающей взаимодействие этих элементов в центральной системе «личность».

Внутриличностные конфликты – в самом общем виде их можно характеризовать как противоречие, борьбу (лат. conflktus – столкновение) между внутренними тенденциями личности и возможностями их удовлетворения. Интегральными показателями внутреннего конфликта являются нарушение нормального механизма личностной адаптации и усиление психологического стресса, что вызывает острые негативные переживания и задерживает принятие решения.

Копинг – это механизм психологической адаптации, при помощи которого человек осознанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь стрессовых обстоятельств, которые невозможно устранить.

Психологическая защита – это механизм психологической адаптации, осуществляемый “Я” над процессами бессознательного реагирования в тех случаях, когда внутренние опасности достигают порога сознания и в результате этого, не будучи “погашенными”, могут вызвать внутриличностный конфликт.

Субъективная концепция морбидности – характеристика, углубляющая и расширяющее прежнее представление о внутренней картине болезни за счет включения параметра метакогнитивного искажения личностного смысла болезни.

Типичные (традиционные) нейролептики или антипсихотические средства первого поколения (АПП) (Код АТХ: N05A) объединяют антипсихотические средства, первоначально появившиеся в клинической практике.

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

Атипичные антипсихотики или антипсихотические средства второго поколения (АВП) (код АТХ: N05AX) обладают лучшей неврологической переносимостью в связи с особенностями их нейрорахимического профиля действия (напр., антагонизм к серотониновым рецепторам второго типа, частичный агонизм к дофаминовым рецепторам и др.).

Инъекционные антипсихотические средства 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 физического лечения (например, электросудорожная терапия, плазмаферез, транскраниальная магнитная стимуляция, 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.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Шизотипическое расстройство – это широко представленное состояние, определяемое в рамках клинико-нозологической парадигмы как вариант аутохтонного процесса с относительно благоприятным течением и относимое к расстройствам шизофренического спектра [8], включающим и так называемое “шизотипическое расстройство личности”.

Изучение больных с расстройствами шизофренического спектра позволило обнаружить определенный «шизотипический континуум» [9; 10], а не жесткую внутриспектральную категориальную разделенность составляющих его психических расстройств [11]. Этот «шизотипический континуум» представлен непсихотическими (шизотипическое расстройство), субпсихотическими и психотическими (собственно шизофрения) формами расстройств шизофренического спектра.

Как указывается в МКБ-11, шизотипическое расстройство чаще возникает у биологических родственников лиц с диагнозом шизофрении и считается частью спектра психопатологии, связанной с шизофренией. Наличие родственников первой степени родства с шизофренией придает дополнительный вес диагнозу «шизотипическое расстройство», но не является требованием, если человек испытывает (при нем) дистресс или нарушение психосоциального функционирования, связанное с его симптомами.

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

В настоящее время общепринятой является уязвимость-стресс-диатезная модель происхождения шизотипического расстройства (относящегося к шизофреническому спектру) как разнородного полигенно-мультифакториального заболевания, в которой находит отражение представление о значении в развитии болезни не только наследственного, но и средовых, в том числе социальных, факторов, совокупно определяющих биологический, психологический и социальный адаптационно-компенсаторный потенциал индивидуума, а в конечном счете – развитие заболевание, особенности его клинической картины, динамики и исхода.

Установлено, что многие события и ситуации детского периода [12] приводят к существенным и длительным патофизиологическим изменениям на уровне

эпигенетических процессов с последующим нарушением функционирования ключевых генетических систем, что выливается в связи между неблагоприятным детским опытом и развитием психической патологии [13, 14]. Комплекс неблагоприятных факторов приводит к отклонениям в формировании адаптационно-компенсаторного потенциала (биологического, психологического и социального) с развитием психопатологического диатеза, что, при наличии сверхпороговых внешних раздражителей, способствуют формированию прогрессирующего церебрального процесса, проявляющегося психопатологической симптоматикой, а также психосоциальной дезадаптацией.

Патофизиологические механизмы развития шизотипического расстройства, рассматриваемые как общие для расстройств шизофренического спектра, обусловлены, как минимум, тремя взаимосвязанными процессами: дофаминергической дисрегуляцией, нарушением глутаматергической нейротрансмиссии и провоспалительным статусом мозга.

Согласно дофаминовой гипотезе возникновение продуктивной психопатологической 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 [15]. При этом дофаминовая теория в настоящее время не рассматривается изолированно, а является существенным компонентом более широкой нейротрансмиттерной теории [15], учитывающей сопряженные нарушения в различных системах, в частности, серотонинергической и ГАМК-ергической системы.

Значительную роль в развитии расстройств шизофренического спектра, в том числе шизотипического расстройства [16], играет глутаматергическая система мозга, модулирующая повышенную активность дофаминовых нейронов мезолимбического пути [17]. Еще один потенциальный механизм развития расстройств шизофренического спектра, в том числе при шизотипическом расстройстве [18], 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 [17; 19].

При возникновении заболевания происходит также трансформация психологического адаптационно-компенсаторного потенциала (определяемого особенностями структуры личности, ценностных ориентаций, интрапсихических

конфликтов, копинга, психологической защиты, субъективной morbidity), дезорганизация которого осуществляется на невротическом, пограничном (субпсихотическом) и психотическом уровнях [20]. С этим обстоятельством связано влияние на развившееся расстройство: а) прошлого (раннего) негативного психического опыта и текущих актуальных стрессогенных факторов; б) личностной «переработки» индивидуумом (особенно в случае аутохтонного развития расстройства) самого факта наличия болезненного феномена.

Развившееся заболевание снижает также и социальный адаптационно-компенсаторный потенциал, отражающий соотношение интрапсихических факторов (социальной компетенции индивида) с имеющимися внешними (средовыми) факторами, который совокупно обеспечивает условия для адекватного взаимодействия индивида с требованиями социального окружения и соблюдения соответствующих реальных общественных норм.

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

Распространенность шизотипического расстройства в общей популяции составляет от 0,6% до 4,4% [21; 22]. В Российской Федерации в 2017-2019 гг. распространенность составляла 4.2%. [23]. Удельный вес шизотипического расстройства среди всех расстройств шизофренического спектра составляет около 8% [23].

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

F21 – шизотипическое расстройство.

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

Согласно МКБ-10, шизотипическое расстройство классифицируют по клиническим формам (неврозоподобная, психопатоподобная, бедная симптомами), которые можно рассматривать как «шизотипическое расстройство *sui generis*», при этом отдельно рассматривая «шизотипическое расстройство личности».

Важное значение также имеет выделение отдельных симптомокомплексов (дименсий) психопатологической симптоматики (позитивная симптоматика, негативная симптоматика, дезорганизация речи и мышления, аффективная симптоматика, когнитивные нарушения, кататонические включения), которые могут индивидуально

широко варьироваться по тяжести выраженности и определяют многообразие клинической картины заболевания. Выделяют:

- неврозоподобные синдромы: псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3);
- психопатоподобные синдромы: псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения, включающая пограничную шизофрению (F21.4);
- бедные симптомами: “бедная симптомами шизофрения” (F21.5);
- шизотипическое расстройство личности: шизотипическое личностное расстройство (F21.8).

В соответствии с классификацией МКБ-10 при кодировании шизотипического расстройства как F21 отмечается, что рубрики F21.1. (латентная шизофрения) и F21.2. (шизофренческие реакции) не рекомендуются для широкого использования, потому что их трудно отграничить от расстройств, наблюдаемых при простой форме шизофрении (F20.6xx), или от шизоидной или параноидной личностной патологии. Если же этот термин используется, то 3 или 4 из описанных типичных черт должны присутствовать постоянно или эпизодически по крайней мере в течение 2 лет. У больного никогда в прошлом не должны быть признаки шизофрении. Наличие шизофрении у родственника первой степени родства говорит больше в пользу данного диагноза, но не является необходимой предпосылкой. В эту рубрику включается предпсихотическая шизофрения и продромальная шизофрения.

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

Дебют шизотипического расстройства чаще падает на старший подростковый или послеподростковый возраст [24].

Шизотипическое расстройство отличается следующим: 1) незаметное медленное начало; 2) манифестация напоминает декомпенсацию психопатии или затяжного стрессового (дистрессового) расстройства; 3) симптоматика «по своей клинической картине напоминает дебютные проявления психотических форм болезни» [24], и протекает на всём протяжении на непсихотическом уровне (неврозоподобные, психопатоподобные и «бедные симптомами» нарушения). При этом нет ни выраженного эмоционального оскудения, ни заметного падения активности, ни очевидных, бросающихся в глаза нарушений мышления.

При шизотипическом расстройстве можно отметить несколько особенностей.

1. Дискордантность, несоответствие отдельных симптомов друг другу (в отличие от конкордантности, свойственной клинической картине невротического расстройства, когда отдельные симптомы гармонично включены в целостный невротический симптомокомплекс и соответствуют аффективным переживаниям больного).

2. Характерная динамика внутри синдрома, заключающаяся в том, что ее вектор направлен в сторону развития: от более простых к более сложным психопатологическим проявлениям; от «невротических» или «психопатических» - к «неврозоподобным» и «психопатоподобным».

3. Отсутствие четкой границы между разными вариантами неврозоподобных и психопатоподобных проявлений, в результате чего элементы одного из проявлений, как правило, включены в картину другого проявления.

4. Возможность перехода неврозоподобного варианта шизотипического расстройства в психопатоподобный и бедный симптомами.

5. Протекание расстройства как непрерывно, так и в форме приступов.

6. Для шизотипического расстройства достаточно характерно соучастие в клинической картине заболевания аффективных симптомокомплексов – депрессивных, гипоманиакальных и со смешанным аффектом [25].

7. Шизотипическое расстройство протекает на всём протяжении на непсихотическом уровне (неврозоподобные, а также психопатоподобные и «бедные симптомами» нарушения).

Рис. 1 Схема клинически вариантов шизотипического расстройства



Как правило, в структуре клинически выделенных категориальных вариантов шизотипического расстройства представлены следующие дименсии: позитивная, негативная, аффективная, когнитивная, поведенческо-кататоническая [26].

В части случаев непсихотические проявления заболевания представляют собой дебют процессуальной психоза, то есть оказываются непсихотическим этапом психотических форм расстройств шизофренического спектра. Так, у 60-80% больных манифестной (психотической) шизофренией дебют заболевания характеризуется появлением различных непсихотических психопатологических симптомов [27; 28; 29].

Непсихотические аффективные, невротоподобные, психопатоподобные или бедные симптомами расстройства в ряде случаев оказываются этапом психотических форм расстройств (инициальным или ремиссионным), однако могут претерпевать специфическую динамику на всем протяжении заболевания, оставаясь в рамках непсихотических проявлений аутохтонного (эндогенного) заболевания, характеризуясь:

а) регрессирующим течением с достаточно высоким уровнем социальной адаптации (в 25% случаев); среди лиц, у которых прогрессивность в дальнейшем не развилась, выше оказались риски проявления депрессии и дистимии на протяжении жизни [30];

б) или малопрогрессирующим (75%) течением с формированием «псевдопсихопатии» и негативной социальной динамикой, особенно в профессиональной и коммуникативной сферах.

Невротоподобные синдромы (F21.3)

1. Обсессивно-фобический
2. Дистимно-фобический:
 - а) тревожно-дистимно-фобический
 - б) сверхценно-дистимно-фобический
3. Невротической ипохондрический:
 - а) тревожно-ипохондрический
 - б) коэнестезиопатически-ипохондрический
4. Астено-аффективный
5. Диссоциативно-деинтеграционный:
 - а) деперсонализационно-дереализационный
 - б) конверсионно-диссоциативный

Особенности obsessions при шизотипическом расстройстве

Obsessions – непреднамеренные, нежелательные мысли, образы или влечения, которые вызывают дискомфорт/тревогу (страх, страдания, чувство угрозы индивиду или непристойные по содержанию) или **compulsions** – волевые усилия (включая вторично возникающие compulsive мысли) и преднамеренные действия, направленные на нейтрализацию obsessions.

При развитии шизотипического расстройства особенность obsessive проявлений заключается в следующем.

1. Медленное, неяркое их первоначальное развитие с тенденцией навязчивостей к «систематизации» [31], группировке вокруг первичной obsessions множественных вторичных навязчивостей, «обрастание» различными навязчивостями, быстрая ритуализация с compulsiveness (чувство насильственной и мучительной борьбы мотивов), реакции избегания.

2. Появление монотонных, инертных, вычурных и нелепых защитных ритуалов, их метафизичность (абстрактность). Compulsive расстройства постепенно замещаются моторными (кататоническими) стереотипиями и сопровождаются в части случаев самоповреждающим поведением (покусывание рук, расчесывание кожи, перетягивание горла). Такого рода ритуалы, постепенно занимающие ведущее положение в клинической картине, целиком определяют поведение больных, а иногда приводят к полной изоляции от общества.

3. При этих навязчивостях, в отличие от невротических, как правило, не удастся выявить психогенные факторы, лежащие в их основе, а сами навязчивости могут проявляться в виде нелепых абстрактных систем – числовых, геометрических, буквенных [32].

4. В отличие от obsessions при стрессово-невротических расстройствах, они быстро лишаются эмоционального компонента, приобретают черты инертности и однообразия – их содержание становится все более нелепым, теряет даже внешние признаки психологической понятности. В результате навязчивые опасения перестают сопровождаться соответствующими их содержанию эмоциями, хотя при этом и не переходят в лишённые всякого намека на навязчивость сверхценные или бредовые идеи.

5. В ряде случаев – быстрое формирование полиморфных obsessions [33].

6. Наличие связи расстройств при обсессивно-фобическом синдроме с психопатоподобными состояниями.

7. Присутствие у обсессивных больных голотимного аффекта (связанного с содержанием обсессивно-фобических переживаний), суточных колебаний настроения или ангедонии, сменяющихся кратковременными гипоманиакальными эпизодами.

8. Появление (чаще в начале заболевания) соматоформных психических расстройств сразу в виде «полисимптоматики» и относительно быстрое их обрастание и «перекрывание» другими психопатологическими феноменами.

9. Низкий уровень критичности – плохая или отсутствующая критика. Большую часть или все время человек уверен, что его убеждения, связанные с расстройством, верны, и он не может принять альтернативное объяснение своего опыта. При этом недостаток критики, проявляемый индивидуумом, существенно не зависит от уровня тревожности.

Особенности дисморфофобических переживаний при шизотипическом расстройстве

Сверхценные дисморфофобические идеи при шизотипическом расстройстве характеризуются следующими особенностями.

1. Близки с сенситивным и касаются убежденности в собственной внешней уродливости, которая находится в тесной связи с ощущением утраты своих чувств, неполноты восприятия собственной личности, отсутствии эмоционального сопровождения двигательных актов.

2. Больные опасаются, что окружающие замечают эти недостатки, обсуждают их и смеются.

3. Практически все пациенты предпринимают попытки коррекции своих недостатков тем или иным способом, требуя обследования и лечения у специалистов, прибегают к изучению популярной и медицинской литературы.

4. Ядром сверхценного симптомокомплекса является проблема внешнего вида, а не соматического заболевания.

5. Частным случаем дисморфофобических переживаний является ситуация, когда в качестве таковых выступает идея излишней полноты. На этой основе формируются аноректические явления [35; 36], при которых появление ощущения «пустоты», «вакуума» в желудке после провоцирования рвоты сопровождается не тягостным

эмоциональным дискомфортом, а, напротив, положительно окрашенными эмоциями с переживанием «блаженства», «приятной истомы», «неги» [37].

6. Другим частным случаем дисморфофобических переживаний является ситуация возникновения бромгидроза, характеризуется опасениями больных «не удерживать газы» и таким образом распространять неприятные запахи.

7. В целом с возникновением заболевания больные становятся более «тусклыми», эмоционально обедненными и, одновременно, тревожно подозрительными, что проявляется иногда лишь в раздраженно-холодном отношении к близким и в снижении эмоционального резонанса на волнения, беды и, особенно, радости окружающих, что сами больные считают следствием сосредоточенности на своих переживаниях (т.е. имеет место нарастание изменений личности).

При **тревожно-дисморфофобических** переживаниях при шизотипическом расстройстве характерны следующие особенности:

1. Переплетение сверхценных дисморфофобических проявлений с депрессивными переживаниями и/или тревожными руминациями и ипохондрическими идеями.

2. Свои внешние недостатки пациенты считают обусловленными неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, нарушением обмена веществ.

4. Дисморфофобические идеи выступают как одна из сторон депрессивного мировоззрения [38].

5. Для состояния этих больных характерны [39]: а) тенденция к витализации по мере углубления депрессии; б) суточная ритмика состояния с колебанием интенсивности аффекта – ухудшение настроения и самочувствия в утренние, реже вечерние часы; в) явления ауто- и сомато-психической деперсонализации; г) депрессивные идеи не ограничиваются тематикой, связанной с проблемой коррекции внешности.

Особенности ипохондрических переживаний при шизотипическом расстройстве

При **тревожной ипохондрии** основные переживания базируются на измененном телесном самосознании личности и представляет собой совокупность, собственно, фобических ипохондрических феноменов (ипохондрические страхи, агорафобии, нозофобии и тревожные опасения, а также соматизированная тревога с вегетативными кризами, достигающими уровня панических атак) и сверхценных нозоманий, имеющими

склонность преимущественно к функциональным расстройствам пищеварительной системы [40]. Клиническая картина в активном периоде определяется следующим:

- 1) усилением тревожно-фобической симптоматики до уровня нозомании;
- 2) ассоциацией генерализованной соматоформной и тревожно-фобической симптоматики;
- 3) ограниченным характером сенестезий, представленных чаще всего лишь чувством головокружения и шаткости походки, при одновременно широкой представленности сенестопатий, носящих характер соматоформной пространственно нечетко локализованной «полисимптоматики»: наличие (помимо сомато-вегетативных нарушений) идиопатических алгий (сенестоалгий), которые усиливаются не только вслед за соматогенными влияниями (интеркуррентное заболевание, физическое перенапряжение), но сопровождают даже физиологические процессы;
- 4) аутоагрессивным поведением (травматические способы «оздоровления»).

При включении в структуру ипохондрических переживаний **коэнестеziопатических** феноменов преобладают многообразные висцеро-вегетативные расстройства и телесные сенсации алгического характера, которые заведомо превосходят боли при соматических заболеваниях. Отмечается динамический характер ощущений («внутри скручивается, собирается» или «разбухает, расширяется, вытягивается»), приобретающих доминирующее значение и сопровождающихся тревожными опасениями тяжелого недуга. Клиническая картина в этом случае определяется следующим:

1. Телесные сенсации, характерные для этой патологии – сенестезии и сенестопатии. Отмечаются также расстройства общего чувства тела (соматосенсорные расстройства), обусловленные нарушением восприятия происходящих в организме физиологических и патологических процессов: соматовегетативные, психовегетативные, органоневротические, аллопатические проявления.

2. Астено-депрессивные расстройства – ощущение тотального физического неблагополучия или недомогания. По мере прогрессивного течения заболевания, на фоне нарастающей слабости и усиления чувства «недомогания», невротоподобные расстройства приобретают характер гиперестетической астении.

3. Расстройства самосознания соматического Я (нарушение чувственного осознания соматического Я), т. е. соматопсихическая деперсонализация (феномен отчуждения чувства тела).

4. Соматоформные расстройства.

Динамика заболевания при тревожно-ипохондрической и коэнестеziопатически-ипохондрической симптоматике отражает его процессуальную основу: патологические телесные сенсации видоизменяются от алгий к сенестезиям с последующей трансформацией в рудиментарные сенестопатии; истерические и/или обсессивно-фобические и/или ипохондрические проявления редуцируются и стереотипизируются.

Особенности диссоциативно-дезинтеграционных проявлений при шизотипическом расстройстве

Анализу собственно диссоциативных расстройств, выступающих в пределах аутохтонно-процессуальной части расстройств шизофренического спектра, посвящено немалое количество работ [41; 42; 43]. Деперсонализационные проявления в этом случае чаще всего представлены аутопсихической деперсонализацией, выступающей в тесной взаимосвязи с ипохондрическим самоанализом. Явления дереализации и соматопсихической деперсонализации выражены при этом менее заметно.

Деперсонализационный синдром в рамках расстройств непсихотических проявлений шизотипического расстройства обычно развивается на фоне преморбидно имеющегося пограничного или шизоидного расстройства личности [44, 45].

В целом при шизотипическом расстройстве деперсонализационный синдром, определяющий клиническую картину заболевания, чаще всего касается преимущественно аутопсихической деперсонализации (в той ее части, которая имеет отношение к идеаторной форме самосознания) и представлены проявлениями амплифицированного (осложненного другими психопатологическими феноменами) деперсонализационно-дереализационного синдрома.

При аутопсихической деперсонализации в рамках шизотипического расстройства отмечается отчуждение восприятия целостности, дифференцированности эмоций и идеаторных форм самосознания.

Отчуждение восприятия целостности проявляется в возникновении чувства утраты представлений о единстве и границах собственного «Я», «растворенности» в окружающем, потери индивидуальной специфичности, изменение восприятия

активности, проявляющееся в ощущении раздвоения: больные отмечают, что в них как бы параллельно существуют две личности, два ряда душевных процессов развиваются одновременно. При максимальном развитии состояния у больных возникает чувство, что они исчезают, превращаются в «ничто», «пустоту», «точку» и т. п. Искажение чувства целостности и имеющаяся в силу этого разрозненность восприятия может имитировать диссоциативное сужение или выпадение полей зрения (без истинного их нарушения) [46].

Отчуждение дифференцированности эмоций характеризуется появлением мучительного чувства утраты эмоций, потери эмоционального резонанса – больные субъективно переживают полное бесчувствие к близким людям, утрату способности ощущать удовольствие и неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть, образно называют себя «живыми трупами». Могут возникать жалобы на «утрату» или «прерывистость» чувства времени с переживанием неподвижности, отсутствием перемен [46].

Отчуждение идеаторных форм самосознания проявляется в том, что пациенты воспринимают себя полностью лишенными собственного мировоззрения, взглядов, суждений, превращенными в безликих личностей. Они свое поведение находят «неестественным», «наигранным», что делает их «чужими среди людей», затрудняет общение с ними, отчуждает их. При развитой картине нарушения аутопсихики объективно возникает расстройство способности к социальным коммуникациям.

При соматопсихической деперсонализации отмечается переживание утраты витальных чувств (чувство насыщения, голода, как будто бы высохло тело, кончилась жизнь).

При аллопсихической деперсонализации в некоторых случаях возможно возникновение деперсонализационного ощущения присутствия постороннего.

При **конверсионно-диссоциативных** проявлениях симптоматика принимает гротескные, утрированные формы и отмечается:

1) наличие сложных связей истерических расстройств с фобиями, навязчивыми влечениями, яркими овладевающими кататимно окрашенными представлениями (о «необыкновенной любви», идеальных взаимоотношениях с объектом экстатических привязанностей), вспышками генерализованной тревоги и сенесто-ипохондрическими симптомокомплексами;

2) инертность истерических невротоподобных проявлений – длящиеся месяцами контрактуры, гиперкинезы, стойкая афония, дисфагия, писчий спазм и др.;

3) обильное и рано начавшееся в структуре заболевания патологическое фантазирование, характеризующиеся отстраненным содержанием, напоминающим сновидения или грезы и носящее грубый, вычурный и даже нелепый характер, с чувством охваченности, яркой визуализацией сценopodobных причудливых представлений пациента в глазах окружающих; при этом собственные фантазии принимаются за действительность, что приводит к серии неудач и разочарований.

Особенности астено-аффективных проявлений при шизотипическом расстройстве

В клинической картине **астено-аффективных** состояний наблюдаются проявления когнитивных и атипичных аффективных расстройств. Характерно преобладание явлений аутохтонной (не связанной с умственными или физическими перегрузками) астении, протекающей с отчуждением самосознания активности. В идеаторной сфере, прежде всего, доминируют когнитивные нарушения, что приводит к нарушению целеполагания, выраженных затруднениям при умственной деятельности, дезавтоматизации интеллектуальной деятельности. В соматопсихической сфере преобладает синдром витальной астении с головными болями и нарушением сна, разнообразные вегетативные расстройства. «Дополнительное» сочетание с различными психопатологическими расстройствами: а) незначительно выраженными сверхценными образованиями пубертатного содержания типа «юношеской метафизической интоксикации»; б) массивными, вычурными сенестопатиями, никогда, впрочем, не сопровождающимися переживанием сделанности; в) стойкими ипохондрическими (дисморфофобическими) сверхценными идеями, не достигающими, однако, степени бреда; г) навязчивыми (обсессивными), психастеноподобными, соматоформными расстройствами.

Особенность аффективных расстройств в этом случае заключается в наличии:

1) нечетких суточных колебаний состояния с улучшением умственной работоспособности к вечеру (витальное изменение аффективности);

2) соматовегетативных симптомов (снижение аппетита, расстройства сна, колебания веса тела, нестабильность артериального давления);

3) непродолжительных гипоманиакальных состояний, которые в одних случаях бывают гармоничными, а в других — с признаками смешанного и дисфорического аффектов.

Психопатоподобные синдромы (F21.4)

1. Гебоидный
2. Аутистический
3. Гистриноформный
4. Импульсивно-диссоциальный

Гебоидный синдром проявляется ранее не свойственными больным грубостью, неприязненным отношением к окружающим с бессмысленной оппозицией и негативизмом к общепринятому образу жизни, преобладанием аффективно-волевых нарушений, в том числе в сфере влечений, которые приводят к нарушению норм поведения в обществе, социальной деградации и иногда правонарушениям. Наблюдаются признаки психической незрелости и аутохтонно возникающие фазные аффективные расстройства.

В целом гебоидный синдром характеризуется следующим:

- а) карикатурно-утрированные психологические проявления искаженного пубертатного криза;
- б) эмоциональная извращенность и нарушения влечений;
- в) причудливость интересов;
- г) ранняя сексуальная расторможенность;
- д) ненависть к близким (или, по крайней мере, равнодушие к ним, пренебрежение благополучием семьи);
- е) агрессивное поведение, мировоззренчески окрашенные агрессивно-садистические влечения;
- ж) полиморфные страхи (появление неопределенных или непонятных фобий). К этим проявлениям заболевания может присоединиться патологическое фантазирование, которое затрудняет адаптацию индивидуума к реальной действительности, а также не соответствует по своему характеру возрасту ребенка и наполнено необычным, вычурным содержанием [47].

Гистриноформный (истериформный) синдром характеризует следующее:

а) наличие массивных гротескных проявлений таких истероидных личностных «пубертатных» черт, как стремление обратить на себя внимание, претенциозность, театральность, лживость; при этом эмоции отличаются однообразием и парадоксальностью;

б) грубые шаблонные истерические реакции с эмоциональной неадекватностью, более хаотичные и карикатурные, чем таковые при истерической психопатии;

в) гипертрофированная демонстративность, жеманность и кокетливость, фальшивая наигранность, приобретающие черты манерности, что выражается в грубом кривлянии, позах, жестах и интонации голоса;

г) стремление к реализации своих, ставших сверхценными, фантазий;

д) холодность к близким, в которой больше бездушия, чем эгоизма.

В некоторых случаях можно выделить более выраженную симптоматику («злокачественная истерия») заключающуюся в следующем [48]:

а) развязность, отсутствие чувства такта и дистанции;

б) преобладает карикатурная демонстративность, «оригинальничание», бравада, склонность к пошлым шуткам;

в) нарочитая экстравагантность внешнего облика (кричащие, яркие одеяния, макияж);

г) «салонность» поведения, «вербализм», однообразие, трафаретные монологи;

д) манипулирование другими с целью обеспечить внимание и восхищение без подлинной близости;

е) отсутствие глубоких привязанностей, мелочная обидчивость, придирчивость вплоть до враждебности;

ж) поверхностность, наигранный аффект, склонность к импульсивному реагированию и авантюрам, суицидальный шантаж, «поверхностная аффективность» и «аффективное избегание» (affective avoidance);

з) неуместная откровенность вплоть до обнаженности, «сверхоткрытость»;

и) отсутствие «барьера» между дозволенным, сугубо интимным и запретным («регрессивная синтонность»), «аутизм наизнанку»;

к) хаотическая активность, «сверхпереключаемость» с одного, еще не завершенного дела на другое при утрате способности к целенаправленной систематической деятельности [191].

При **импульсивно-диссоциальных** проявлениях имеет место:

а) жестокость, выступающая на первом плане – порою изуверская, ужасающая и, что отличает от эпилептоидной психопатии, холодная агрессия, часто нелепая, перемежающаяся с периодами вялости;

б) сочетание brutальных аффективных взрывов с общей эмоциональной обедненностью при отсутствии явлений постепенного накопления аффекта;

в) дисфорические проявления, как и при дистимии (в начале заболевания могут быть своеобразной «маской», под которой скрывается процессуальное расстройство); в таком случае в дальнейшем происходит «слипание» дисфорических, личностных и морбидно обусловленных феноменов;

г) наличие малопонятного негативизма;

д) внезапное и неожиданное, без ясных причин, окончание вспышек возбуждения (в отличие от эксплозивных вспышек у лиц с личностными расстройствами, после которых в течение некоторого времени, иногда весьма продолжительного, остается аффективная напряженность с дисфорическим компонентом и готовностью к повторным взрывам аффекта).

При проявлениях преимущественно **аутистического симптомокомплекса** в клинической картине доминирует увлеченность размышлениями, ранее не свойственными пациентам, носящими сверхценный характер, с погружением в мир эзотерики, мистики; теоретические размышления направлены на «разработку» философских проблем – о смысле жизни и смерти, о материи и душе, о предназначении человечества, о самосовершенствовании личности, о переустройстве общества, о пятом и шестом измерениях и т. п. Подростки бывают целиком поглощены «своими проблемами», ради них все забрасывается – учеба, работа, развлечения, домашние обязанности. Они много читают, делают какие-то выписки, строчат трактаты. В беседе же обнаруживается поразительная неосведомленность в той области знаний, которая их привлекает. Прочитанное пересказывают сумбурно, основного смысла в нем не улавливают, выхватывают второстепенные детали. Творчество всегда непродуктивно.

В этом случае имеет место наличие следующей симптоматики:

а) специфические нарушения мышления (проявляющиеся расплывчатостью, витиеватостью, склонностью к рассуждательству, заумным высказываниям, резонерству, чудаковатости, «взбалмошности»);

б) признаки когнитивного дефицита;

в) псевдоневротическая симптоматика: сенестопатии; явления соматопсихической деперсонализации; абстрактная обсессивность, в том числе возникающие на непродолжительное время ипохондрические опасения навязчивого (фактически — доминирующего или сверхценного) характера;

г) эпизоды субпсихотических состояний: ониризм, взбудораженность, ментизм, отдельные гипнагогические и рефлекторные галлюцинации и галлюцинации воображения Дюпре (психогенно обусловленные галлюцинации).

Бедные симптомами синдромы (F 21.5)

В отличие от грубопрогредиентных форм простой шизофрении бедная симптомами шизотипическое расстройство представляется в таком типе процессуальных изменений, при котором болезнь приводит к бездеятельности личности лишь в определенных ее структурах [49]. Дифференциальная диагностика этих состояний на первых этапах требуется с затяжной атипичной аутохтонной депрессией [50], которая характеризуется постепенным сглаживанием когнитивных расстройств, невыраженной аффективной атипичной симптоматикой, а также некоторыми другими проявлениями непсихотического регистра. Однако статичность и регрессиентность динамики этих нарушений позволяет дифференцировать его от бедных симптомами форм шизотипического расстройства.

Для отграничения от простой формы шизофрении следует учитывать следующее:

– простая форма шизофрении – нечастое расстройство, при котором отмечается постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение общей продуктивности.

– характерны уплощение аффекта и утрата побуждений, которые развиваются без предшествующих отчетливых психотических симптомов.

– при нарастающей социальной бедности может появиться бродяжничество, а больной становится самопоглощенным, ленивым, с отсутствием какой-либо цели.

Таким образом, для этой формы шизофрении характерно прогрессирующее развитие заболевания и быстрое формирование характерных негативных симптомов

шизофрении, проявляющихся выраженной утратой интересов, бездеятельностью и социальной аутизацией.

При **бедных симптомами** проявлениях шизотипического расстройства клиническую картину определяет преимущественно негативная симптоматика.

А. Нарастающая экспансивная шизоидизация (эмоционально-волевые нарушения)

Изменения при шизотипическом расстройстве в рамках нарастающей экспансивной шизоидизации характеризуются «синдромом нарастающей шизоидизации» [51] и близки к проявлениям эволюционирующей шизоидии [52] или первичному дефект-синдрому [53]. В активном этапе болезни в таком случае нередко приходится наблюдать нарушение контактов; отсутствие попыток примкнуть к подростковым группам; проявление подростковых эмансипационных устремлений нередко в форме непонятных побегов или блужданий по городу, по окрестностям, уходом в лес, в степь (при этом дальние побеги не характерны); довольно напряженную деятельность в области необычных увлечений, причудливых интересов, или цепь энергичных, но поражающих своей нелогичностью поступков; аутистическое фантазирование, отличающееся своей разработанностью, яркой, конкретной и живой образностью; патологические хобби – необычные увлечения, которые могут полностью заполнить жизнь пациента; нелепое коллекционирование. При углублении экспансивной шизоидизации происходит аутизация с угасанием потребности и заинтересованности в отношениях с окружающими; постепенная трансформация деятельности: а) монотонная одержимость; б) снижение способности к профессиональной деятельности; в) гиперестетическая неутомимость; общее обеднение эмоциональной жизни; отсутствие аффективного резонанса с внешним миром; привязанность («clinging») к отношениям с объектом/ами любовной аддикции.

Б. Нарастающая дефицитарная шизоидизация (эмоционально-экспрессивные нарушения)

Шизотипическое расстройство с эмоционально-экспрессивными нарушениями характеризуется дисгармоничностью психического склада с формированием глубокой шизоидии [54]. В активном этапе болезни определяется формированием расстройств анергического полюса с крайней бедностью, фрагментарностью, однообразием позитивных психопатологических проявлений:

- аутохтонная астенция с нарушениями самосознания и активности (ощущение бессилия даже при облегченных условиях труда с полным отказом от профессиональной деятельности; признаки психической несостоятельности, умственной утомляемости; жалобы на трудности концентрации внимания, наплывы, путаницу и обрывы мыслей; физическая утомляемость с актуализацией соматизированных расстройств; снижение интересов, активность ограничивается пределами домашнего обихода; пассивность, безынициативность);

- субдепрессивные расстройства, отличающиеся бедностью симптоматики, идеаторным торможением, когнитивными расстройствами (оскудение мышления и речи);

- субступорозные состояния («мягкая кататония» по Kahlbaum К. [55]) – обеднение двигательной инициативы, замедленность и уменьшение объема движений;

- явления ангедонии (первичный негативный аффективный симптом, по Циркину С.Ю., 2012 [46]), которые проявляются как в физической и социальной, так и интеллектуально-эстетической сферах;

- проявления алекситимии (неспособности к осознанию, выражению и описанию собственных чувств, душевного состояния);

- рефлексивное самонаблюдение (невротическая деперсонализация) с утрированным недовольством собственным психическим изъяном, которое **определяет** характер целостного осознания собственной болезни [56];

- явления отчуждения (деперсонализационное чувство безучастности, отстраненности от окружающего, неспособности испытывать радость, удовольствие, интерес к жизни); ощущение отгороженности от окружающих, связанное с напряженностью и неловкостью в обществе незнакомых людей: *хотя в «узком» круге (семья, друзья) сохраняется непосредственность общения;*

- дефектная деперсонализация;

- ощущение растерянности и беспомощности при решении простейших бытовых вопросов с формированием зависимости от поддержки значимого другого, страхом перед неспособностью позаботиться о себе; дискомфорт в ситуации одиночества, что нередко сочетается с усилением сенситивности [57].

Все это приводит к обеднению эмоциональной жизни (некоторое охлаждение к близким; отсутствие душевной гибкости) и нивелировке индивидуальных личностных

свойств (оскудение внутреннего мира, ригидность), что выражается, с одной стороны, в холодности, внутренней эмоциональной опустошенности и безразличии даже к близким, отсутствии тонкого эмоционального контакта, откликаемости при сохранении внешней формы «воспитанности» (т.е. сдвиг психоэстетической пропорции к анестетическому полюсу) с другой стороны – в эмоциональной хрупкости, несколько неадекватной чувствительности и ранимости, носящих эгоцентричную окраску (изменение эмоциональности по типу «дерева и стекла»); больные постепенно становятся все более черствыми, эмоционально холодными, эгоцентричными, замыкаются в себе, теряют друзей, а новых не заводятся, сужается круг общения до симбиотической связи со значимым другим [57].

Шизотипическое расстройство личности (F 21.8)

Шизотипическое расстройство личности в литературе также описывается как латентная шизофрения [58], «шизофреническая конституция» [59], «шизоидная конституция» [60], шизофренический диатез [5; 61], «шизоидный темперамент» [45], «проприоцептивный диатез» [62], «шизотаксия» [11], и, собственно, шизотипическое расстройство личности [63].

О связи шизотипического расстройства личности с шизотипическим расстройством свидетельствуют следующие соображения: а) ограничение клинической картины лишь непсихотическими нарушениями; б) отсутствие при динамике признаков выраженного дефекта, редукции энергетического потенциала, облигатных для диагностики психотической шизофрении.

О связи шизотипического расстройства личности с характерологическими особенностями свидетельствует следующее:

1. На протяжении всей жизни индивидуумы ведут замкнутый образ жизни. В связи с этим необходимо проводить дифференциальную диагностику шизотипического расстройства личности с расстройствами аутистического спектра (РАС).

2. Шизотипическое расстройство личности частично включает характерологические черты аутизма (РАС) [64].

В настоящее время накапливаются данные, что расстройства шизофренического спектра представляют высокие показатели совместного возникновения с РАС как на уровне симптомов, так и на диагностическом уровне [65; 66]. У людей с РАС были обнаружены корреляции между аутистическими симптомами и шизотипическими чертами (параноидальное мышление, ограниченный аффект, странная речь,

эксцентричное поведение) [67; 68]. В связи с этим окончательная дифференциация этих расстройств представляет большие трудности и требует длительного наблюдения.

В целом шизотипическое расстройство личности представляет собой латентную форму эндогенной психической патологии, и в отличие от продромальных признаков других вариантов шизотипического расстройства, оказывается относительно «монолитной» и непрогредиентной на протяжении многих лет жизни пациентов.

Ремиссии при шизотипическом расстройстве

Ремиссии при шизотипических расстройствах не описаны, так как при этом заболевании отсутствует четкая приступообразность течения, однако практическое использование понятия «ремиссия» применимо и к этим пациентам [69; 70; 71]. Ремиссионные состояния при шизотипическом расстройстве могут быть представлены резидуальными включениями неврозоподобной, психопатоподобной симптоматики периода ухудшения; аффективными колебаниями, не достигающими уровня периода обострения; негативной симптоматикой.

Все ремиссии при шизотипическом расстройстве (как и при других расстройствах шизофренического спектра), клинически можно разделить на симптоматические и синдромальные [72].

Симптоматический тип ремиссий характеризуется наличием разного рода непсихотических продуктивных резидуальных расстройств активного периода заболевания на фоне существенной редукции других нарушений острого периода и недостаточно критичного отношения индивидуума к сохраняющимся болезненным проявлениям.

При шизотипическом расстройстве, аналогично определяемому при других расстройствах шизофренического спектра, выделяют тимопатический, обсессивный и ипохондрический типы [72-83].

Синдромологический тип ремиссии характеризуется отсутствием связи с симптоматикой активного периода заболевания и клиническим проявлением лишь личностных нарушений и дефицитарной негативной симптоматики.

При шизотипическом расстройстве выделяют стенический, астенический, псевдопсихопатический типы [76-77; 80; 83-89].

Следует подчеркнуть, что при шизотипическом расстройстве не возникает грубых проявлений дефекта.

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

Критерии установления диагноза шизотипического расстройства по МКБ-10

На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

- а) неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;
- б) поведение или внешний вид - чуждающиеся, эксцентричные или странные;
- в) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
- г) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
- д) подозрительность или параноидные идеи;
- е) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- ж) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;
- з) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;
- и) эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Случай никогда не должен отвечать критериям любого расстройства, относимого к F20 (шизофрения).

Исключаются:

- ипохондрическая шизофрения (F20.8xx1);
- сенестопатическая шизофрения (F20.8xx2);
- шизоидное личностное расстройство (F60.1);
- паранойяльная шизофрения с сенситивным бредом отношений (F22.03).

- паранойяльная шизофрения (F22.82);
- синдром Аспергера (F84.5).

2.1. Жалобы и анамнез

- У всех пациентов с целью установления диагноза шизотипического расстройства при проведении первичного осмотра **рекомендуется** выяснять жалобы пациента, наследственную отягощенность психическими заболеваниями; преморбидные особенности личности; возраст, в котором впервые возникли первые признаки заболевания; продромальные явления, нарушения социального функционирования, транзиторные субпсихотические эпизоды; оценивать особенности социального положения и социального функционирования пациента (A01.29.00, B03.035.001) [8; 90; 91].

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

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 прогрессивность).

- транзиторные субпсихотические симптомы – короткие, ограниченные во времени, ослабленные, подпороговые психотические симптомы, такие как идеи отношения, магическое мышление, нарушения восприятия, паранойяльные идеи, необычное мышление и речь.

Данные группируются по следующим категориям: семейное положение и особенности семьи; ближайшее (лично-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.

- Всем пациентам с шизотипическим расстройством рекомендовано регулярно проводить оценку состояния для выявления депрессивных симптомов, при этом необходимо исключить соматические или лекарственные причины развития депрессии [30; 90; 91].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С

2.2. Физикальное обследование

Не существует каких-либо физикальных методов обследования, необходимых для диагностики шизотипического расстройства [90; 91].

- Всем пациентам **рекомендуется** проведение стандартного физикального и неврологического осмотра с целью исключения органических причин психотических симптомов [24; 90].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С

2.3. Лабораторные диагностические исследования

В настоящее время не существует лабораторных методов диагностики шизотипического расстройства. Лабораторные исследования применяются для исключения другой клинически сходной патологии и оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии [90; 91].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Не существует каких-либо инструментальных методов диагностики шизотипического расстройства [90; 91].

- Пациентам шизотипическим расстройством, 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** регистрация

электрокардиограммы (ЭКГ) (A05.10.006) с целью исключения наличия данной патологии [90, 91].

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

- **Рекомендуется** проведение электроэнцефалографии с нагрузочными пробами (A05.23.001.001) и магнитно-резонансной томографии головного мозга (A05.23.009) 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, с целью исключения наличия данной патологии [90, 91].

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

2.5 Иные диагностические исследования

- Для уточнения особенностей клинического состояния пациента с шизотипическим расстройством **рекомендуется:** определение наличия и выраженности аутоагрессивных и/или суицидальных мыслей и тенденций [107, 190,191];

Уровень достоверности доказательств 5, Уровень убедительности рекомендации С

осуществление экспериментально-психологического обследования (B03.035.004) - при первичной диагностике (с целью уточнения диагноза) и в дальнейшем, при определении динамики заболевания (при необходимости) [90,91];

Уровень достоверности доказательств 5, Уровень убедительности рекомендации С

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Особенность ведения больного с шизотипическим расстройством связана с необходимостью длительного проведения комплекса лечебно-восстановительных мероприятий при условии невыраженных проявлений заболевания и невысокой терапевтической мотивации пациентов.

Не существует руководств по лечению пациентов с шизотипическим расстройством, которые бы обеспечивали всестороннее обсуждение медикаментозной терапии этого состояния [116].

Лечение больных с шизотипическим расстройством сопряжено с большими трудностями. Это связано с тем, что общие терапевтические подходы к таким пациентам, учитывая близость их психопатологических симптомокомплексов к личностным формам реагирования, с одной стороны, и психотическим проявлениям аутохтонных психических расстройств – с другой, заключаются в обязательном комплексном лечебно-восстановительном подходе, а именно:

1. Дифференцированное и, как правило, более многоаспектное и, одновременно, более щадящее, чем при психотических формах заболевания, использование психофармакологических методов.

2. Практическая невозможность полного устранения болезненных симптомов только за счет психофармакотерапии. Такой подход связан с недооценкой личностных факторов в фиксации психопатологических картин и в компенсации остаточных расстройств. Понимание этого ограждает врача от стремления использовать весь арсенал психофармакологических средств с тем, чтобы, манипулируя ими, добиться полного устранения симптомов; такая тактика в ряде случаев может оказать негативный эффект на результативность лечения.

3. Отсутствие в настоящее время четких алгоритмов для психофармакологического лечения шизотипического расстройства, базирующихся на принципах доказательной медицины. В связи с этим большинство рекомендаций включают в себя лишь общее заключение о более щадящем, чем при психотических формах заболевания, использовании различных психофармакологических препаратов и оценку различных психотерапевтических и психосоциальных интервенций [117].

3.1. Общие принципы фармакологической терапии

Рассматривая шизотипическое расстройство как заболевание шизофренического спектра, в случае диагностирования у пациента этого заболевания рекомендуется психофармакологическое лечение.

- Всем пациентам с установленным диагнозом шизотипического расстройства **рекомендуется** психофармакологическое лечение, направленное на купирование психопатологических симптомов. Основным фармакологическим классом для лечения и проведения противорецидивной терапии заболеваний

шизофренического спектра являются антипсихотические средства (нейролептики) (код АТХ: N05A) [90; 118-121].

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

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 антипсихотических средств (код АТХ: N05A) на отдельные клинические синдромы шизотипического расстройства и даже шизофрении не проводилось [108; 122]. При терапии шизотипического расстройства предпочтение должно отдаваться назначению АВП (код АТХ: N05AX) [118]. АВП, обладая лучшей переносимостью, имеют преимущества в отношении комплаентности и преждевременного прекращения терапии [122-126].*

При составлении лечебного плана важно иметь в виду, что существует большое количество исследований, демонстрирующих ранний отказ от терапии у пациентов с непсихотическими нарушениями, в том числе и с шизотипическим расстройством, даже в случаях применения психотерапевтических методик [127; 128]. Наиболее частыми предикторами отказа от терапии являются молодой возраст, наличие нарушений пищевого поведения и отсутствие терапевтического альянса.

АВП характеризуются меньшим риском развития неврологических (экстрапирамидных) побочных эффектов, в особенности поздней дискинезии и злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) и рекомендуются у пациентов с расстройствами шизофренического спектра с высокой чувствительностью к развитию ЭПС [43; 122; 129]. В терапии шизотипического расстройства желательно стремиться использовать более низкие терапевтические дозировки препаратов.

АВП могут улучшать когнитивные функции у пациентов с расстройствами шизофренического спектра [119]. Существует достаточно данных о том, что АПП не оказывают положительного влияния на когнитивный дефицит у больных с расстройствами шизофренического спектра [180; 181].

3.2. Терапия первого выбора

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 первичном выборе антипсихотического средства следует учитывать индивидуальные особенности соматического и неврологического состояния пациента. 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.

- **Рекомендуется** применение #рисперидона** в дозе до 2 мг/сут всем пациентам с шизотипическим расстройством для снижения общей тяжести симптомов [116; 130,132]

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – С.

- #Оланзапин** в дозе 2,5-12,5 мг/сут **рекомендуется** для лечения пациентов с шизотипическим расстройством с целью снижения выраженности психопатологических симптомов, враждебности и импульсивности, улучшения социального функционирования и когнитивных функций [116; 133].

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

Комментарии: У пациентов с шизотипическим расстройством, получавших #оланзапин**, выявлялись преимущества в терапевтической эффективности, по сравнению с пациентами, принимающими #рисперидон**[134].

- **Рекомендуется** рассмотреть возможность назначения #галоперидола** в дозе от 2 до 6 мг/сут., пациентам с шизотипическим расстройством личности, имеющим нарушения мышления, с целью улучшения общего функционирования, а также с целью коррекции нарушений поведения [116; 135,139,143].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – С.

3.3. Неврозоподобные синдромы

- **Рекомендуется** назначение #сульпирида** в дозе 100-600 мг/сут пациентам с неврозоподобными синдромами при шизотипическом расстройстве с целью купирования обсессивно-компульсивной симптоматики и в дозе до 200 мг/сут с целью противорецидивной терапии неврозоподобной симптоматики [144].

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

Комментарии: *Терапия #сульпиридом** демонстрирует улучшение психического состояния пациентов с шизотипическим расстройством со 2 недели терапии, максимальный эффект достигается на 4 неделе лечения, в дальнейшем имеет место тенденция к стабилизации состояния. Динамика на фоне приема #сульпирида** характеризуется прежде всего общим снижением выраженности неврозоподобных проявлений – ослаблением обсессивно-компульсивных симптомов, а также редукцией депрессии, тревоги, аффективной неустойчивости, напряжения, повышением активности, стремлением к деятельности, упорядочиванием ассоциативных функций и поведения. С 3–4-й недели лечения #сульпиридом** отмечается повышение психической активности пациентов, снижение эмоциональной отгороженности и аутизма [144]. Также активирующие и соматотропные свойства #сульпирида** эффективны в отношении небредовых ипохондрических состояний при шизотипическом расстройстве [145, 146], сообщается о положительном влиянии на симптомы тревоги в рамках различных психических расстройств [147].*

*Данные, полученные на популяции пациентов с шизофренией, позволяют предположить возможную эффективность препаратов, обладающих незначительными серотонинергическими свойствами, в отношении обсессивно-компульсивной симптоматики при расстройствах шизофренического спектра, однако прямых исследований при шизотипическом расстройстве не проводилось. [121,149-152]. Также, существуют исследования, в которых сообщается об усилении обсессивно-компульсивной симптоматики у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра на фоне терапии #оланзапином** и #клозапином [148].*

Имеются противоречивые данные, касаемые назначения препаратов группы СИОЗС в комбинации с АВП при лечении навязчивых идей в рамках расстройств шизофренического спектра. Возможное усиление психотической симптоматики при использовании антидепрессантов для лечения расстройств шизофренического спектра, может накладывать ограничение на их применение, однако, ввиду кратковременности

и незначительной выраженности продуктивной симптоматики при шизотипическом расстройстве, этот аспект менее значим [8].

В структуре неврозоподобных синдромов при шизотипическом расстройстве, могут наблюдаться явления деперсонализации. Не существует убедительных рандомизированных исследований, относящихся к терапии этого состояния [157, 158, 166]. Производные бензодиазепина, курсами до 2-4 месяцев, могут быть назначены на первых этапах лечения деперсонализационной симптоматики у лиц с шизотипическим расстройством [119], так как предполагается, что основной механизм диссоциативных расстройств связан с аффектом тревоги [159; 160], также может быть рассмотрено сочетание с антидепрессантами широкого (код АТХ: N06AA) и селективного спектра действий (код АТХ: N06AB)[119; 161]. Предпочтение стоит отдавать препаратам группы СИОЗС и #кломипрамину** в дозе до 250 мг/сут [160; 162-165].

- **Рекомендуется** назначение #кломипрамина** в дозе до 250 мг/сут пациентам с деперсонализационным синдромом с целью редукции симптоматики [160, 165].

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

- С целью аугментации терапии деперсонализационного синдрома **рекомендуется** назначение #ламотриджина в дозе 25 мг/сут с постепенным повышением дозы до 250 мг/сут в течении 6 недель по следующей схеме титрации: 25 мг/сут — 1-я неделя; 50 мг/сут — 2-я неделя; 100 мг/сут — 3–4-я недели; 200 мг/сут — 5–6-я недели; 250 мг/сут — 7–12-я недели для редукции симптоматики [167].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: *Общая продолжительность курса составляет 12 недель. [167].*

3.4. Психопатоподобные синдромы

- **Рекомендуется** назначение #оланзапина** в дозе 2,5-12,5 мг/сут пациентам с шизотипическим расстройством для снижения показателей враждебности и импульсивности [133].

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

- **Рекомендуется** рассмотреть возможность назначения #галоперидола** в дозе 2-7,5 мг/сут пациентам с шизотипическим расстройством с целью купирования таких проявлений как гнев и враждебность [143].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – С.

Комментарии: *Терапия #галоперидолом** в средней дозе до 7,5 мг/сут демонстрирует эффективность в показателях враждебности и параноидальных мыслей [143], в средней дозе до 3,5 мг/сут отмечаются положительные результаты общего функционирования и уменьшению расстройств мышления [135]. #Галоперидол**, являясь нейролептиком первого поколения (код АТХ: N05A), зачастую сопровождается повышенным риском развития экстрапирамидных побочных эффектов, в связи с чем пациенты с шизотипическим расстройством прекращают прием поддерживающей терапии, что стоит учитывать при его назначении [135].*

В структуре гебоидного состояния наиболее адекватным является выбор психотропных препаратов (код АТХ: N05A), обладающих избирательной направленностью действия на нарушения поведения [119].

3.5. Бедные симптомами синдромы

Шизотипическое расстройство может иметь в клинической картине негативные симптомы, включая снижение уровня мотивации, удовольствия и эмоциональной экспрессивности [168; 169], которые требуют диагностики, оценки и дифференциации с вторичным характером развития [170; 171, 172].

С учетом отношения шизотипического расстройства к заболеваниям шизофренического спектра возможно использование шкал для определения негативных симптомов у пациентов с шизофренией. Такими являются шкала для оценки позитивных и негативных синдромов (the Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) (приложение Г1) [99], шкала оценки негативных симптомов BNSS (приложение Г4) [174].

Учитывая отсутствие научных исследований, касающихся бедного симптомами шизотипического расстройства, следует использовать данные по терапии негативной симптоматики, имеющиеся в клинических рекомендациях по шизофрении [175]. Однако стоит отметить, что существуют ограниченные данные об эффективности терапии негативной симптоматики у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра комбинацией АВП и антидепрессантов [176; 177]. Ввиду кратковременности и незначительной выраженности продуктивной симптоматики у пациентов с шизотипическим расстройством, имеется более широкая возможность назначения антидепрессантов [119; 177-179].

3.6. Терапия аффективных нарушений

- **Рекомендуется** назначение #кветиапина** в дозе 100-600 мг/сут пациентам с шизотипическим расстройством и аффективными нарушениями с целью редукции депрессивных коморбидных расстройств [182,155,156].

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

- **Рекомендуется** назначение #арипипразола в дозе до 20 мг/сут пациентам с шизотипическим расстройством и сопутствующими депрессивными симптомами с целью аугментации антидепрессивного эффекта [183; 184].

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

Комментарий: #Арипипразол обладает эффективностью при аугментации антидепрессивной терапии у больных, страдающих шизотипическим расстройством и обладает преимущественным действием на симптомы негативной аффективности при менее значительных тимоаналептическом и анксиолитическом эффектах [183]. Являясь стабилизатором дофамин-серотониновой системы, #арипипразол также может расцениваться как препарат для борьбы со странным и эксцентричным поведением, нарушениями мышления, симптомами социальной тревожности и обсессивной симптоматики при шизотипическом расстройстве [185;187;188]. **Рекомендуется** применение венлафаксина в дозе 75-225 мг/сут пациентам с неврозоподобным вариантом шизотипического расстройства с целью терапии тревожно-депрессивных синдромов [189].

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

Комментарий: имеются ограниченные данные об эффективности венлафаксина в терапии тревожно-депрессивных расстройств у больных псевдоневротической шизофренией. У пациентов с шизотипическим расстройством и аффективными нарушениями **рекомендуется** определять выраженность суицидального риска, с целью предотвращения суицидального поведения [107; 190; 191].

Уровень достоверности доказательств – 5, Уровень убедительности рекомендации – С

- У пациентов с выраженным суицидальным риском **рекомендуется** назначение #клозапина или замена применяемого антипсихотика (код АТХ: N05A) на

#клозапин в дозе 200-500 мг/сут, с целью профилактики и предотвращения суицидального поведения [194; 195; 199].

Уровень достоверности доказательств – 2, Уровень убедительности рекомендации – В.

Комментарий: У пациентов с заболеваниями шизофренического спектра свою эффективность в снижении суицидального риска демонстрирует #клозапин в дозе 200-500 мг/сут [186; 191; 194; 195]. При выявлении у пациентов, получающих терапию нейролептиками (код АТХ: N05A), факторов суицидального риска, возможна замена антипсихотика (код АТХ: N05A) на #клозапин [186; 199]. При недостаточной эффективности терапии повышенного суицидального риска у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и сопутствующими аффективными нарушениями, может быть эффективно назначение препаратов лития [191; 200; 201; 265].

3.7. Побочные эффекты антипсихотической фармакотерапии

Учитывая отсутствие научных исследований, касающихся шизотипического расстройства, в области диагностики и терапии экстрапирамидной симптоматики, следует использовать данные, имеющиеся в клинических рекомендациях по шизофрении [175].

К ЭПС относятся острая дистония, акатизия, псевдопаркинсонизм, поздняя дискинезия (ПД) и ЗНС. ЭПС может исказить клиническую оценку негативных симптомов при расстройствах шизофренического спектра и привести к ложному заключению о необходимости увеличения дозы антипсихотических средств, что еще больше усугубит проблему [114; 202-205].

Прием нейролептиков (код АТХ: N05A) также может вызывать гиперпролактинемию у пациентов получающих данную группу препаратов [207-210]. Симптомы, проявляющиеся при гиперпролактинемии связаны с гипогонадизмом, вследствие нарушения функции гипоталамо-гипофизарной оси, а также с прямым воздействием на ткани-мишени. Следовательно, пациенты могут страдать от сексуальной дисфункции, бесплодия, аменореи, гинекомастии или галактореи. Зачастую пациенты не упоминают о них спонтанно, в связи с чем данная симптоматика требует повышенного внимания [209].

Практически все антипсихотики (код АТХ: N05A) вызывают побочные метаболические эффекты, в большей степени они выражены при применении АВП (код АТХ: N05AX) [115; 211; 212; 213].

Учитывая отсутствие научных исследований, касающихся шизотипического расстройства, в области нейроэндокринных, метаболических, и других побочных эффектов, и их коррекции, следует использовать данные, имеющиеся в клинических рекомендациях по шизофрении [175].

3.8. Длительная (противорецидивная) терапия

Учитывая отсутствие научных исследований, касающихся длительной (противорецидивной) терапии шизотипического расстройства, следует использовать данные, имеющиеся в клинических рекомендациях по шизофрении [175].

Поддерживающая терапия более эффективна, чем целенаправленная прерывистая терапия, в предотвращении рецидивов [215]. АПП и АВП имеют одинаковую степень эффективности в редукции симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, однако, некоторые АВП демонстрируют лучшие результаты по показателям частоты прекращения терапии и профилактике рецидивов, а также эффективны в отношении негативной симптоматики при длительной терапии [120; 122; 206; 214].

В качестве длительной противорецидивной терапии стоит использовать то антипсихотическое средство, которое обладало наилучшим эффектом и переносимостью в ходе купирования эпизода обострения [120; 122; 175; 206]

- Всем пациентам с шизотипическим расстройством, получающим длительную терапию антипсихотиками (код АТХ: N05A), **рекомендуется** проведение регулярного мониторинга психического и соматического состояния, с целью выявления и купирования проявлений поздней дискинезии и метаболических побочных эффектов [122; 175; 206].

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

Комментарий: Прием АВП код (АТХ: N05AX) часто сопровождается возникновением метаболических побочных проявлений [216], однако, АВП (код АТХ: N05AX) обладают меньшим риском развития неврологических побочных эффектов [206].

3.9. Терапевтическая резистентность

В связи с многообразием гипотетических механизмов, касающихся этиологии и патогенеза расстройств шизофренического спектра (объединяемых концепцией о биопсихосоциальной сущности психических расстройств) не до конца изученными остаются причины возникновения и условия развития терапевтической резистентности.

При этом следует особо подчеркнуть, что большинство исследований, посвященных терапевтической резистентности при психических расстройствах, касаются психотического регистра их выраженности. Вероятнее всего, существенных различий в механизме формирования, проявлениях и способах преодоления терапевтической резистентности у больных психотическими и непсихотическими формами не может быть обнаружено. Таким образом, учитывая отсутствие научных исследований, касающихся шизотипического расстройства, в области терапевтической резистентности, следует использовать данные, имеющиеся в клинических рекомендациях по шизофрении [175].

3.10. Психотерапевтические формы работы с пациентами

Не существует исследований по эффективности психотерапии шизотипического расстройства с высокой степенью доказательности. При работе с шизотипическими пациентами первоочередной задачей является установление нормальных психотерапевтических отношений, так как эти пациенты могут иметь множество дисфункциональных убеждений, связанных с социальным окружением [111; 256].

- Всем пациентам с шизотипическим расстройством личности **рекомендуется** долгосрочная психотерапия с целью развития более гибких и нюансированных интерпретаций мыслей, чувств и намерений [112].

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

- Пациентам с когнитивно-аттентивным синдромом в рамках шизотипического расстройства личности рекомендуется метакогнитивно-ориентированные психотерапевтические подходы с целью стабилизации психического состояния [113; 136; 249; 251; 254; 255].

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

***Комментарий.** Шизотипическое расстройство личности представляет собой широкий спектр неадекватного поведения, связанного как с расстройством личности, так и с расстройствами шизофренического спектра. У пациентов с шизотипическим*

расстройством личности, стоит отдавать предпочтение метакогнитивно-ориентированным формам психотерапии, а именно метакогнитивной межличностной терапии и метакогнитивной терапии рефлексии и инсайта. Показано проведение еженедельных сессий в течении 6 месяцев [254; 255].

- Всем пациентам с шизотипическим расстройством **рекомендуется** когнитивно-поведенческая психотерапия с целью уменьшения стойких психопатологических симптомов и улучшения многих вторичных исходов [111; 218; 245].

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

Комментарий. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – структурированный психотерапевтический подход, ограниченный во временном интервале, имеющий достаточно четкую структуру, использующий преимущественно когнитивные и поведенческие техники. В процессе КПТ происходит изучение истории возникновения и специфики нарушений и формулирование психотерапевтического случая в виде структурированной концептуализации [218]. Когнитивно-поведенческую психотерапию необходимо 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. Рекомендуемое количество психотерапевтических сессий 16-20.

- Всем пациентам с шизотипическим расстройством **рекомендуется** интегративный телесно-ориентированный метод (ИТОМ) психотерапии с целью обучения пациентов взаимодействовать с социумом, повышать внутреннюю рефлексия [221-223].

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

Комментарии: При проведении ИТОМ следует учитывать следующие особенности: цикл групповых занятий включает 10 сессий, длительностью 60 мин. Частота проведения занятий 2 раза в неделю. Предпочтение отдается закрытой группе, это позволяет развиваться групповой динамике и не отвлекаться на обучение техникам ИТОМ вновь вошедших участников. Оптимальное число участников 6-8 человек, желательно равное разделение по полу (50/50). Мини-группы позволяют участникам не отвлекаться от процесса ИТОМ, быть включенными в групповую динамику, находиться

здесь и сейчас. Первые 2 занятия направлены на знакомство участников, снижение уровня тревожности, подготовку пациентов к дальнейшей более глубокой, доверительной проработке своих чувств, телесного опыта. В структуру занятия целесообразно включать блок релаксационных техник, что позволяет снизить уровень тревожности, скованность в мышцах, ощутить чувство расслабленного тела, нормализовать психоэмоциональный фон. В завершении занятия можно использовать активизирующие упражнения, для повышения энергетического тонуса участников. В рамках групповой ИТОМ ведущий, врач-психотерапевт использует мягкий, но при этом директивный тип ведения группового занятия. Это позволяет быть группе эффективной, участники преодолевают внутреннее сопротивление и когнитивные сомнения, что дает положительные эффекты психотерапии. Данный метод проводится в три этапа, соответствуя логике группового процесса [219; 220; 222; 223].

3.11. Другие немедикаментозные, в том числе физиотерапевтические, формы работы с пациентами

Специальных исследований, прицельно касающихся пациентов с шизотипическими расстройствами, не проводилось. Соответственно, отсутствует доказательная база по оценке эффективности немедикаментозных, в том числе и физиотерапевтических методов лечения.

Положительное влияние, как следует из литературы, оказывает в этом случае лечебная физкультура (лечебная и утренняя гимнастика, лечебный двигательный режим, лечебная ходьба), а также трудотерапия, способствующие не только уменьшению симптомов депрессии и тревоги, но и улучшению качества сна, а также - повышению качества жизни [140; 141; 142].

- **Рекомендуется** проведение транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) (A17.23.004.001) пациентам с шизотипическим расстройством и тревожно-аффективными нарушениями для коррекции когнитивных нарушений и негативной симптоматики [224-231].

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

Комментарий: Используется повторяющаяся ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (РТМС). Курс – 10 процедур. Применяют высокочастотные ритмы (10-20 Гц) в левой префронтальной коре, способствующие улучшению настроения, и низкочастотные ритмы (≤ 1 Гц) в правой префронтальной коре,

снижающие тревогу. Недавние данные также свидетельствуют о том, что РТМС может быть эффективным инструментом для улучшения когнитивных функций [224-231].

- **Рекомендуется** проведение транскраниальной терапии постоянным электрическим током пациентам с шизотипическим расстройством для коррекции когнитивных нарушений и негативной симптоматики [232-235].

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

Комментарий: Путем подпороговой модуляции потенциалов мембран нейронов с использованием слабого (1-2 мА) постоянного электрического тока изменяется возбудимость коры. Стимуляцию рекомендуют проводить ежедневно, в течение 20–30 минут, на курс 10-15 процедур. Имеются данные о благоприятном влиянии данного метода на когнитивный профиль пациентов, а также негативные симптомы [232-235].

- **Рекомендуется** проведение биологической обратной связи (БОС-терапии) (A19.23.003.010) пациентам с шизотипическим расстройством для коррекции когнитивных нарушений и повышения социального функционирования [237-239].

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

Комментарий: результаты исследований указывают на нейромодулирующий эффект при использовании неинвазивной формы нейробиоуправления (биологической обратной связи, БОС-терапии). БОС-терапия применяется для обучения саморегуляции головного мозга, проводится без использования внешней стимуляции, с помощью методов электроэнцефалографии (ЭЭГ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) в реальном времени. Терапию проводят ежедневно, длительность процедуры 15-20 мин, на курс – 10-12 процедур [236]. Данный метод терапии положительно влияет на когнитивные процессы, настроение и снижает уровень тревоги, повышая социальное функционирование [237-239].

Латеральная физиотерапия основана на зонально-латеральных электростимуляциях зон кожной иннервации правого или левого полушарий субсенсорным низкочастотным импульсным током (A17.30.035) [240]. При этом стимуляция структур правого полушария вызывала терапевтически значимое действие и сопровождалась редукцией галлюцинаторной, бредовой, паранойяльной, тревожно-депрессивной симптоматики, злобности, подозрительности, агрессивности, гебоидно-

психопатоподобных и маниакальных расстройств. Чередование сеансов противоположной латеральности с завершением курса правополушарной стимуляцией сопровождалось ослаблением дискордантных, негативных расстройств и аутизма [240].

Парнополяризационная терапия основана на воздействии слабого постоянного электрического поля (A17.30.038) (под катодом и анодом) на структуры мозга (преимущественно корковые отделы). Метод применяется для лечения аффективной симптоматики, невротоподобных и резидуальных психотических расстройств в стадии ремиссии шизотипического расстройства [240].

3.12. Диетотерапия

Организация диетического лечебного питания пациентов с шизотипическим расстройством при стационарном лечении в медицинских организациях проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания» и от 23 сентября 2020 г. № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием». (Приложение А3).

3.13 Обезболивание.

Не существует специальных методов обезболивания у пациентов с шизотипическим расстройством. Специальные методы обезболивания не применяются.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Психосоциальная терапия и реабилитация у больных с шизотипическим расстройством направлены на оптимизацию комплекса адаптационно-компенсаторных возможностей индивидуума, то есть – 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 [91]. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические стратегии [217; 241]. В отечественной литературе имеется упоминание о том, что

биопсихосоциальный подход терапии (включающий психосоциальные мероприятия) подростков, страдающих шизотипическим расстройством, является существенным фактором успешной реабилитации пациентов с шизотипическим расстройством [242]. Поскольку целью реабилитационных мероприятий является оптимизация трансформированного в процессе психического расстройства компенсаторно-адаптационного комплекса, имеющегося у пациента, можно предположить, что реабилитационные формы работы при шизотипическом расстройстве принципиально сходны с реабилитационными формами работы при непсихотических заболеваниях. Психосоциальная работа с пациентами может осуществляться на любом этапе оказания психиатрической помощи. Перед началом вмешательства рекомендуется определить характер и степень 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 [217].

Семейное вмешательство направлено на формирование сотрудничающего стиля коммуникации между пациентом, его семьей и специалистом. Пациенты и члены их семей получают информацию о природе, течении и лечении заболеваний шизофренического спектра. Целями семейного вмешательства при заболеваниях шизофренического спектра являются: предотвращение рецидива, повышение приверженности лечению, создание благоприятной семейной среды, уменьшение стресса среди членов семьи, развитие автономии пациента. Семейное вмешательство, состоящее не менее чем из пяти сеансов, снижает частоту рецидивов по сравнению с контролем, наблюдается также сокращение числа госпитализаций и несоблюдения режима лечения [243; 257].

- Со всеми пациентами с шизотипическим расстройством **рекомендуется** проведение психообразовательной работы с целью информирования о психических расстройствах и обучения методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания, а также снижения частоты рецидивов, продолжительности пребывания в стационаре и улучшения комплайенса [244; 246-248].

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

Комментарий: «Психообразование» — это занимающая особое место в структуре реабилитационных мероприятий поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий. Психообразование используется 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 и/или их родственников). Общее число занятий 11-15. Частота проведения от 1 до 5 раз в неделю по 45-60 минут. Предпочтительным является максимально раннее включение психообразования в систему реабилитации больных с расстройствами шизофренического спектра [246-248].

- Когнитивная ремедиация (КР) рекомендуется пациентам, страдающим шизотипическим расстройством с выраженными когнитивными нарушениями, с целью устойчивого и общего улучшения когнитивных процессов [90; 91; 250; 251].

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

Комментарии: Основная задача КР – минимизировать влияние когнитивных нарушений на повседневное функционирование. Проводится в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно. Противопоказания к применению: острое психотическое состояние с дезорганизованным поведением. Проводится клиническим психологом. Формат проведения: группа из 6-10 человек. Частота проведения от 2 до 5 раз в неделю по 60 минут. Длительность проведения до 2 месяцев. Используется раздаточный материал (карточки, бумага, ручка, грифельная доска). Занятия включают в себя упражнения, направленные на улучшение конкретной функции.

Использование когнитивной ремедиации обусловлено тем, что когнитивная дисфункция признана одним из ключевых признаков расстройств шизофренического спектра [252] и тем, что она является основной причиной социальной дезадаптации в периоде ремиссии [253] и повторных эскалаций [250].

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

Профилактика развития шизотипического расстройства обуславливает необходимость выявления признаков психического диатеза, то есть предболезненных субклинических психопатологических феноменов сенситивности к возникновению психических расстройств. В этом случае первостепенное значение имеет психотерапия

и психокоррекция, хотя в некоторых случаях допустимо дополнительное использование медикаментозной коррекции [258-261].

Рекомендуется диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психиатра пациентам с ШР с целью проведения профилактических, диагностических, лечебных мероприятий, исходя из клинико-социального состояния пациента в соответствии с особенностями течения ШР и актуальным клиническим статусом, а также преемственности помощи после выписки из психиатрической больницы или дневного стационара (Закон РФ ст. 27 ч.1 от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и Приказ Минздрава РФ от 30.06.2022 № 453н "Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями") [266].

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

Комментарии: *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. Такое освидетельствование возможно как при добровольном обращении лица за психиатрической помощью, так и недобровольно, при наличии показаний для недобровольного освидетельствования.*

Для определения контрольных сроков посещения врача-психиатра пациентами разработаны группы диспансерного наблюдения.

Д-1 – хроническое и затяжное психическое расстройство с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в связи с которым осуществлялась госпитализация в психиатрический стационар 1 раз в год и более и (или) продолжительностью более 120 дней в течение 2 лет – явка на прием не реже 1 раза в месяц.

Д-2 – психическое расстройство, в связи с которым осуществлялась госпитализация в психиатрический стационар 1 раз в 2 года и продолжительностью менее 120 дней в течение 2 лет – явка на прием в течение первого года – не реже 1 раза в месяц; в дальнейшем – не реже 1 раза в 2 месяца.

Д-3 – психическое расстройство, в связи с которым не осуществлялась госпитализация в психиатрический стационар в течение 3 лет и более – явка на прием не реже 1 раза в 3 месяца.

Д-4 – психическое расстройство в стадии ремиссии или компенсации, в связи с которым не осуществлялась госпитализация в психиатрический стационар в течение 5 лет и более – явка на прием не реже 1 раза в год.

Д-5 – (активное диспансерное наблюдение, АДН). Устанавливается в отношении лиц с психическими расстройствами при установлении следующих фактов:

1) совершение лицом общественно опасных действий (в том числе по данным анамнеза);

2) назначение судом лицу принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях;

3) назначение судом лицу других видов принудительных мер медицинского характера (в том числе по данным анамнеза);

4) наличие у лица в структуре психического расстройства симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда, психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений и проч.) (в том числе по данным анамнеза).

Для пациентов, находящихся на активном диспансерном наблюдении, с целью профилактики совершения ими общественно опасных деяний, устанавливается необходимость явки на прием в течение 10 рабочих дней после установления диспансерного наблюдения; в дальнейшем - не реже 1 раза в месяц.

В группе диспансерного наблюдения при необходимости определяются следующие подгруппы:

Н – лица на начальных этапах психического расстройства;

С – лица с суицидальными мыслями и намерениями;

З – лица с психическими расстройствами, имеющие коморбидные состояния зависимости от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики и др.);

К – лица с низким комплаенсом (приверженностью к лечению);

П – лица, получающие лечение лекарственными препаратами пролонгированного действия (пролонги).

Диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния. Решение о прекращении диспансерного наблюдения принимается комиссией врачей-психиатров. Пациент после прекращения диспансерного наблюдения может продолжать получать амбулаторную психиатрическую помощь на общих основаниях.

6. Организация оказания медицинской помощи

В соответствии с современными представлениями об этиопатогенезе непсихотических психических расстройств, основными критериями выбора лечебного учреждения для проведения реабилитационных мероприятий должны служить: а) характер психической (психологической) дезадаптации и снижения качества жизни больного; б) личностные характеристики пациента, соучастующие в синдромообразовании, с одной стороны, и составляющие потенциал его адаптации, с другой; в) особенности социальной ситуации больного.

Организация помощи больным шизотипическим расстройством осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 № 668н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения". Приказ вступает в силу 1 июля 2023 г.).

Психиатрическая помощь может быть оказана амбулаторно, включая консультативно-лечебную помощь или диспансерное наблюдение, в условиях дневного стационара/полустационарно и в стационаре круглосуточного пребывания. Лечение пациентов с ШР в условиях дневного стационара, обеспечивающего сохранение трудового и социального функционирования пациентов, предотвращает явления госпитализма [262; 263].

Оказание медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (далее - медицинская помощь) осуществляется медицинскими и иными организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющими соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности (далее – медицинские организации), при заболеваниях (состояниях), входящих в рубрики МКБ-10 <1> F00 - F09, F20 - F99 (далее - психические расстройства), а также с подозрением на психические расстройства.

Медицинская помощь при психических расстройствах оказывается в виде: первичной специализированной медико-санитарной помощи; специализированной медицинской помощи; скорой специализированной медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь больным с шизотипическим расстройством оказывается в следующих формах: экстренной (оказываемой при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента); неотложной (оказываемой при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента); плановой (оказываемой при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

Медицинская помощь оказывается в соответствии с настоящим Порядком, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи (Часть 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее – Федеральный закон N 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2018, N 53, ст. 8415).

При организации и оказании медицинской помощи могут применяться телемедицинские технологии) для осуществления дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой и медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. N 965н.

Запись граждан на прием к врачу-психиатру и врачу-психиатру детскому осуществляется в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)".

Основаниями для госпитализации пациентов в психиатрический стационар являются проявления возбуждения и агрессии, дезорганизованного поведения,

выраженность непсихотических симптомов, высокий риск суицида, наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, затрудняющей подбор лечения, проявления резистентности и интолерантности к терапии, недоступность адекватной амбулаторной помощи по месту жительства.

Основания для выписки: стабилизация состояния с редукцией психопатологической симптоматики, отсутствие выраженных побочных явлений, минимизация рисков суицида и агрессии.

Раннее выявление и своевременное начало комплексного лечения при шизотипическом расстройстве снижает риск возникновения психотических форм заболевания [117; 264].

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

В целом прогноз шизотипического расстройства зависит от психопатологических особенностей клинической картины, соотношения позитивных/негативных проявлений заболевания, комплексности и планомерности предпринимаемых терапевтических усилий (психофармакотерапия, психотерапия, социотерапия) на разных этапах его течения.

Факторы (предикторы), способствующие неблагоприятному течению шизотипического расстройства: 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 «нелеченного психического расстройства»), наличие длительного дистресса, никотиновая зависимость.

Вместе с тем, можно указать на две особенности этого расстройства, определяющие прогноз: 1) значительная диссоциация между клиническим (психопатологическим) и социальным восстановлением; 2) многочисленные госпитализации в психиатрический стационар, обусловленные социальной дезадаптацией.

При адекватном многолетнем лечении непсихотические нарушения с годами могут ослабевать и не препятствовать удовлетворительной социальной адаптации, а могут и нарастать, оставаясь все-таки в рамках неврозо/психопатоподобных расстройств, но одновременно обуславливая глубокую социальную дезадаптацию.

Однако дефектное состояние с выраженными изменениями личности не бывает исходом болезни. Отмечаются лишь некоторые признаки тонического дефекта: а)

сужение круга интересов с нарастающей аспонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности; б) постепенное уплощение аффекта и исчезновение желаний при одновременном углублении пассивности, вялости, безразличия; в) появление достаточно грубой когнитивной дефицитарности, обусловленной идеаторными и парамнестическими нарушениями.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при шизофрении код по МКБ - 10 F21.

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	У всех пациентов выяснены жалобы, наследственная отягощенность психическими заболеваниями; преморбидные особенности личности; возраст, в котором впервые возникли первые признаки заболевания; продромальные явления, нарушения социального функционирования, транзиторные субпсихотические эпизоды; особенности социального положения и социального функционирования пациента	Да/Нет
2	определены наличие и выраженность аутоагрессивных и/или суицидальных мыслей и тенденций; выполнено экспериментально-психологического обследования (B03.035.004) - при первичной диагностике (с целью уточнения диагноза) и в дальнейшем, при определении динамики заболевания (при необходимости)	Да/Нет
3	Пациентам ШР, 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, выполнена регистрация электрокардиограммы	Да/Нет
4	Выполнена электроэнцефалография с нагрузочными пробами и магнитно-резонансная томография головного мозга 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	Да/Нет
5	Проведено психофармакологическое лечение в качестве купирующей или поддерживающей и противорецидивной терапии.	Да/Нет

6	Выполнена социально-реабилитационная работа (A13.29.011) психотерапия (A13.29.008), и/или групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения (B04.035.006), и/или когнитивная ремедиация	Да/Нет
---	---	--------

Список литературы

1. Kety S.S. The Types and prevalence of mental illness in the biologic and adoptive families of adopted schizophrenics. The transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press Ltd, 1968. P. 345-362.
2. Rosenthal D. Discussion: the concept of subschizophrenic disorders/D Rosenthal/. Genetic research in psychiatry. Baltimore: Univ. Press; 1975. p.199-208.
3. Краснов В.Н., 2011; Дмитриева Е.М. Сравнительный протеомный анализ сыворотки крови больных расстройствами шизофренического спектра- дисс... канд мед. наук – 2021. – Томск. – 188 с.
4. Жмуров В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии / В.А.Жмуров. - Элиста: Джангар, 2010. - 864 с.
5. Снежневский, А.В. Nosos et pathos schizophreniae - Шизофрения: мультидисциплинарное исследование. - М.: Медицина, 1972. - С. 5-15.
6. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства - Л.: Медицина, 1987. - 182 с.
7. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание // Сибирский психологический журнал. – 2011. - № 40. - С. 129-135.
8. Коцюбинский А.П. и др., Шизотипическое расстройство. Позитивные (неврозоподобные и субпсихотические) симптомокомплексы: методические рекомендации/НМИЦ ПН им. В.М Бехтерева – СПб, 2018.–42 с. – 2018.
9. Claridge G. Single indicator of risk for schizophrenia – probable fact or likely myth / G.Claridge //Schizophr. Bull. 1994. Vol. 20:151-168.
- 10.Esterberg M.L., Compton M.T. The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches// Curr Psychiatry Rep// 2009,11(3):179-184
- 11.Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. Am Psychol. 1962 Nov;17:827-838.

12. Stankiewicz A.M., Swiergiel A.H., Lisowski P. Epigenetics of stress adaptations in the brain. *Brain Res Bull.* 2013 Dec;98:76-92. doi: 10.1016/j.brainresbull.2013.07.002.
13. Li M., D'Arcy C., Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions // *Psychological medicine* 2016;46(4):717–730. doi: 10.1017/S0033291715002743.
14. Shevlin M., Houston J.E., Dorahy M.J. et al. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey. *Schizophr Bull.* 2008 Jan;34(1):193-199. doi: 10.1093/schbul/sbm069.
15. Карлсон А., Лекрубье И. Дофаминовая теория патогенеза шизофрении. Руководство для врачей / Ред. Мосолов С.Н./ Лондон, 2004. – 168 с.
16. Смирнова Л.П., Логинова Л.В., Иванова С.А. и др. Лабораторный способ диагностики шизотипического расстройства: патент на изобретение 2014148200/15 (дата регистрации - 28.11.2014) – Россия, 2015; патентообладатель: ФГБНУ Научно-исследовательский институт психического здоровья.
17. Kahn R.S., Sommer I.E. The neurobiology and treatment of first-episode schizophrenia. *Mol. Psychiatry.* 2015;20:84-97.
18. Щербакова И.В., Гонопольский А.М., Жерехов А.Б. Провоспалительные маркеры при шизотипическом расстройстве // Академический журнал Западной Сибири. - 2014. - Том 10, вып. 1 (50). - С. 45.
19. Костюкова А.Б., Мосолов С.Н. Нейровоспалительная гипотеза шизофрении и некоторые новые терапевтические подходы // Современная терапия психических расстройств. 2013, №4, с.2-8
20. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии - пер. с англ. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000. - 464 с.
21. Усачева, Е.Л., Панкова, О.Ф., Макаров, Р.О. Эпидемиология расстройств шизотипического спектра и некоторые показатели качества жизни больных // Психиатрия и психофармакология им. П.Б. Ганнушкина. - 2013. - № 6. - С. 38-41.
22. Pulay A.J., Stinson F.S., Dawson D.A. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2009;11(2):53-67. doi: 10.4088/pcc.v11n0202.

23. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Яздовская А.В. и др. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2019 году. Аналитический обзор - М.: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации - 2020 - 146 с.

24. Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебник для студентов высших учебных заведений. – М.: ГЭОТАР, 2010. - 496 с.

25. Финк Г.Ф. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения (клинико-системно-аналитическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2001. - 43 с.

26. Павличенко А.В., Кулыгина М.А., Костюк Г.П. Шизофрения и другие психотические расстройства в МКБ-11 и DSM-5: развитие концепций и современное состояние. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020;120(6-2):5-12.

27. Цуцуйковская М.Я., Пекунова Л.Г., Михайлова В.А. Преморбидная личность больных приступообразной шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1977. - Вып. 4. - С. 547-557.

28. Cannon T., Cadenhead K., Cornblatt B. et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: A multisite longitudinal study in North America // Arch G Psychiatry. 2008; 65(1): 28-37.

29. Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P. et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. Schizophr Res. 2003 Dec 1;60(1):21-32. doi: 10.1016/s0920-9964(02)00167-6.

30. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? Acta Psychiatr Scand. 2009 Nov;120(5):363-372. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01456.

31. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2009 - №11. - С.4-15.

32. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.

33.Соболевский, С.В. Обсессивно-компульсивная симптоматика в структуре шизофренического и шизотипических расстройств (клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2006. - 21 с.

34.Мосолов С.Н., Ялтонская П.А. Развитие концепции, классификация и клиническая дифференциация негативных симптомов при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – № 1. – С. 2-14

35.Коркина М.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А. Индивидуализация психофармакотерапии у больных нервной анорексией // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы Рос. конф.; Пленум Правления Рос. общества психиатров с участием гл. психиатров и наркологов, руководителей психиатр. и наркол. учреждений, Москва, 9-11 октября 2009. - М., 2009. - С. 279-280.

36.Коркина М.В., Цивилько М.А., Арсеньев А.Р. и др. Об особом варианте патологии влечений при шизофрении с синдромом нервной анорексии // Журн. невропат. и психиат. им. С.С. Корсакова. - 1986. - №11. - С. 1689-1694.

37.Крылов В.И. Лексикон современной клинической психиатрии (часть 2). Лингвистический понятийный аппарат и общая психопатология//Независимый психиатрический журнал. 2022;1; 15-18.

38.Этингоф А.М. Юношеские дисморфофобические депрессии (типология, диагностика, прогноз): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2004. - 24 с.

39.Крылов В.И. Психопатология нарушений пищевого поведения. Диагностический и прогностический аспекты / Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 300-летию Санкт-Петербурга 27-28 ноября 2003. – СПб, 2003. – С.43-44.

40.Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения в общеймедицинской практике / Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П.Б. Ганнушкина, 2002. - №5. – С.172-175.

41.Ахапкина М.В. Психопатология и клиника деперсонализационных расстройств при шизофрении [Psychopathology and clinic of depersonalization disorders in schizophrenia]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Ахапкина. - М., 1993. - 20 с.

- 42.Воробьев В.Ю. Юношеская благоприятно текущая шизофрения с деперсонализацией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Центр. науч.-исслед. ин-т судебной психиатрии им. В. П. Сербского. - Москва, 1971. - 119 с.
- 43.Haug K. Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer, Berlin, Heidelberg, 1939. С. 134-204.
- 44.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика - М.: Кооперативное изд-во «Север», 1933. - 143 с.
- 45.Kretschmer E. Строение тела и характер: пер. с нем., 2-е изд. - М.-Л.: Госиздат, 1930. - 304 с.
- 46.Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Бином. - 2012. - 288 с.
- 47.Руднева И.К. Особенности малопрогредиентной шизофрении у детей с синдромом патологического фантазирования: дис. ... канд. мед. наук. - М., 1985. - 276 с.
- 48.Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Лобанова В.М. и др. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности) / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2018. – Т. 118 - №11. – С.4-14. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181114>
- 49.Mauz F. Die Prognose der endogenen Psychosen. Leipzig, 1930, 121 p.
- 50.Glatzel J., Huber G. Zur Phänomenologie eines Typs endogenes juvenilstenischer Versagenssyndrome //Clin. Psychiat. 1968,6:15-31.
- 51.Личко А.Е. Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, 1989. - 216 с.
- 52.Ey H. Hughlings Jackson's principles and the organo-dynamic concept of Psychiatry - Am. J.Psychiatry, 1962; 118:673-682
- 53.Махотина А.К. Негативная шизофрения с изменениями типа фершробен (психопатология, клиника, терапия): Дис.... канд. мед. наук. М. 2018.- 239 с.
- 54.Снежневский, А.В. Симптоматология и нозология. Шизофрения. Клиника и патогенез. - М.: Медицина, 1969. - С. 5-28.
- 55.Kahlbaum K. Über cykliches irresein. Breslauer aertliche Zeitschr. 1882;217 S.

56.Павлова Л.К. «Ипохондрические ремиссии при шизофрении (клиника, типологическая дифференциация, терапия» - дисс. канд. мед. наук. – М., 2009.

57.Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. 3-е изд., доп. и переработ., М., 2017. – 304 с.

58.Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien Handbuch der Psychiatrie /Hrsg. v. G. Aschaffenburg. Leipzig-Wien: Fr. Deuticke; 1911. Spezieller Teil. Abt. 4. I Hälfte. 420 S.

59.Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции - Избранные труды. - М.: Медицина, 1914/1964. - С. 58-74.

60.Гуревич М.О. К изучению о шизофреноидной конституции // К детской психологии и психопатологии. Сб. статей Гос. Медико-педагогического Ин-та НКЗ / Под ред. М.О.Гуревича и др. Орел: Орловское отд. Госиздата, 1922. - С. 69-80

61.Смулевич А.Б. Расстройства личности и соматическая болезнь (к проблеме нажитых ипохондрических состояний). / Психиатрия, 2005. – Т.5. - №17. - С.13-21.

62.Rado S. Dynamics and classification of disturbances of behavior. Am J Psychiatry. 1953 Dec;110(6):406-416. doi: 10.1176/ajp.110.6.406.

63.Kendler K.S., Grunberg A.M., Tsuang M.T. The specificity of DSM-III schizotypal symptoms. Abstracts of the 136th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. The Association. 1983;140.

64.Poletti M., Raballo A. Childhood schizotypal features vs. high-functioning autism spectrum disorder: Developmental overlaps and phenomenological differences. Schizophr Res. 2020 Jan; 223:53-58. doi: 10.1016/j.schres.2020.06.044.

65.Chisholm K., Lin A., Abu-Akel A. et al. The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: a review of eight alternate models of co-occurrence. Neurosci Biobehav R. (2015) 55:173-83. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.04.012.

66.Hofvander B., Delorme R., Chaste P. et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry. 2009; 9:35. doi: 10.1186/1471-244X-9-35.

67.Barneveld P.S., Pieterse J., de Sonnevile L. et al. Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with Autism Spectrum Disorders. Schizophr Res. 2011; 126:231-236. doi: 10.1016/j.schres.2010.09.004

68.Cochran D.M., Dvir Y., Frazier J.A. "Autism-plus" spectrum disorders: intersection with psychosis and the schizophrenia spectrum. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. (2013) 22:609–27. doi: 10.1016/j.chc.2013.04.005.

69.Наджаров Р.А. Формы течения // Шизофрения: мультидисциплинарное исследование. – М.: Медицина, 1972. – С.16-76.

70.Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В. О механизмах развития рецидива при эндогенных психозах: длительность ремиссий при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1991. - Вып. 1.- С. 89-94.

71.Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г. Популяционные закономерности возникновения и течения эндогенных психозов как отражение их патогенеза // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1985. - Вып. 8. - С. 1184-1191.

72.Смулевич А.Б., Андриющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2007. - Вып.5. – С.4-15.

73.Абрамова И.В. Особенности аффективных расстройств в ремиссиях приступообразной шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1988. - Т. 88. - № 5. - С. 92-97.

74.Жариков В.М. К вопросу о клинических особенностях и терапии отдельных форм ремиссий при шизофрении // Вопросы судебной психиатрии. – М., 1960. – С. 214-223.

75.Жариков Н.А. Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1961. - 20 с.

76.Забродин Д.Г. Гипертимические ремиссии при благоприятном регрессионном течении приступообразной шизофрении // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. – М., 1982. – С. 68-70.

77.Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. - Л.: Медицина, 1964. – 216 с.

78.Мазаева Н.А., Абрамова И.В. Об одной из разновидностей течения приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами в ремиссии // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1986. – Т. 5. – С. 719-725.

79.Морозов В.М., Наджаров Р.А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1956. – Т. 12. – С. 937-941.

80.Морозов В.М., Тарасов Ю.К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1951. – Т. 4. – С. 44-47.

81.Румянцева Г.М. Об одном из благоприятных вариантов приступообразно протекающей шизофрении // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1970. – Т. 8. – С. 1235-1242.

82.Сухарева, Г.Е. К проблеме дефектности при мягких формах шизофрении // Советская невропатол., психиатр. и психогиг. - М., 1933. - Т. II, В. 5. - С. 24-38.

83.Твердохлеб В.П. Межприступные периоды при шизоаффективном психозе // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1979. - Т. 1. - С. 65-71.

84.Башина В.М. Об особенностях клиники отдаленного периода шизофрении по катамнезам лиц, заболевших в подростковом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. М. Башина. - М., 1964. - 20 с.

85.Елгазина Л.М. Формы и условия компенсации бредовых состояний в ремиссии при вялотекущей шизофрении// Проблемы шизофрении. Вопросы клиники. – М. – 1962. – С. 492-503.

86.Жариков Н.М. Психопатоподобные формы ремиссий при шизофрении // Актуальные вопросы психиатрии и невропатологии. – М., 1963. – С. 130-136.

87.Морозов В.М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. - 1953. - Т. 10. - С. 770-774.

88.Татаренко, Н.П. О катамнестическом исследовании психопатологии острых шизофрений в полных терапевтических ремиссиях // Тезисы объединенной научной конференции, посвященной памяти С.С.Корсакова в связи с 50-летием со дня смерти. - М.: Издательство МГУ, 1960. - С. 31-32.

89.Цуцульковская М.Я. К вопросу о вялотекущей шизофрении, возникающей в юношеском возрасте // Проблемы шизофрении. - Тбилиси, 1967. - С. 107-112.

90.Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство (второе издание) / В.Н. Краснов, И.Я. Гурович, С.Н. Мосолов, Б.Шмуклер. - М.: ИД “МЕДПРАКТИКА-М”, 2007. - 260 с.

91. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1008 с.

92. Kay S.R, Stanley R., Abraham Fiszbein, and Lewis A. Opler. "The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia." *Schizophrenia bulletin* 13.2 (1987): 261-276.

93. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М.: Новый цвет, 2001. – 238 с.

94. McGlashan T., Miller T., Woods S. et al. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. In: T. Miller, S. Mednick, T. McGlashan, J. Libergier, J. Johannessen. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers 2001; 135-149.

95. Miller T., McGlashan T., Woods S. et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly* 1999; 70: 273—287

96. Каледа В.Г., Омельченко М.А., Румянцев А.О. Оценка риска манифестации эндогенных приступообразных психозов у больных юношеского возраста с непсихотическими формами психических расстройств. Методические рекомендации. М., 2020. – 34 с.

97. Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. (англ.) // *Archives Of General Psychiatry*. — 1989. — November (vol. 46, no. 11). — P. 1006—1011. — doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

98. Мосолов С.Н. Обсессивно-компульсивное расстройство (диагностика, клиника, терапия). - Москва, "БИНОМ. Лаборатория знаний" 2005, 56 с.

99. Kirpatrick B., Strauss G., Nguen L. et al. The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric Properties. *Schizophr Bull* 2011 Mar; 37(2): 300–305. doi: 10.1093/schbul/sbq059.

100. ©2014, GREGORY STRAUSS, Ph.D. AND BRIAN KIRKPATRICK, M.D. BNSS_Workbook_ru_V2.1_19SEPT2018_source

101. Mucci A., Vignapiano A., Bitter I. A large European, multicenter, multinational validation study of the Brief Negative Symptom Scale. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019 Aug;29(8):947-959. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.05.006.

102. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Гладышев И.О., Шмуклер А.Б. Психометрические свойства русскоязычной версии краткой шкалы оценки негативных симптомов (BNSS) у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 2. С. 22-30.
103. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1990 Jul-Aug;3(4):247-51. doi:10.1016/0920-9964(90)90005-r.
104. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L. et al. 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 Apr;101(4):323-9.
105. Patterson W.M., Dohn H.H., Bird J. et al. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics.* 1983 Apr;24(4):343-5, 348-9. doi: 10.1016/S0033-3182(83)73213-5.
106. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-ASA): Classification of Suicidal Events in the DA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *Am J Psychiatry.* 2007 Jul;164(7):1035-43. doi: 10.1176/ajp.2007.164.7.1035.
107. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS). Современная терапия психических расстройств. 2011; 2: 30-39.
108. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. **Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 1. – С. 27–36.**
109. Simpson GM, Angus JW. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1970;212:11-9. doi: 10.1111/j.1600-0447.1970.tb02066.x.
110. Фалкаи П., Воброк Т., Либерман Д. и др. Рекомендации Всемирной федерации обществ биологической психиатрии по биологической терапии

шизофрении. Часть 1. Лечение острого периода шизофрении // Современная терапия психических расстройств. - 2011. - Т. 1, № 1. - С. 5-25.

111. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии. СПб.: Питер, 2002. - 544 с. 171-183 стр.

112. Stone M. Schizotypal personality: psychotherapeutic aspects. *Schizophr Bull.* 1985;11(4):576-89. doi: 10.1093/schbul/11.4.576.

113. Коломыцев Д. Ю., Сараханова Д. В., Усов Г. М. Метакогнитивный подход к психологическим аспектам патогенеза шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31. – №. 4. – С. 88-98.

114. Ястребов Д. В. Экстрапирамидные расстройства, осложняющие проведение терапии антипсихотическими препаратами (современное понимание вопросов клиники, патогенеза и коррекции) //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 15. – №. 1. – С. 36-44.

115. Tandon R. Safety and tolerability: how do newer generation “atypical” antipsychotics compare? //Psychiatric Quarterly. – 2002. – Т. 73. – С. 297-311. doi:10.1023/a:1020464017021.

116. Kirchner S.K., Roeh A., Nolden J. et al. Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ Schizophr.* 2018 Oct 3;4(1):20. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8>.

117. Nordentoft M., Thorup A., Petersen L. et al. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophr Res.* 2006 Mar;83(1):29-40. doi: 10.1016/j.schres.2006.01.002.

118. Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства – СПб.: СпецЛит, 2014. – 426 с.

119. Коцюбинский А.П. и др. Диагностика и биопсихосоциальная терапия пациентов с шизотипическим расстройством / Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций. Выпуск 5. – Санкт-Петербург – 2022. – С. 145-169.

120. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М.: Восток, 1996. – 288 с.

121. Stahl S.M. Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press; 2014. 620 p.
122. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э. Психофармакотерапия шизофрении // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Ю.А. Александровского. – М.: Гэотар-медиа, 2018. – С. 299–328.
123. Dixon L., Perkins D., Calmes C. Guideline Watch (September 2009): Practice Guideline for the Treatment of Schizophrenia. Arlington, Va: American Psychiatric Association, 2009.
124. Johnsen E., Jorgensen H.A. Effectiveness of second-generation antipsychotics: a systematic review of randomized trials. BMC Psychiatry. 2008; 8:31. doi: 10.1186/1471-244X-8-31.
125. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition). London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010
126. 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. Schizophr Bull. 2009 Jul;35(4):775-788. doi: 10.1093/schbul/sbn018.
127. De Panfilis C. et al. Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder // Psychiat. Res. 2012, Vol. 200:422-429.
128. Johansson H., Ekund M. Helping alliance and early dropout from psychiatric outpatient care. The influence of patient's factors. Soc. Psychiat. Epidemiol. 2006; 41:140-147.
129. Хасан А., Фалкай П., Воброк Т. и др. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (W SBP). Часть 1. Терапия острого приступа шизофрении в терапевтически резистентных случаях // Современная терапия психических расстройств. - 2014. - Тематический выпуск 1. - С. 3-40.

130. Koenigsberg H.W. et al. Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(6):628-634.
131. Филилеева О.В., Мосолов С.Н. Эквивалентные дозировки антипсихотических препаратов. *Современная терапия психических расстройств*. – 2019. – № 3. – С. 36-44. DOI: 10.21265/PSYPH.2019.49.35981.
132. McClure M.M., Barch D.M., Romero M.J. et al. The effects of risperidone on the cognitive performance of individuals with schizotypal personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2009 Aug;29(4):396-398.
133. Keshavan M. et al. Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia research*. 2004;71(1):97-101.
134. Шюркуте А. и др. Некоторые клинические аспекты терапевтической эффективности рисперидона и оланзапина // *Психиатрия*. – 2004. – №. 6. – С. 39-47.
135. Hymowitz P. et al. Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1986;27(4):267-271.
136. Moritz S., Klein J.P., Lysaker P.H., Mehl S. Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments // *Dialogues Clin. Neurosci*. 2019. Vol. 21. N 3. P. 309–317;
137. Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath J. Carbamazepine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;(5):CD001258.
138. Инструкция по применению Карбамазепина. [Электронный ресурс]. URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/2022/01/26/1477399/0aa38ba3-f512-47c2-8cef-784524ff2a03.pdf> (дата обращения 22.05.2023)
139. Soloff P.H., Cornelius J., George A. et al. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 May;50(5):377-385. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820170029004.
140. Maurus I, Roell L, Lembeck M. et al. Exercise as an add-on treatment in individuals with schizophrenia: Results from a large multicenter randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2023 Oct; 328:115480. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115480. Epub 2023 Sep 10.

141. Bueno-Antequera J., Munguía-Izquierdo D. Exercise and Schizophrenia. *Adv Exp Med Biol.* 2020; 1228:317-332. doi: 10.1007/978-981-15-1792-1_21.
142. Vila-Barrios L., Carballeira E., Varela-Sanz A. et al. The Impact of Regular Physical Exercise on Psychopathology, Cognition, and Quality of Life in Patients Diagnosed with Schizophrenia: A Scoping Review. *Behav Sci (Basel).* 2023 Nov 21;13(12):959. doi: 10.3390/bs13120959.
143. Soloff P.H., George A. Amitriptyline and haloperidol in unstable and schizotypal borderline. *Psychopharmacol Bull.* 1986;22(1):177-182.
144. Тювина Н.А., Прохорова С.В., Максимова Т.Н. Сравнительная эффективность сульпирида при лечении навязчивостей различного генеза //Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – №. 3. – С. 83-88.
145. Парпара М.А., Бобров А.Е. Шизотипическое расстройство с сенесто-ипохондрическим синдромом (место сульпирида в терапии) //Медицинский совет. – 2014. – №. 5. – С. 64-69.
146. Дубницкая Э.Б., Андрющенко А.В. Психотропная активность эглонила при терапии вялотекущей ипохондрической шизофрении //Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. Под ред. АБ Смулевича. М.: МЗ РФ-НЦПЗ РАМН. – 1999. – С. 261-3.
147. Быков Ю.В., Беккер Р.А. Сульпирид в терапии тревожных расстройств и тревожной симптоматики в рамках иных расстройств (обзор литературы) //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016. – Т. 18. – №. 5. – С. 25-33.
148. Fonseka T. M., Richter M. A., Müller D. J. Second generation antipsychotic-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a review of the experimental literature //Current psychiatry reports. – 2014. – Т. 16. – С. 1-17.
149. Schirmbeck F. et al. Antiserotonergic antipsychotics are associated with obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia //Psychological medicine. – 2011. – Т. 41. – №. 11. – С. 2361-2373.
150. Scotti-Muzzi E., Saide O. L. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update //CNS spectrums. – 2017. – Т. 22. – №. 3. – С. 258-272.

151. Sharma L.P., Reddy Y. C. J. Obsessive–compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder //Indian journal of psychiatry. – 2019. – Т. 61. – №. Suppl 1. – С. S140.
152. Vellucci L. et al. The Neurobiological Underpinnings of Obsessive-Compulsive Symptoms in Psychosis, Translational Issues for Treatment-Resistant Schizophrenia //Biomolecules. – 2023. – Т. 13. – №. 8. – С. 1220.
153. Stryjer R. et al. Escitalopram in the treatment of patients with schizophrenia and obsessive–compulsive disorder: an open-label, prospective study //International clinical psychopharmacology. – 2013. – Т. 28. – №. 2. – С. 96-98.
154. Poyurovsky M. et al. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients: an add-on open study //International clinical psychopharmacology. – 1999. – Т. 14. – №. 2. – С. 95-100.
155. Волель Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности: психосоматические соотношения, психопатология, терапия: дис. – Науч. центр псих. здоровья РАМН, 2009.
156. Колюцкая Е. В., Ильина Н. А. Терапевтическая эффективность кветиапина (кетилепт) при шизофрении, протекающей с преобладанием сенестопатических расстройств //Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – №. 4. – С. 44-47.
157. Khazaal Y., Zimmermann G., Zullino D. F. Dépersonnalisation—Données actuelles //The Canadian Journal of Psychiatry. – 2005. – Т. 50. – №. 2. – С. 101-107.
158. Wang S. et al. The treatment of depersonalization-derealization disorder: A systematic review //Journal of Trauma & Dissociation. – 2023. – С. 1-24.
159. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. – Л.: Медицина, 1981. – 207 с.
160. Sierra M. Depersonalization disorder: pharmacological approaches. Expert Rev Neurother. 2008 Jan;8(1):19-26. doi: 10.1586/14737175.8.1.19.
161. Sachdev P. Citalopram-Clonazepam combination for primary depersonalization disorder: a case report. Aust N Z J Psychiatry. 2002 Jun;36(3):424-425. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01017.x.

162. Fichtner C.G., Horevitz R.P., Braun B.G. Fluoxetine in depersonalization disorder // *The American Journal of Psychiatry*. – 1992;149(12):1750-1. doi: 10.1176 /ajp.149.12.1750r.
163. Hollander E. et al. Treatment of depersonalization with serotonin reuptake blockers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1990;10(3):200-203.
164. Ratliff N.B., Kerski D. Depersonalization treated with fluoxetine. *Am J Psychiatry*. 1995 Nov;152(11):1689-1690. doi: 10.1176/ajp.152.11.1689b.
165. Simeon D., Stein D.J., Hollander E. Treatment of depersonalization disorder with clomipramine. *Biol Psychiatry*. 1998 Aug 15;44(4):302-303. doi: 10.1016/s0006-3223(98)00226-4.
166. Simeon D, Knutelska M, Nelson D. et al. Fluoxetine therapy in depersonalization disorder: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Jul;185(1):31-36. doi: 10.1192/bjp.185.1.31.
167. Sierra M., Baker D., Medford N., Lawrence E., Patel M., Phillips M.L., David A.S. Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases // *Clinical Neuropharmacology*. — 2006. — Vol. 29, № 5. — P. 253–258. — doi: 10.1097/01.WNF.0000228368.17970.DA.
168. Cohen A. S., Davis III T. E. Quality of life across the schizotypy spectrum: findings from a large nonclinical adult sample // *Comprehensive psychiatry* 2009, T.50(5):408-414.
169. Yan C., Liu W., Wang S. et al. Self-reported pleasure experience and motivation in individuals with schizotypal personality disorder proneness. *East Asian Arch Psychiatry*. 2011 Sep;21(3):115-122.
170. Buchanan R.W. Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview // *Schizophr Bull*. 2007 Nov;33(6):1013-1022. doi: 10.1093/schbul/sbm073.
171. Häfner H. et al. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;100(2):105-118.
172. Mosolov S.N., Yaltonskaya P.A. Primary and secondary negative symptoms in schizophrenia // *Frontiers in psychiatry*. – 2022. – T. 12. – C. 766692.
173. Andreasen N.C., Olsen S. Negative and positive schizophrenia: definition validation. *Arch. Gen. Psychiat*. 1982; 39:789–794.

174. Kirkpatrick B. et al. The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophrenia bulletin*. 2011;37(2):300-305.
175. Шизофрения у взрослых. Клинические рекомендации РФ. 2021г.
176. Palomba A., Fiorillo A., Caccavale J. et al. Utilisation des antidépresseurs dans le traitement des symptômes négatifs de la schizophrénie. *L'Encéphale*. 2015 Dec;41(6):6S36-6S40.
177. Singh S.P., Singh V., Kar N et al.. Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2010 Sep;197(3):174-179. doi: 10.1192/bjp.bp.109.073635.
178. 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 Dec 15;80(1):85-97. doi: 10.1016/j.schres.2005.05.003.
179. Helfer B. et al. Efficacy and safety of antidepressants added to antipsychotics for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(9):876-886.
180. Аведисова А.С., Вериго Н.Н. Шизофрения и когнитивный дефицит // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2001. - Т. 3. - № 6. - С. 202-204.
181. Kasper S., Resinger E. Cognitive effects and antipsychotic treatment. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28:27-38.
182. Волель Б. А., Нефедьева И. О. Терапия гетерогенных по клинической структуре депрессивных нарушений: опыт применения кветиапина (Лаквеля) // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2011. – №. 1. – С. 29-32.
183. Олейчик И. В., Баранов П. А., Шишковская Т. И. Применение атипичного антипсихотика третьего поколения арипипразола (Зилаксера®) в лечении депрессивных состояний, развившихся в рамках шизофрении: исследование эффективности и безопасности // ПСИХИАТРИЯ. – 2023. – Т. 21. – №. 3. – С. 6-19.
184. Orzelska-Górka J. et al. New Atypical Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia and Depression // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2022. – Т. 23. – №. 18. – С. 10624.

185. Di Lorenzo R. et al. Aripiprazole: Effectiveness and safety under naturalistic conditions // *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2007. Dec;15(6):569-575. doi: 10.1037/1064-1297.15.6.569.
186. Хасанова А.К., Коврижных И.В., Мосолов С.Н. Антисуицидальный эффект клозапина (алгоритм назначения и клинического мониторинга) // *Современная терапия психических расстройств*. — 2023. — No 4. — С. 48–63. — DOI: 10.21265/PSYPH.2023.31.74.005
187. Kumar A., Pinjarkar R., Anand N. et al. Aripiprazole in schizotypal personality disorder: A case report. *J Clin Psychiatry*. 2008;10(6):481-482. doi: 10.4088/pcc.v10n0612a.
188. Хмельнова И. В. Опыт применения арипипразола (Абилифая) для купирования текущего обострения шизофрении // *Уральский медицинский журнал*. 2009. Т. 60, № 6. – 2009.
189. Щербакова И. В., Крылатых В. Ю. Опыт применения венлафаксина в лечении тревожно-депрессивных расстройств при псевдоневротической шизофрении // *ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ*. – 2015. – С. 109-112.
190. Sher L. Schizotypal personality disorder and suicide: problems and perspectives. *Acta Neuropsychiatr*. 2021 Oct;33(5):280-282. doi: 10.1080/09297049.2021.1978134.
191. Wastler H.M., Lenzenweger M.F. An examination of the relationship between positive schizotypy and suicide risk using five distinct samples. *J Psychopathol Clin Sci*. 2023 Mar;28(1):31-41. doi: 10.1037/abn0000833.
192. Инструкция по применению Биперидена. [Электронный ресурс]. URL:<https://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/2022/04/15/1480178/571a5fa1-fa44-4058-8d7a-ccd25981ce60.pdf>; <https://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/2022/07/21/1483446/fcd1c5bb-5ccb-4998-9f3b-5a129256f266.pdf> (дата обращения 22.05.2023)
193. Инструкция по применению Тригексифенидила. [Электронный ресурс]. URL:[https://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/2019/11/29/1450709/П_N014767_01\[2012\]_0.pdf](https://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/2019/11/29/1450709/П_N014767_01[2012]_0.pdf) (дата обращения 22.05.2023)

194. Khokhar J. Y. et al. Unique effects of clozapine: a pharmacological perspective. *Advances in pharmacology*. 2018; 82:137-162.
195. Masdrakis VG, Baldwin DS. Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2023 Jan; 69:4-23.
196. Инструкция по применению Вальпроевой кислоты. [Электронный ресурс]. URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/2023/04/03/1492384/15641d44-3539-467a-996f-c676cb3a7f75.pdf> (дата обращения 22.05.2023)
197. Wang Y, Xia J, Helfer B, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 18;(11):CD007177. doi: 10.1002/14651858.CD007177.pub2
198. Инструкция по применению Ламотриджина. [Электронный ресурс]. URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg/2023/02/09/1491146/e6a25a5e-3d6d-4928-ab16-b1c5379d84da.pdf> (дата обращения 22.05.2023)
199. Meltzer H.Y. Suicide in schizophrenia, clozapine, and adoption of evidence-based medicine. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):530-533.
200. D'Anci K.E. et al. Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review // *Annals of Internal Medicine*. – 2019. – Т. 171. – №. 5. – С. 334-342.
201. Leucht S., Corves C., Arbter D. et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 373:31-41.
202. Ali T., Khan F.A., Shakoор A. et al. Antipsychotic-induced extrapyramidal side effects: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One*. 2021;16(9): e0257129. doi: 10.1371/journal.pone.0257129.
203. Малин Д. И., Козырев В. В., Равилов Р. С. Экстрапирамидные побочные эффекты нейролептиков: классификация и современные способы коррекции // *Психиатрия и психофармакотерапия*. - 2001. - Т. 3, № 6. - С. 198-202.
204. Pringsheim, T., & Barnes, T. R. E. Antipsychotic drug-induced movement disorders: a forgotten problem? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2018;63(11):717-718. doi: 10.1177/0706743718786702.
205. 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. – М.: Доказательная медицина – клинической практике, 2012. – С. 11-61.

206. Хасан А., Фалкаи П., Воброк Т. и др. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (W SBP). Часть 2. Длительная терапия шизофрении и тактика ведения пациентов с индуцированными антипсихотическими препаратами побочными эффектами // Современная терапия психических расстройств. - 2014. - Тематический выпуск 2. - С. 2-36.

207. Windgassen K. W., Wesselmann U., Mönking S. Galactorrhea and hyperprolactinemia in schizophrenic patients on neuroleptics: frequency and etiology. *Neuropsychobiology*. 1996;33(3):142-146. doi: <https://doi.org/10.1159/000119265>

208. Holt R. I. G. Medical causes and consequences of hyperprolactinemia. A context for psychiatrists. *Journal of Psychopharmacology*. 2008;22(2 Suppl):28-37.

209. Besnard I, Léo H, Garnier M, et al. Hyperprolactinémies induites par les antipsychotiques: physiopathologie, clinique et surveillance. *L'Encéphale*. 2014;40(1):86-94. doi: 10.1016/j.encep.2012.03.002.

210. O'Keane V. Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia, hypogonadism and osteoporosis in the treatment of schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*. 2008;22(2 Suppl):70-75. doi:10.1177/0269881107088439.

211. Siafis S, Tzachanis D, Mitsikostas DD. Antipsychotic drugs: from receptor-binding profiles to metabolic side effects. *Current neuropharmacology*. 2018;16(8):1210-1223. doi:10.2174/1570159X15666170630163616.

212. Pillinger T, Beck K, Gobjila C, et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(1):64-77. doi:10.1016/S2215-0366(19)30416-X.

213. Rummel-Kluge C, Komossa K, Schwarz 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. *Schizophrenia research*. 2010;123(2-3):225-233.

214. Кутько И.И., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С. и др. Современное лечение психотической шизофрении. Дифференцированная биологическая терапия эндогенно-процессуальных психозов // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 16(467). – С. 14-18.
215. Gaebel W. et al. Relapse prevention in first-episode schizophrenia-maintenance vs intermittent drug treatment with prodrome-based early intervention: results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia //The Journal of clinical psychiatry 2011,72(2):205-218. doi: 10.4088/JCP.09m05459yel
216. Trigueiro AJP, Moura FJCM, Gomes L.M. et al. Metabolic Syndrome Identification in Patients Treated with Second-Generation Antipsychotic Medications. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2022 Aug 1;60(8):11-18. doi: 10.3928/02793695-20211115-02.
217. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatr. 2017 Sep;62(9):617-623.
218. Tai S., Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. Schizophr Bull. 2009 Sep;35(5):865-873. doi: 10.1093/schbul/sbp055.
219. Bloch AA, Smith J. The effectiveness of body-oriented psychotherapy: A review of the literature. PACFA; 2014. Melbourne.
220. Rohricht F. Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. Body, Movement and Dance in Psychotherapy. 2009;4(2):135-156. doi: 10.1080/17432970902857263.
221. Баскаков В. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / В. Баскаков (сост.). - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2016. - 416 с.
222. Бутома Б. Г., Аристова Т. А. Применение телесно-ориентированных методов психотерапии в комплексном лечении больных эндогенными психическими расстройствами // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 2012. - Т. 1. - С. 27-32.

223. Бутома Б. Г., Степанова А. В. Телесно-ориентированная психотерапия при аутохтонных психических расстройствах // Биопсихосоциальная психиатрия. Руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо (ред.). - М.: СИМК, 2020. - С. 676-687.
224. Кузюкова А.А., Рачин А.П., Кончугова Т.В. Немедикаментозные методы санаторно-курортного лечения психических расстройств. ПСИХИАТРИЯ. 2022;20(3):143-158. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-143-158>
225. Масленников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) и тимоаналептической фармакотерапии при депрессиях у стабильных непсихотических больных шизофренией, получающих нейролептики // Медицинский алфавит. - 2017. - Т. 3, № 39. - С. 28-33.
226. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Масленников Н.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в психиатрии. /под ред. С.Н. Мосолова / - Иваново: Нейрософт, 2023, 576 с.
227. Daskalakis Z.J., Christensen B.K., Fitzgerald P.B. et al. Transcranial magnetic stimulation: a new investigational and treatment tool in psychiatry. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2002 Fall;14(4):406-15. doi: 10.1176/jnp.14.4.406. PMID: 12426408.
228. Holli M.M., Eronen M., Toivonen K. et al. Left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in schizophrenia. Schizophr Bull. 2004;30(2):429-34. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007089. PMID: 15279057.
229. Бакулин И. С., Пойдашева А. Г., Лагода Д. Ю. и др. Перспективы развития терапевтической транскраниальной магнитной стимуляции // Нервные болезни. - 2021. - Т. 11. - С. 34-41.
230. Помяткин А.Н. Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция в терапии резистентной шизофрении // Психиатрия. – 2022; 20(3. Is.2): 32-34.
231. Кутько И.И., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С. и др. Актуальные проблемы реабилитации больных с эндогенно-процессуальными психозами // Новости медицины и фармации. – 2014. – № 4(488). – С. 14-19.

232. Mervis J., MacDonald A. The Clinical Science of Transcranial Direct Current Stimulation Studies in Schizophrenia: Systematic Review and Meta-Analysis // *Schizophrenia Bulletin*. — 2020. — Vol. 46, Suppl. 1. — P. S303. — doi: 10.1093/schbul/sbaa029.748.
233. Valiengo LDCL, Goerigk S., Gordon P.C. et al. Efficacy and Safety of Transcranial Direct Current Stimulation for Treating Negative Symptoms in Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):121-129. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3199.
234. Chang C.C., Kao Y.C., Chao C.Y. et al. Examining bi-anodal transcranial direct current stimulation (tDCS) over bilateral dorsolateral prefrontal cortex coupled with bilateral extracephalic references as a treatment for negative symptoms in non-acute schizophrenia patients: A randomized, double-blind, sham-controlled trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020 Jan 10; 96:109715. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.109715.
235. Jeon D.W., Jung D.U., Kim S.J. et al. Adjunct transcranial direct current stimulation improves cognitive function in patients with schizophrenia: A double-blind 12-week study. *Schizophr Res*. 2018 Jul; 197:378-385. doi: 10.1016/j.schres.2017.12.009.
236. Бирюкова Е.В. Тимофеев И.В., Мосолов С.Н. Применение альфа-тета тренинга БОС при тревожных расстройствах, резистентных к психофармакотерапии (открытое рандомизированное, контролируемое исследование) / // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2010. - №1. - С.15-20.
237. Markiewicz R. The use of EEG Biofeedback/Neurofeedback in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Pol*. 2017 Dec 30;51(6):1095-1106. English, Polish. doi: 10.12740/PP/68919. Epub 2017 Dec 30. PMID: 29432505;
238. Gruzelier J. Self regulation of electrocortical activity in schizophrenia and schizotypy: a review // *Clinical Electroencephalography*. — 2000. — Vol. 31, № 1. — P. 23–29.
239. Markiewicz R., Masiak J. Evaluation of cognitive deficits in schizophrenia using event-related potentials and rehabilitation influences using EEG Biofeedback in patients diagnosed with schizophrenia. *Psychiatr Pol*. 2019 Dec 31;53(6):1261-1273. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/102622.

240. Кутько И. И., Панченко О. А., Рачкаускас Г. С. и др. Современное лечение психотических форм шизофрении. Дифференцированная биологическая терапия эндогенно-процессуальных психозов // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 16(467). – С. 14-18.
241. Prosser A., Helfer B., Leucht S. Biological v. psychosocial treatment: a myth about pharmacotherapy v. psychotherapy. *Br J Psychiatr.* 2016 Mar;208(3):209-211. doi: 10.1192/bjp.bp.114.157859.
242. Воронкова В.Б., Попов Ю.В. Разработка программы психосоциальной реабилитации подростков с шизотипическим расстройством // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – Т. 1. – С. 66-69.
243. Pharoah F., Mari J., Rathbone J. et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Dec 8;(12):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2. PMID: 21154340; PMCID: PMC4204509.
244. Lincoln T.M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a 58 meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 96. P. 232–245.
245. Lincoln T.M., Rief W., Westermann S. Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis // *Psychiatric Research* 2014,216(2):198–205.
246. Pekkala E., Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD002831. doi: 10.1002/14651858.CD002831.
247. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jun 15;(6):CD002831. doi: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.
248. Zhao S., Sampson S., Xia J. et al. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 17;(11):CD010823. doi: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.
249. Penney D, Sauvé G, Mendelson D. et al. Immediate and Sustained Outcomes and Moderators Associated with Metacognitive Training for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2022 May 1;79(5):417-429. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0277.

250. Prouteau A., Verdoux H., Briand C. Cognitive predictions of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: follow-up subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophr Res.* 2005 Nov 1;77(2-3):343-353. doi: 10.1016/j.schres.2005.03.027.
251. Wykes T., Huddy V., Cellard C. et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* 2011 May;168(5):472-487. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855.
252. Tripathi A., Kar S.K., Shukla R. Cognitive deficits in schizophrenia: understanding the biological correlates and remediation strategies. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2018 Feb 28;16(1):7-17. doi: 10.9758/cpn.2018.16.1.7.
253. Kaneko K. Negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: two key symptoms negatively influencing social functioning. *Yonago Acta Med.* 2018;61(2):91-100.
254. Cheli S, Lysaker PH, Dimaggio G. Metacognitively oriented psychotherapy for schizotypal personality disorder: A two-case series. *Personal Ment Health* 2019; 13:155.
255. Cheli S. Assessment and treatment planning for schizotypal personality disorder: A metacognitively oriented point of view. *Psychiatr Rehabil J* 2020; 43:335.
256. Stone M. Schizotypal personality: psychotherapeutic aspects. *Schizophr Bull.* 1985; 11:576. Treatment outlines for paranoid, schizotypal and schizoid personality disorders. The Quality Assurance Project. *Aust N Z J Psychiatry.* 1990; 24:339.
257. Medvedev S. Psychothérapie familiale et schizophrénie. Dynamique des indices systémiques d'adaptation et de psychopathologie // *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux.* – 2013. – N 1 (50). – P105-118.
258. Смулевич, А.Б., Волець, Б.А. Современные аспекты психофармакотерапии расстройств личности // *Психиатрия.* - 2004. - Т. 11, № 5. - С. 7-13.
259. Agius M., Butler S. Rationale for clinical interventions in prodromal psychosis. Are such interventions safe? *Psychiatria Danubina.* 2012;24(1):28–35.
260. Keshavan M.S., Diwadkar V.A., Montrose D.M. et al. Premorbid indicators and risk for schizophrenia: a selective review and update. *Schizophrenia Research.* 2005; 79:45-57.

261. Yung A.R., Nelson B., Yuen H.P. et al. Long-term outcome in an ultra-high risk («prodromal») group. *Schizophr Bull.* 2011 Jan;37(1):22-23. doi: 10.1093/schbul/sbq143.
262. Karterud S., Vaglum S., Friis S. et al. Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. An empirical evaluation of the containment function. *J Nerv Ment Dis.* 1992 Apr;180(4):238-243. doi: 10.1097/00005053-199204000-00005. PMID: 1556563.
263. Mehlum L., Friis S., Irion T. et al. Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 1991 Jul;84(1):72-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb01423.x. PMID: 1927569.
264. van der Gaag M., Smit F., Bechdolf A. et al. Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res.* 2013 Nov;149(1-3):56-62. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.004.
265. Leucht S. et al. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;(10):CD003834. doi: 10.1002/14651858.CD003834.pub3.
266. Шашкова Н.Г., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А. Динамика амбулаторных контингентов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и диспансерное наблюдение на современном этапе // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. №1, с.36-42

ПРИЛОЖЕНИЕ А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Бутома Борис Георгиевич - доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева», член Российского общества психиатров.

Еричев Александр Николаевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова».

Исаенко Юлия Владимировна - кандидат медицинских наук, заведующая отделением социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева», член

Российского общества психиатров, секретарь рабочей группы по подготовки клинических рекомендаций «Шизотипическое расстройство».

Коцюбинский Александр Петрович - профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева”, член Российского общества психиатров, руководитель рабочей группы по подготовки клинических рекомендаций «Шизотипическое расстройство».

Медведев Сергей Эрнстович - кандидат медицинских наук, психиатр-психотерапевт, преподаватель Института последипломного образования ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева", Центра системной семейной терапии, Института практической психологии "Иматон"

Протасов Александр Романович - врач-психиатр отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева”, член Российского общества психиатров.

Степанова Анастасия Анатольевна - младший научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева”, член Российского общества психиатров.

Степанова Анна Владимировна - кандидат психологических наук, психолог отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева”

Конфликт интересов отсутствует.

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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

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

А3.1 Юридические документы (приказы и инструкции)

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».
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Приказ вступил в силу с 01.07.2017
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и от 23 сентября 2020 г. № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием».

А3.2 Рекомендуемые дозы препаратов, аминазиновые и оланзапиновые эквиваленты, мониторинг соматических показателей при длительной антипсихотической терапии

Таблица 1. Рекомендуемые дозы некоторых препаратов, применяемые при лечении шизотипического расстройства

Препарат	Суточная доза мг/сут	Показания
Антипсихотические средства (код АТХ: N05A)		
#Арипипразол	до 20	неврозоподобная, аффективная симптоматика [149-150;183-184]
#Галоперидол**	2-6	расстройства поведения, расстройства личности (в т.ч. шизотипическое расстройство личности), нарушения мышления [116;135;139;143]
#Кветиапин**	100-600	терапия тревожно-ипохондрических состояний, аффективных нарушений[155-156;182]
#Клозапин	200-500	суицидальный риск [186;191;194-195]
#Оланзапин**	2,5-12,5	снижение выраженности психопатологических симптомов, нарушение социального взаимодействия, когнитивных функций [116;133]
#Рisperидон**	1-2	негативные и общие симптомы[116;130]
#Суперид**	100-600	неврозоподобная симптоматика, тревожные состояния [144-146]
Антидепрессанты (код АТХ: N06A)		
#Венлафаксин	75-225	депрессивные состояния [189]
#Кломипрамин	25-250	деперсонализационная симптоматика [160;162-165;268]
Противоэпилептические препараты (код АТХ: N03A)		
#Ламотриджин	100-250	деперсонализационная симптоматика[167;198]

Примечание: хлорпромазиновые эквиваленты не всегда правильно отражают эквивалентные дозы АВП, поэтому дополнительно следует ориентироваться на пересчет дозы антипсихотика в оланзапиновых эквивалентах [131].

Таблица 2. Эквивалентные дозировки антипсихотических средств [131]

Препарат	Дозировки, эквивалентные #оланзапину** 1 мг	Дозировки, эквивалентные #хлорпромазину** 100 мг
#Арипипразол**	1,33	4
#Галоперидол**	0,6	1,6
#Кветиапин**	20	60
#Клозапин	40	120
#Оланзапин**	1	3
#Рisperидон**	0,27	0,8

Таблица 3. График мониторингирования некоторых соматических показателей при применении антипсихотической фармакотерапии [110; 122; 175]

	До лечения	4 недели	8 недель	12 недель	Ежеквартально	Ежегодно
Измерение массы тела (индекс массы тела), Определение окружности талии	X	X	X	X	X	X
Измерение артериального давления на периферических артериях	X	X		X		X
Исследование уровня глюкозы в крови (натощак)	X			X		X
Общий (клинический) анализ крови	X	X		X	X	X
Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ)	X	X				

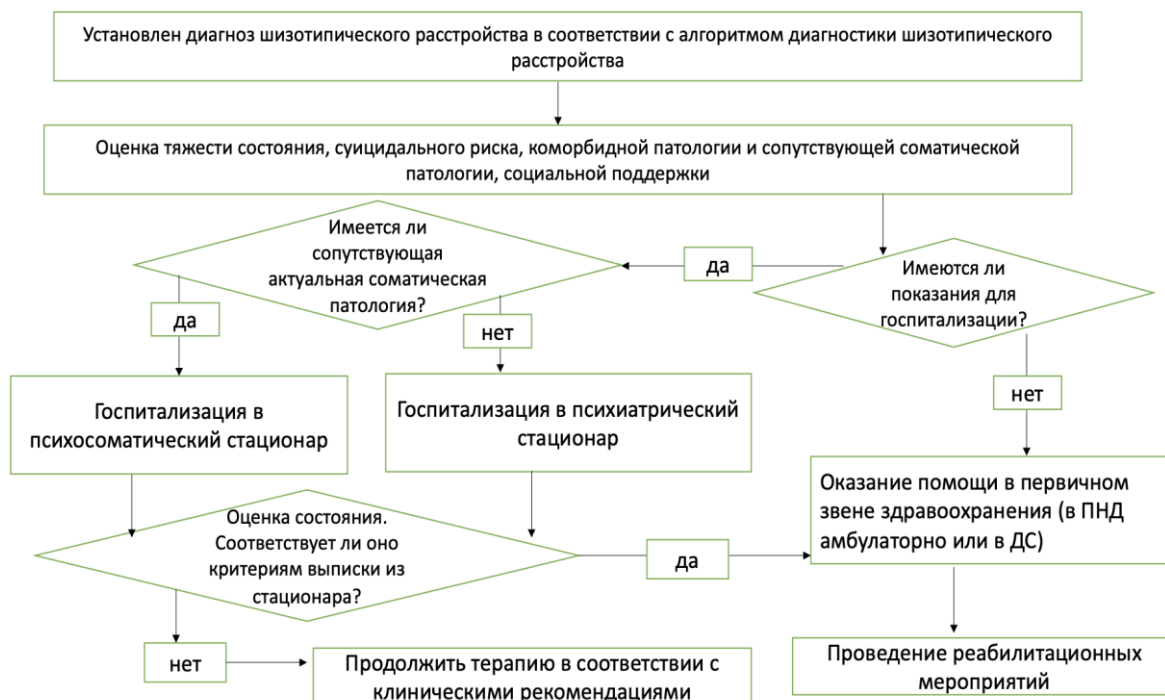
Примечание: * – при применении #клозапина – первые 18 недель еженедельно, а затем 1 раз в месяц.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Алгоритмы действий врача

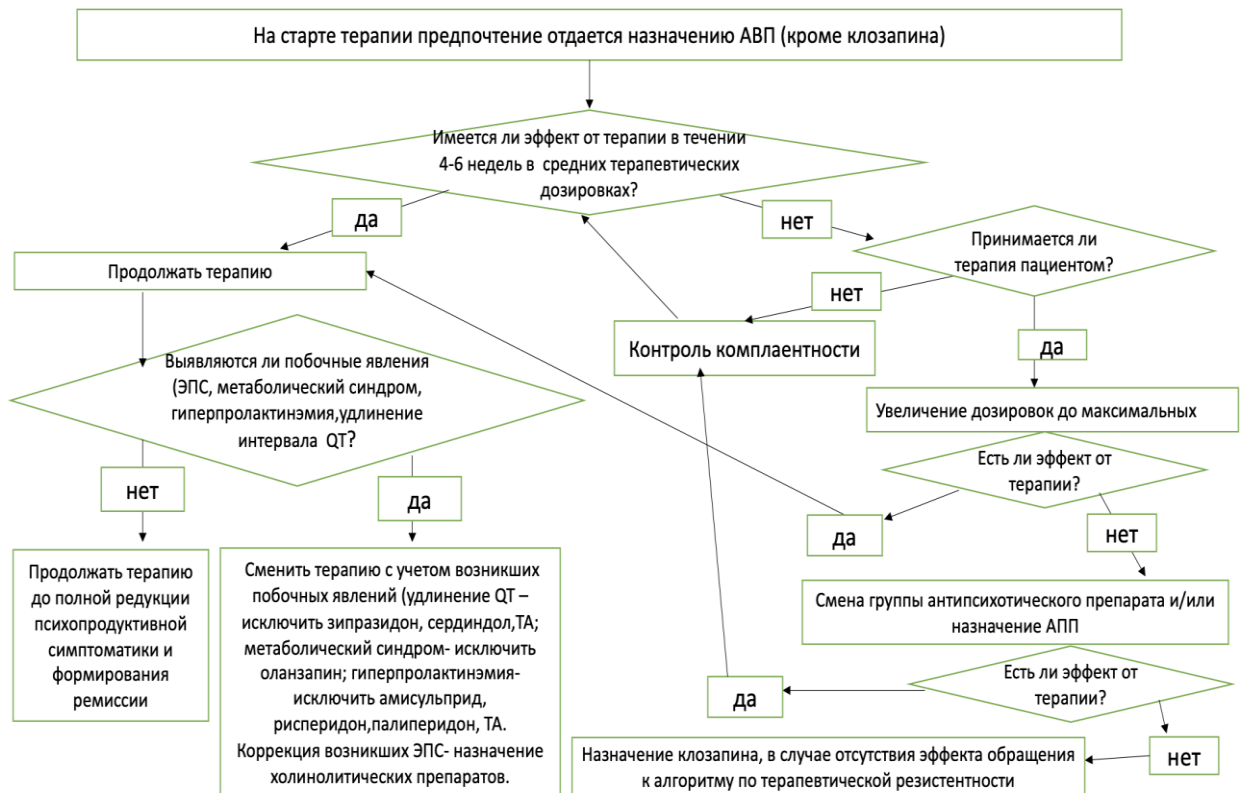
1. Алгоритм диагностики шизотипического расстройства



2. Алгоритм оказания помощи пациенту с шизотипическим расстройством



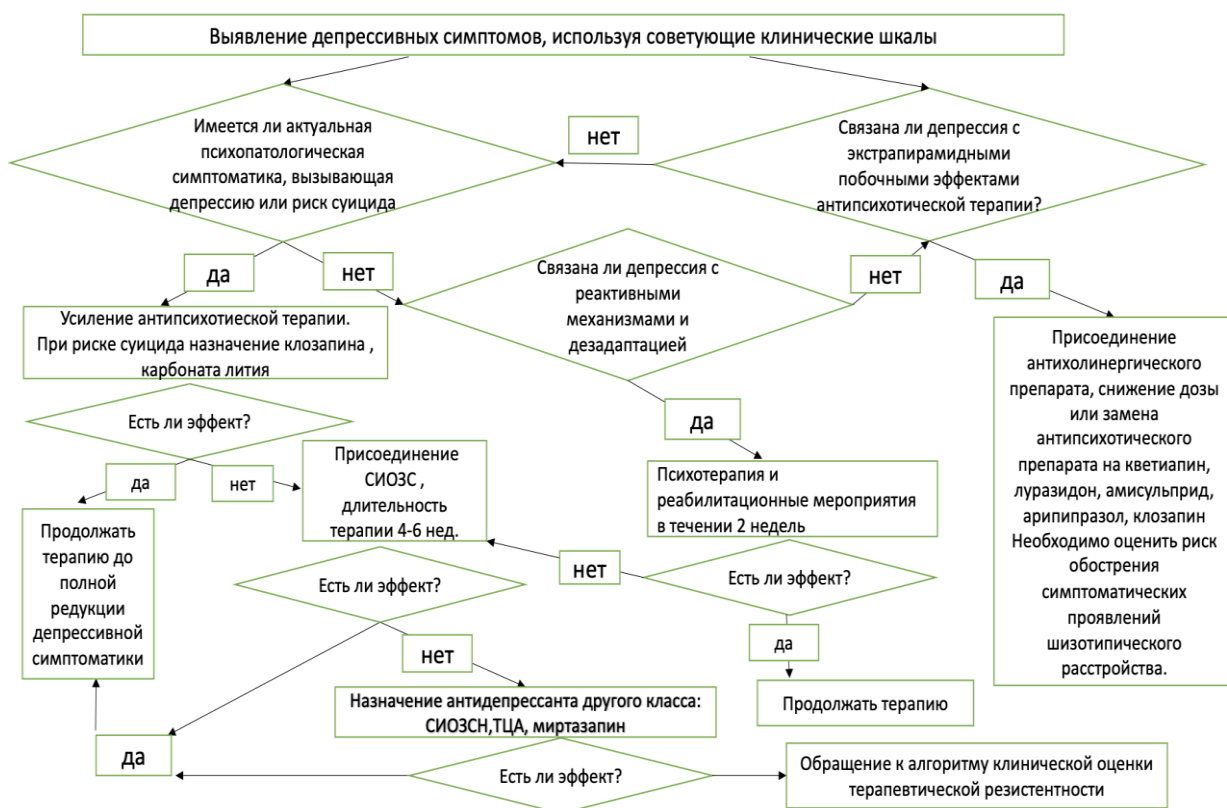
3. Алгоритм биологической терапии неврозоподобного и психопатоподобного шизотипического расстройства



4. Алгоритм биологической терапии бедного симптомами шизотипического расстройства



5. Алгоритм терапии депрессии при шизотипическом расстройстве



ПРИЛОЖЕНИЕ В. Информация для пациента

Общие сведения. Шизотипическое расстройство - относится к эндогенной психической патологии, в понятие которого входят нарушения эмоций, поведения, мышления, напоминающие таковые при шизофрении, но при этом не достигающие соответствующей степени выраженности и с относительно благоприятным течением. В то же время шизотипическое расстройство является одной из наиболее тяжелых форм так называемой пограничной психической патологии. Данная патология неблагоприятно влияет на социальную адаптацию и может приводить к госпитализациям в психиатрический стационар.

Причина развития шизотипического расстройства 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. В большинстве случаев заболевание начинается в возрасте от 15 до 25 лет.

В группу шизотипических расстройств, помимо шизотипического личностного расстройства, входят псевдоневротическая, псевдопсихопатическая, латентная и «бедная симптомами» формы.

Диагноз шизотипического расстройства 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 шизотипического расстройства занимаются специалисты - врачи-психиатры.

Так же, как и шизофренические психозы, шизотипическое расстройство может протекать как непрерывно, так и в форме приступов, но в большинстве случаев обострения сочетаются с медленным непрерывным течением.

Основным методом лечения шизотипического расстройства является 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 шизотипического расстройства является достижение состояния ремиссии, под которым понимается полное или существенное разрешение болезненных симптомов с достижением, по возможности, доболезненного уровня социальной активности. На сегодняшний день эта цель достижима только при условии длительной непрерывной лекарственной терапии, как, впрочем, и при множестве других хронических заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и т.п.). Для подбора терапии на первом этапе требуется довольно длительный регулярный контакт с врачом, который должен осуществляться в режиме амбулаторного наблюдения. Минимальный период времени, необходимый для оценки эффективности препарата, составляет 4-6 недель. В последующем лекарственная терапия продолжается неопределенно долго в зависимости от клинического эффекта. Вопрос об отмене такой терапии может ставиться не ранее, чем через 1 год после первого эпизода заболевания и 5 лет при повторных эпизодах, при условии, что за этот период не наблюдалось признаков болезни. В то же время, следует помнить, что отмена терапии даже после многолетнего «стабильного» периода связана с риском возобновления заболевания. Препараты для проведения столь длительной терапии должны подбираться таким образом, чтобы они не вызывали дискомфорта, связанного с их побочными эффектами. Переносимость лекарственных препаратов у всех людей различная и определяется особенностями индивидуальной чувствительности. В случае, если первоначально назначенный препарат вызывает побочные эффекты, он должен быть заменен на другой, но лечение должно продолжаться. Арсенал современных лекарственных средств позволяет добиваться значительных успехов в достижении поставленной цели. В подавляющем большинстве побочные эффекты обратимы и исчезают после отмены препарата. Вопросы, связанные с переносимостью лекарства, нужно обсудить с Вашим врачом. Кроме фармакотерапии обязательным элементом оказания помощи является психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, направленные на возможно более полное социально-личностное восстановление человека, и улучшение качества его жизни. Кроме того, психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия позволяют осуществлять профилактику обострений заболевания. Этой же цели служит диспансерное наблюдение: регулярные осмотры специалистов и коррекция терапевтической тактики позволяют избежать неблагоприятных последствий болезни.

Непсихотические нарушения с годами могут ослабевать и не препятствовать удовлетворительной социальной адаптации, а могут и нарастать, оставаясь все-таки в рамках неврозо/психопатоподобных расстройств, но одновременно обуславливая глубокую социальную дезадаптацию. Однако так называемое шизофреническое слабоумие (дефектное состояние с выраженными шизофреническими изменениями личности) не бывает исходом болезни.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г1-N. Шкалы оценки, опросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Г1. ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Оригинальное название: Positive and negative symptoms scale (PANSS) [92;93]

Тип (подчеркнуть):

- шкала

Назначение: Проведение оценки наличия и тяжести симптомов расстройств шизофренического спектра (шизофрении)

Содержание (шаблон): состоит из 3 подшкал: позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомов.

Интерпретация: В клинической практике используется для оценки эффективности антипсихотической терапии. Существенный и глубокий эффект расценивается при редукции суммарного балла на 50% и более. Частичный эффект при снижении общей выраженности симптоматики от 20 до 50%. При сокращении общего балла менее чем на 20% терапия расценивается как неэффективная.

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 больного и отражаются на его отношениях с другими людьми и поведении.
5. Сильная выраженность: наличие многочисленных, четко оформленных и устойчивых бредовых идей, которые периодически отражаются на мышлении, социальных отношениях и поведении больного.
6. Очень сильная выраженность: наличие комплекса оформленных, нередко систематизированных, устойчивых бредовых идей, которые заметно нарушают процесс мышления, отношения больного с другими людьми и его поведение.
7. Крайняя степень выраженности: наличие устойчивого комплекса многочисленных или детально систематизированных бредовых идей, оказывающих существенное влияние на основные аспекты жизни больного, что приводит к неадекватным и безответственным

поступкам, представляющим в некоторых случаях опасность для больного и окружающих.

П2. КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ

Дезорганизация процесса мышления, характеризующаяся разорванностью целенаправленного потока мыслей, т. е. излишней детализацией (обстоятельностью), поверхностностью, резонерством, соскальзываниями, аморфностью ассоциаций, непоследовательностью, паралогичностью или «закупоркой мыслей» (шперрунгами).

Оценивается по состоянию мыслительно-речевого процесса в беседе.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: мышление обстоятельное, поверхностное, паралогичное или с соскальзываниями («ответы по касательной»). Больной испытывает некоторые затруднения в целенаправленном мышлении (при попытке сосредоточиться на одной мысли), при проявлении врачом настойчивости могут появляться случайные ассоциации.
4. Умеренная выраженность: при конкретном и кратковременном общении сохраняется способность сосредотачиваться 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 крошки» или мутизма.

П 3. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая степень выраженности: одна-две редкие, но отчетливые галлюцинации или несколько смутных патологических восприятий, не сказывающихся на мышлении и поведении больного.
4. Умеренная выраженность: частые, но не постоянные галлюцинации, мышление и поведение больного нарушено незначительно.
5. Сильная выраженность: частые галлюцинации, затрагивающие иногда более одной чувственной сферы и заметно нарушающие мышление и/или поведение. возможна бредовая интерпретация галлюцинаторных переживаний с соответствующим эмоциональным и иногда вербальным сопровождением.
6. Очень сильная выраженность: практически непрерывные галлюцинации, существенно нарушающие мышление и поведение больного. Расстройства восприятия переживаются как реально происходящие события с частыми эмоциональными и вербальными реакциями на них, резко затрудняющими адаптационные возможности больного.
7. Крайняя степень выраженности: личность больного практически полностью охвачена галлюцинациями, которые, по сути, определяют направление его мышления и поведение.

Галлюцинации сопровождаются устойчивой бредовой интерпретацией, вербальными и поведенческими реакциями, в том числе и полным подчинением императивным галлюцинациям.

П5. ИДЕИ ВЕЛИЧИЯ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая степень выраженности: отмечаются некоторая экспансивность и хвастливость. Четко оформленные идеи величия не обнаруживаются.
4. Умеренная выраженность: явное и нереалистичное чувство превосходства над другими; возможны мало оформленные бредовые идеи особого положения или способностей, которые, однако, не определяют поведения больного.
5. Сильная выраженность: четко оформленные идеи выдающихся способностей, власти или исключительного положения, которые оказывают влияние на формирование установок, но не проявляются в поведении.

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

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

П6. ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ, ИДЕИ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

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

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

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

7. Крайняя степень выраженности: разветвленный комплекс систематизированных

бредовых идей преследования, практически полностью определяющий образ мыслей, социальные отношения и поведение больного

П7. ВРАЖДЕБНОСТЬ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
 2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
 3. Слабая выраженность: не прямые или скрытые проявления гневливости, например, сарказм, неуважение, враждебные высказывания, эпизоды раздражительности.
 4. Умеренная выраженность: открытая враждебная настроенность, быстрая раздражительность и прямые проявления гнева или негодования.
 5. Сильная выраженность: больной крайне раздражителен, иногда прибегает к словесным оскорблениям и угрозам.
 6. Очень сильная выраженность: контакт с больным затруднен вследствие словесных оскорблений и угроз, что также существенно нарушает отношения с другими людьми.
- Больной может быть настроен воинственно и иметь склонность к разрушительному поведению, однако физического нападения на людей не совершает.
7. Крайняя степень выраженности: сильный гнев с практически полным отсутствием контакта с врачом и другими людьми или эпизоды нападения на людей

Шкала негативных синдромов (Н)

Н 1. ПРИТУПЛЕННЫЙ АФФЕКТ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: мимика и коммуникативная жестикюляция кажутся напыщенными, вымученными, искусственными или обедненными.
4. Умеренная выраженность: уменьшение диапазона экспрессивности лица и жестикюляции определяет характерный «скучающий» (невыразительный) внешний вид.
5. Сильная выраженность: аффект обычно притуплен (уплощен), мимика скудная, жестикюляция 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 жестикюляция 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.

Н 3. ТРУДНОСТИ В ОБЩЕНИИ (НЕДОСТАТОЧНЫЙ РАППОРТ, НЕКОММУНИКАбельность)

Отсутствие сопереживания, открытости, откровенности в разговорах с людьми, интереса или участия к собеседнику, что проявляется в затруднении налаживания межперсональных контактов, уменьшении объема вербального и невербального общения.

Оценивается по характеру поведения и отношению больного к врачу в процессе беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: в общении с больным ощущается некоторая искусственность, натянутость, высокопарность. Речи больного не хватает эмоциональной глубины, она часто носит обезличенный, характер.
4. Умеренная выраженность: больной, как правило, выглядит отчужденным, держит дистанцию с собеседником, на вопросы отвечает механически, его поведение выражает скуку или отсутствие интереса к беседе.
5. Сильная выраженность: явная отчужденность и незаинтересованность больного в беседе затрудняют продуктивный контакт с ним. Больной старается избегать смотреть в глаза собеседника.
6. Очень сильная выраженность: больной в высшей степени безразличен к окружающему, держит себя на расстоянии от собеседника, избегает смотреть ему в глаза и не выдерживает ответного взгляда. Ответы односложные, поверхностные. Попытки невербального контакта с больным практически остаются без ответа.

7. Крайняя степень выраженности: больного не удастся вовлечь в беседу, он выглядит абсолютно безразличным, упорно избегает вербального и невербального контактов с собеседником.

Н4. ПАССИВНО-АПАТИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ОТГОРОЖЕННОСТЬ

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

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

5. 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 предметы. Мышление полностью выхощено или ограничивается функциональными аспектами, наиболее явными признаками или идиосинкретическими (нелепыми) интерпретациями.

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

Н6. НАРУШЕНИЯ СПОНТАННОСТИ И ПЛАВНОСТИ ОБЩЕНИЯ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

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

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

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

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

Н7. СТЕРЕОТИПНОЕ МЫШЛЕНИЕ

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

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

Шкала общей психопатологии ()

О1. СОМАТИЧЕСКАЯ ОЗАБОЧЕННОСТЬ

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

Оценивается на основании высказываний больного в процессе интервью.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: заметная обеспокоенность своим здоровьем или физическим состоянием, проявляющаяся в задаваемых время от времени вопросах и в желании получить поддержку врача.
4. Умеренная выраженность: жалобы на плохое здоровье или расстройство отдельных функций организма. однако бредовой убежденности нет, состояние может быть преодолено приободрением и переубеждением больного.

5. Сильная выраженность: больной часто или постоянно жалуется на физическое заболевание или расстройство функций организма. Могут отмечаться одна или две бредовые идеи на эту тему, полностью не определяющие мысли и поведение больного.

6. Очень сильная выраженность: больной в достаточной степени поглощен одной или несколькими отчетливыми бредовыми идеями физического заболевания или органического поражения различных функций организма. Однако полной охваченности личности, в том числе ее аффективной сферы, бредовыми идеями не наблюдается. врачу с трудом удастся отвлечь больного от этих мыслей.

7. Крайняя степень выраженности: многочисленные и часто высказываемые бредовые идеи соматического заболевания или несколько бредовых идей катастрофического исхода болезни, полностью поглощающие мысли и чувства больного

02. ТРЕВОГА

Субъективное переживание нервозности, беспокойства, опасений и предчувствий какихлибо неприятностей, варьвирующее 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 мелкокоразмашистый 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.

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

05. МАНЕРНОСТЬ И ПОЗА

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: некоторая неуклюжесть (неловкость) движений или небольшая напряженность (ригидность) позы.
4. Умеренная выраженность: заметная неуклюжесть или диспластичность (нескоординированность) движений, на короткое время больной может принимать неестественные позы.
5. Сильная выраженность: больной временами совершает странные, похожие на ритуальные движения или застывает в неестественных, искаженных позах на более длительные периоды времени.

6. Очень сильная выраженность: частое повторение нелепых, «ритуальных» движений, манерность или стереотипные движения; застывание в неестественных (вычурных) позах может наблюдаться на протяжении длительного времени.

7. Крайняя степень выраженности: нормальное функционирование серьезно нарушено из-за практически постоянного совершения больным ритуальных и стереотипных движений, выраженной манерности или длительного застывания в неестественных позах.

06. ДЕПРЕССИЯ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: субъективные ощущения грусти и подавленного настроения удастся выявить только при прицельном расспросе; внешний вид и поведение не меняются.

4. Умеренная выраженность: отчетливые переживания печали или безнадежности, о которых больной может говорить по собственной инициативе, но которые, однако, существенным образом не сказываются на поведении и социальной активности больного. Больной обычно поддается приободрению.

5. Сильная выраженность: явно подавленное настроение с переживанием печали, пессимизмом, утратой жизненных интересов, психомоторной заторможенностью, а также некоторыми нарушениями сна и аппетита. Приободрить больного удастся с трудом.

6. Очень сильная выраженность: резко подавленное настроение с устойчивыми переживаниями безнадежности, никчемности, собственной ничтожности; временами больной плачет. одновременно наблюдаются значительное ухудшение сна и аппетита, снижение двигательной активности, нарушение социальных функций, возможны упущения в самообслуживании.

7. Крайняя степень выраженности: депрессивные переживания значительно нарушают жизнедеятельность больного. Наблюдаются выраженные соматические расстройства, психомоторная заторможенность, потеря всех социальных интересов, упущения в самообслуживании, нарушается концентрация внимания. Больной часто плачет; возможно развитие депрессивных или нигилистических бредовых идей, а также суицидальных мыслей и действий.

07. МОТОРНАЯ ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ

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

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

08. ОТКАЗ ОТ СОТРУДНИЧЕСТВА (МАЛОКОНТАКТНОСТЬ, МАЛООБЩИТЕЛЬНОСТЬ)

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: больной подчиняется требованиям, проявляя при этом неудовольствие, нетерпение или саркастическое отношение. старается избегать разговоров на нежелательные темы.
4. Умеренная выраженность: временами больной откровенно отказывается выполнять элементарные требования общежития, например, убирать постель, следовать распорядку дня и т. п.; может давать враждебные и негативистические оборонительные реакции, что, однако, в большинстве случаев не исключает возможность договориться с ним.
5. Сильная выраженность: больной часто не выполняет правила общежития; окружающие характеризуют его как «изгоя» или как человека с сильно нарушенной способностью к общению. в беседе раздражителен или отгорожен. старается уйти от ответа на многие вопросы.
6. Очень сильная выраженность: больной всячески противодействует сотрудничеству, установлению контакта, проявляет активный негативизм, а иногда бывает настроен

враждебно. он отказывается следовать большинству правил общежития и часто не желает начинать или заканчивать беседу.

7. Крайняя степень выраженности: активное сопротивление в значительной степени препятствует выполнению практически всех важных социальных функций. Возможен отказ от участия в какой-либо социальной деятельности, включая правила личной гигиены, беседы с родственниками или медперсоналом. с больным затруднен даже кратковременный диалог.

09. НЕОБЫЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ МЫСЛЕЙ

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

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

010. ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: общая ориентировка в целом сохранена; больной испытывает затруднения в некоторых частных вопросах. например, он может знать, где проживает,

но путается в точности адреса, узнает в лицо медперсонал, но не знает, чем они занимаются; знает месяц, но путает дни недели или, по крайней мере, на два дня ошибается в датах. Иногда может отмечаться сужение круга осведомленности больного: он может ориентироваться в ближайшем окружении, но не за его пределами. например, больной знает персонал, с которым ему приходится иметь дело, но не знает фамилии политических деятелей (мэра, губернатора, президента).

4. Умеренная выраженность: больной не всегда узнает людей и правильно называет место или время пребывания. например, он может знать, что находится в больнице, но не знает ее названия; знает название города, но не знает названия области, района или улицы; знает имя лечащего врача, но не знает имен многих других обслуживающих его лиц; может назвать год и сезон, но путается в определении месяца.

5. Сильная выраженность: больной с большим трудом узнает людей, имеет очень слабое представление о своем местонахождении, большинство окружающих кажутся ему незнакомыми. он может более или менее правильно назвать год, но не знает текущий месяц, день недели или даже время года.

6. Очень сильная выраженность: больной практически полностью не узнает людей, не знает времени и места своего нахождения. например, он не представляет, где находится, более чем на год ошибается в определении даты, с трудом может назвать имена одного или двух окружавших его в последнее время людей.

7. Крайняя степень выраженности: больной полностью утратил ориентировку в отношении людей, места и времени, находится в полном неведении или неправильно представляет свое местонахождение, текущий год, не узнает самых близких людей: родителей, мужа (жену), друзей, а также лечащего врача.

О11. НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Расстройство целенаправленного внимания, проявляющееся в недостатке сконцентрированности, повышенной отвлекаемости на внутренние и внешние стимулы, трудностях сосредоточения, поддержания, переключения внимания на новые объекты.

Оценивается на основании наблюдения за больным на протяжении беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: ограниченная способность концентрировать внимание, проявляющаяся в некоторой отвлекаемости или ослаблении внимания в конце беседы.

4. Умеренная выраженность: беседа с больным затруднена из-за повышенной отвлекаемости, невозможности подолгу поддерживать внимание на заданной теме или, наоборот, быстро переключаться на новые темы.

5. Сильная выраженность: общение с больным серьезно нарушено из-за слабой концентрации внимания, частой отвлекаемости и/или плохой переключаемости на другие темы.

6. Очень сильная выраженность: внимание больного удается привлечь лишь на короткое время или с большим трудом, вследствие его частого отвлечения на внутренние переживания или посторонние внешние раздражители.

7. Крайняя степень выраженности: внимание столь расстроено, что становится невозможной даже кратковременная беседа

012. СНИЖЕНИЕ КРИТИЧНОСТИ И ОСОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ

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

Оценивается по содержанию мыслей, высказанных больным во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: больной признает наличие психического заболевания, но недооценивает его тяжесть, необходимость лечения или профилактики. Может нарушаться способность адекватного планирования своих действий на будущее.

4. Умеренная выраженность: больной имеет лишь смутное или формальное (поверхностное) представление о своем заболевании. временами он может отрицать его наличие или не понимать, в чем заключаются основные симптомы заболевания, такие как бред, расстройства мышления, подозрительность или социальная отгороженность. Больной может признавать необходимость лечения лишь по поводу таких проявлений, как тревога, напряженность и нарушения сна.

5. Сильная выраженность: больной признает наличие психического заболевания в прошлом, но не в настоящем. При расспросах он может указать на наличие некоторых несущественных или не относящихся к данному заболеванию симптомов, проявляя тенденцию к их неправильному или даже бредовому истолкованию. необходимость психиатрического лечения также отрицается.

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

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

01 . НАРУШЕНИЯ ВОЛИ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: в разговоре и мыслях больного проявляется некоторая нерешительность, которая отражается лишь в малой степени на вербальном и когнитивном процессах.
4. Умеренная выраженность: больной часто амбивалентен; испытывает трудности в принятии решений. Беседа с больным несколько затруднена из-за разбросанности его мыслей, что ведет к нарушению вербальных и когнитивных функций.
5. Сильная выраженность: волевые нарушения отражаются как на мышлении, так и на поведении больного; обнаруживается выраженная нерешительность, которая затрудняет спонтанную двигательную и социальную активность, а также может проявляться в нарушениях (запинках) речи.
6. Очень сильная выраженность: волевые нарушения препятствуют выполнению даже самых простых, автоматических действий, таких как одевание, уход за собой; отмечаются отчетливые расстройства речи.
7. Крайняя степень выраженности: практически полное отсутствие волевых актов, проявляющееся в угнетении речи и моторных функций вплоть до полной неподвижности и/или мутизма.

014. ОСЛАБЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ ИМПУЛЬСИВНОСТИ (АГРЕССИВНОСТЬ)

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: в условиях стресса или при неудовлетворенном желании (отсроченном вознаграждении) больной легко раздражается или расстраивается, но при этом редко действует импульсивно в соответствии со своими переживаниями.
4. Умеренная выраженность: больной становится гневливым и склонным к словесным нападениям по малейшему поводу, иногда прибегает к угрозам. Могут отмечаться один-два эпизода физического противодействия, ссор с окружающими или склонность к небольшим разрушающим действиям.
5. Сильная выраженность: периодически наблюдаются импульсивные разряды, сопровождающиеся оскорблениями, повреждением имущества или угрозами

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

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

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

015. ЗАГРУЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ (ОТРЕШЕННОСТЬ ОТ РЕАЛЬНОСТИ)

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

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

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

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

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

016. АКТИВНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ОТСТРАНЕННОСТЬ

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть верхним пределом нормы.
3. Слабая выраженность: больной чувствует себя неловко в присутствии других людей и предпочитает проводить время в одиночку, хотя при необходимости проявляет социальную активность.
4. Умеренная выраженность: больной неохотно участвует во всех (или в большинстве) социальных мероприятиях, нуждается в постоянном поощрении, уговаривании и может неожиданно уклониться от участия в них при появлении тревоги, подозрительного или враждебного отношения.
5. Сильная выраженность: больной со страхом или гневом отказывается от большинства социальных контактов, несмотря на попытки окружающих вовлечь его в них. Большую часть времени бесцельно проводит в одиночестве.
6. Очень сильная выраженность: из-за сильного страха, враждебности или подозрительности больной проявляет лишь самую необходимую социальную активность. При инициативе со стороны окружающих больной проявляет явное стремление избежать контактов и обычно старается держаться в стороне от людей.
7. Крайняя степень выраженности: больного не удастся вовлечь в социальные отношения из-за наличия сильного страха, враждебности или бреда преследования. он всеми силами стремится избежать контактов.

Г2. ШКАЛА ОЦЕНКИ ПРОДРОМАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ (шкала SOPS)

Оригинальное название: The Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) [94, 95, 96]

Тип (подчеркнуть):

- шкала

Назначение: По сути описываются непсихотические психические расстройства, что позволяет использовать эту шкалу как дополнительный к PANSS количественный психометрический показатель психопатологической нагруженности при непсихотических аутохтонных состояниях.

СУБШКАЛА А

ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

П1. Необычное содержание мыслей / бредовые мысли

Наличие одного или нескольких из следующих признаков:

- а) напряженное или бредовое настроение. Что-то странное приходит в голову. Фрагментарность элементы нереальности происходящего. Близкие кажутся странными, вызывающими смущение, предвещающими угрозу, представляющими опасность и пр. Ощущение измененное себя и окружающих. Изменение восприятия времени. Дэжа вю;
- б) неперсекуторные идеи отношения (включая нестойкий бред отношения);
- в) нарушение функции мышления (наплыв, обрыв мыслей, персеверации, вкладывание, открытость, чтение мыслей);
- г) другие убеждения сверхценного характера, охваченность ими (религия, медитация, философия, другие экзистенциальные темы). Магическое мышление, определяющее поведение и выходящее за пределы общепринятых в данной культуре норм (суеверие, ясновидение, «шестое чувство», необычные религиозные убеждения);
- д) бредовые идеи относительно своего тела, вины, нигилизма, ревности, религиозного содержания, внешнего контроля, получение посланий посредством радио- и телепередач. Бредовые идеи могут присутствовать, но не постоянны и не достигают степени систематизированных.

Степень тяжести:

- 0- отсутствуют;
- 1- сомнительно: неожиданные мысли, чувства, движения, обращают на себя внимание, но быстро проходят;
- 2- слабая степень: необычные явления, вызывающие недоумение, чувство, что что-то изменилось;
- 3- умеренная степень: неожиданные расстройства мышления / идеи, которые не остаются незамеченными, вызывают напряжение и беспокойство. Возникающее чувство неожиданного психического опыта более отчетливо и продолжительно;
- 4- сильно выраженная: ощущение, что возникающие переживания наведены извне или болезненные убеждения реальны, при этом критика к состоянию сохранена;
- 5- очень сильно выраженная, но не психотического уровня: охваченность идеями внешнего контроля, при этом возникают сомнения в истинности переживаний по контрасту с доболезненным состоянием или после убеждений окружающих;
- 6- очень сильно выраженная психотического уровня: бредовые переживания, не поддающиеся переубеждению, как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение, влияющие на мышление и социальные взаимоотношения.

П2. Подозрительность / идеи преследования.

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) чрезмерная озабоченность причинами, определяющими поведение окружающих, недоверчивость;
- б) подозрительность или параноидное мышление;
- в) настороженность или открытая недоверчивость, отражающая бредовые установки и отражающаяся в общении и поведении.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие;
- 1- сомнительная степень: осмотренность;
- 2- слабая степень: сомнение в собственной безопасности, чрезмерная бдительность без определения источника опасности;
- 3- умеренная степень: ощущение, что окружающие ведут себя враждебно, озадаченность происходящим и недоверчивость;
- 4- сильно выраженная: нестойкие идеи наблюдения, выделения. Убеждения быстро преходящи. Вызывают беспокойство и подозрительность.
- 5- очень сильно выраженная непсихотического уровня: озабоченность идеями опасности, убежденность в том, что является центром враждебного внимания, временами возникает открытая подозрительность, но поведение в целом меняется минимально, критика может быть неполной, но без отчетливой убежденности;
- 6- очень сильно выраженная психотического уровня: параноидные идеи, как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение.

ПЗ Идеи величия

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) чрезмерная самооценка и нереалистичное чувство превосходства;
- б) экспансивность и хвастливость;
- в) возможно наличие отчетливых бредовых идей величия, определяющих поведение.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие;
- 1- сомнительная степень: чувство собственного превосходства;
- 2- слабая степень: идеи талантливости, исключительности, сохраняется чувство превосходства;

- 3- умеренная степень: ощущение обладания особой силой, способностями, временами возникает экспансивность;
- 4- сильно выраженная степень: нестойкие, быстро проходящие идеи особой силы, богатства;
- 5- очень сильно выраженная непсихотического уровня: убежденность в неестественно высоком интеллекте, собственной привлекательности, силе, популярности. Критика может быть неполной, но убеждения не влияют на поведение;
- 6- очень сильно выраженная психотического уровня: бредовые идеи величия как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение.

П4 Перцептивные расстройства / галлюцинации

Наличие одного или более из следующих пунктов по одной или более сенсорных сфер (слуховая, зрительная, соматическая, тактильная, обонятельная, вкусовая):

- а) необычные сенсорные явления, усиление или притупление чувств, яркие представления, искажения, иллюзии;
- б) псевдогаллюцинации или галлюцинации при сохранении осознания болезненности состояния;
- в) периодическая потеря критики к состоянию, не влияющая на мышление и поведение.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие;
- 1- сомнительная степень: изменения в перцептивной сфере, усиление или ослабление чувств;
- 2- слабая степень: необычные, неоформленные перцептивные расстройства (шумы, вспышки и пр.), беспокойство;
- 3- умеренная степень: необычные отчетливые перцептивные расстройства (образы, геометрические фигуры, отчетливые звуки), аффект недоумения, беспокойство;
- 4- сильная степень: перцептивные искажения, иллюзии, псевдогаллюцинации (лица, фигуры, голоса), которые определяются как нереальные, не вызывающие сильного страха или охваченности;
- 5- очень сильная степень непсихотического уровня: одна или две отчетливые непродолжительные галлюцинации, могут сопровождаться другими слабовыраженными перцептивными расстройствами, не определяющие мышление и поведение;

6- очень сильно выраженные психотического уровня: галлюцинации, как минимум интермиттирующего характера (образы, голоса, другие сенсорные расстройства), воспринимаются как реальные, хотя бы минимально влияют на поведение, мышление.

П5- Расстройства мышления

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) странности мышления или речи, неопределенность, метафоричность, преувеличение, стереотипность;
- б) беспорядочное или путаное суждение о чем-либо, ускорение или замедление мыслей, использование неправильных слов для описания, соскальзывание и нецеленаправленность речи;
- в) стереотипное, бесцельное или паралогичное мышление, трудности в упорядочивании и выражении мыслей;
- г) растормаживание ассоциативного процесса делает речь малопонятной.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие;
- 1- сомнительная степень: внезапные, выпадающие из контекста слова и фразы;
- 2- слабая степень: неопределенная, беспорядочная, бессодержательная речь;
- 3- умеренная степень: неправильно употребляемые слова, не относящиеся к предмету фразы, частое внезапное отклонение от темы разговора, метафоричность, стереотипии в речи, чрезмерная детализация;
- 4- сильная степень: стереотипное или паралогичное мышление, трудности в управлении мыслями без потери ассоциативного процесса, периодически малопонятная речь;
- 5- очень сильная степень непсихотического уровня: стереотипное или паралогичное мышление, нецеленаправленность речи, имеются трудности в направлении мыслей, потеря ассоциативных взаимосвязей при расспросах, временами малопонятная речь, что выявляется в ответах на вопросы;
- 6- очень сильная степень психотического уровня: утеря продуктивности речи или неуместность, непонятность высказываний, потеря структуры речи, комплексное нарушение речи.

СУБШКАЛА Б

НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Н1 Социальная изоляция и избегание

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) недостаток близких друзей или знакомых кроме родственников первой степени родства;
- б) чрезмерная социальная тревога, не уменьшающаяся при дружеском общении и больше имеющая тенденцию к связи с параноидным страхом, чем с заниженной самооценкой;
- в) болезненная симптоматика ослабляется в одиночестве, к которому больной и стремится, хотя, если требуется, проявляет социальную активность, в общении инициативы не проявляет;
- г) пассивно соглашается с проявлением социальной активности, но без интереса, механически с тенденцией пасовать перед малейшими трудностями.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: некоторая «неуклюжесть» в социальном плане при сохранении социальной активности;
- 2- слабая степень: снижение заинтересованности в общественной деятельности, при сохранении социализации;
- 3- умеренная степень: неохотное участие в социальной деятельности, отсутствие интереса, социальная пассивность;
- 4- сильно выраженная степень: круг общения ограничен преимущественно семьей, дефицит дружеских связей, социальная апатия, минимальное участие в общественной деятельности;
- 5- очень сильно выраженная степень: значительные трудности во взаимоотношениях, отсутствие близких друзей, большую часть времени проводит в одиночестве или с родственниками первой степени родства;
- 6- крайняя степень выраженности: друзей нет, общение носит только формальный характер, практически все время одинок.

Н2 Самоустранение

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) нарушения в начале, поддержании и контроле целенаправленной деятельности;
- б) потеря активности, энергичности, продуктивности;
- в) отсутствие интереса к занятиям, требующим усилий или длительного времени выполнения.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие;

- 1- сомнительная степень: снижение способности целенаправленной деятельности;
- 2- слабая степень: низкий уровень энергии, простые задачи требуют больших затрат времени и усилий, чем это необходимо в норме;
- 3- умеренная степень: низкий уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, снижение инициативности в постановке и выполнении задач, решение задачи требует дополнительной внешней стимуляции;
- 4- сильно выраженная степень: минимальный уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, требуется постоянная внешняя стимуляция;
- 5- очень сильно выраженная степень: выраженная недостаточность влечений и энергии, что отражается на достижении поставленной цели, большинство целенаправленных действий не доводятся до конца, требуется постоянная внешняя стимуляция, которая не всегда оказывается успешной;
- 6- крайняя степень выраженности: внешняя стимуляция безуспешна, целенаправленной активности нет

НЗ Уменьшение эмоциональной экспрессии

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) уплощение, снижение, сокращение продолжительности эмоционального ответа, что характеризуется мимикой, модуляцией голоса (монотонная речь) и жестикуляцией (однообразное положение тела);
- б) недостаток спонтанной речи, продолжительности монолога, сокращение количества слов в беседе, проявляет небольшую инициативу в общении при наличии тенденции к односложным ответам, краткости;
- в) недостаток речи, обеднение проявлений эмпатии, уменьшение открытости в беседе, чувства сопричастности к собеседнику, интереса и вовлеченности в беседу, что свидетельствует о дистанцировании и сокращении процессов вербально и невербальной коммуникации;

Степень тяжести:

- 0- отсутствие;
- 1- сомнительная степень: отсроченный или притупленный эмоциональный отклик;
- 2- слабая степень: в беседе наблюдается недостаток живости, неестественность;
- 3- умеренная степень: минимальная степень экспрессии эмоций при сохранении способности продолжать разговор;

- 4- сильно выраженная степень: трудности в поддержании беседы, монотонная речь, минимальная эмпатия, избегание зрительного контакта;
- 5- очень сильно выраженная степень: начало и поддержание беседы требует активных вопросов со стороны собеседника, аффект уплощен, полное отсутствие жестикуляции;
- 6- крайняя степень выраженности: уплощенный монотонный аффект, не принимает участия в разговоре, несмотря на активные вопросы.

Н4 Уменьшение эмоциональной чувствительности

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) эмоциональная чувствительность и экспрессия становятся трудно распознаваемыми, искусственными, неадекватными ситуации;
- б) ощущение дистанцированноеTM в беседе, затруднение взаимопонимания;
- в) притупление эмоций, ослабления чувства радости и горя;
- г) чувство бесчувствия, ангедония, апатия, потеря интереса, скука;
- д) ощущение измененности, нереальности или странности; явления деперсонализации, отстраненности от окружающего;
- е) потеря чувства собственного «я».

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: чувство отгороженности от окружающих, стойкое ощущение эмоциональной притупленности, сглаженности, тусклости;
- 2- слабая степень: недостаток сильных эмоций или ясно определяемых чувств;
- 3- умеренная степень: эмоции переживаются как приглушенные, притупленные или с трудом различаемые;
- 4- сильно выраженная степень: чувство «омертвения», уплощенности или недифференцированного отворачивания к себе, трудности в переживании эмоций, в том числе острых (радость, горе);
- 5- очень сильно выраженная степень: чувство потери собственного «Я», деперсонализация, чувство собственной измененности, странности, может чувствовать себя отчужденным от собственного тела, окружения, времени, эти ощущения фиксируются постоянно;
- 6- крайняя степень выраженности: ощущение глубокой собственной измененности и чуждости, полное отсутствие переживания эмоций.

Н5 Ослабление идеаторной активности

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) трудности абстрактного мышления, нарушения абстрактно-символической сферы проявляются в трудностях классификации, обобщении, прибегании к конкретному и эгоцентрическому типам мышления при решении сложных задач, часто использование конкретного мышления;
- б) упрощение структуры речи, исчезновение причастных оборотов, дополнений;
- в) стереотипное мышление, нарушение плавности речи, спонтанности, застревание на одном предмете, что свидетельствует о ригидности, повторяемости и бесплодности содержания мышления, некоторая ригидности установок и убеждений, может отказываться от рассмотрения альтернативы или испытывать трудности при переходе с одного предмета беседы на другой;
- г) как слушатель не может различить по смыслу сходные по звучанию фразы, уловить суть беседы.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: некоторые затруднения, неловкость в беседе;
- 2- слабая степень: трудности понимания нюансов беседы, снижение способности к диалогу;
- 3- умеренная степень: неверная интерпретация многих пословиц, использование простых предложений, пропуск абстрактных абзацев при выполнении заданий;
- 4- сильно выраженная степень: периодически теряет «нить» беседы, стереотипная и персеверационная речь, небогатый словарный запас, используются простые слова и предложения, конкретность суждений;
- 5- очень сильно выраженная степень: трудности в описании событий при относительной сохранности способности следить за вопросами и реагировать на простые утверждения, словарный запас ограничен, вербальная продукция ограничивается простыми словами и короткими предложениями, может испытывать трудности в интерпретации пословиц и выполнении сравнений;
- 6- крайняя степень выраженности: временами не способен поддержать разговор, независимо от его сложности, словарный запас значительно ограничен самыми простыми словами или односложными ответами (да/нет).

Н6 Нарушения в ролевом функционировании

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) трудности осуществления ролевого функционирования (как работник, студент, домохозяйка), что раньше не вызывало сложностей;
- б) нарушения продуктивных взаимоотношений с коллегами, одноклассниками, сокурсниками.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: для поддержания работоспособности требуются определенные усилия;
- 2- слабая степень: трудности производственного или учебного функционирования, очевидные для окружающих;
- 3- умеренная степень: отчетливые проблемы в решении производственных задач или сдаче экзаменов;
- 4- сильно выраженная степень: неудачи в одном или нескольких занятиях, замечания, испытательные сроки на работе;
- 5- очень сильно выраженная степень: прогулы и другие значительные проблемы в следовании требованиям, отсутствие на работе в связи с проблемами, неспособность работы в коллективе;
- 6- крайняя степень выраженности: тотальное непосещение, отчисление с учебы, увольнение за прогулы.

СУБШКАЛА В

СИМПТОМЫ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

Д1 Странное поведение и явления

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) странное, эксцентричное или своеобразное поведение (например, коллекционирование мусора, разговор с самим собой на людях, накопление пищевых продуктов, импульсивное поведение);
- б) неадекватный ситуации аффект;
- в) манерность и позирование, неестественные движения и позы, неуклюжие движения, высокопарность, напыщенность, дискоординированность, диспластичность.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: особенности поведения и внешнего вида;
- 2- слабая степень: поведение и внешний вид необычные и странные;

- 3- умеренная степень: странное, необычное поведение, внешний вид, интересы, хобби и занятия, которые выходят за рамки культуральной нормы, может вести себя неадекватно ситуации;
- 4- сильно выраженная степень: поведение и внешний вид не соответствуют общепринятым нормам, пациент может казаться растерянным, дискоординированным, движения разлажены, диспластичны;
- 5- очень сильно выраженная степень: значительные странности в поведении и внешнем виде, периодическая охваченность собственными переживаниями, ответы вне контекста беседы, неадекватный ситуации аффект, неприятие окружающими;
- 6- крайняя степень выраженности: грубо нелепые внешний вид и поведение (собрание мусора, разговор с самим собой на людях), несоответствие аффекта содержанию речи.

Д2 Причудливое мышление

Мышление характеризуется наличием странных, фантастических или нелепых идей (искаженность, алогичность или абсурдность).

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: редкие кратковременные причудливые идеи;
- 2- слабая степень: случайные идеи необычного содержания, алогия, искажения в мышлении;
- 3- умеренная степень: постоянные идеи необычного содержания, алогия и искажения мышления, которые можно квалифицировать как убеждения или философское мировоззрение, не выходящее за рамки культуральных норм;
- 4- сильно выраженная степень: постоянные идеи необычного содержания, охватывающие пациента и выходящие за рамки общепринятых религиозных или философских представлений;
- 5- очень сильно выраженная степень: алогичные конструкции странных идей, не понятных окружающим;
- 6- крайняя степень выраженности: охваченность фантастическими абсурдными неструктурированными идеями, недоступными для понимания окружающими.

Д3 Трудности концентрации внимания и сосредоточения

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) повышенная отвлекаемость на внешние и внутренние раздражители;
- б) ухудшение формирования и удерживания внимания на предмете или смещение фокуса внимания на новый раздражитель;
- в) повышенная отвлекаемость;

г) сложности в удержании в памяти предмета разговора.

Степень тяжести:

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: случайные промахи при сосредоточении внимания на фоне психофизических нагрузок;

2- слабая степень: случайные расстройства внимания при решении повседневных задач;

3- умеренная степень: постоянные проблемы в сосредоточении внимания, сопровождающиеся трудностями поддержания беседы;

4- сильно выраженная степень: постоянные отвлечения внимания с утерей «нити» беседы;

5- очень сильно выраженная степень: может поддерживать необходимый уровень внимания и сосредоточения только при внешней поддержке;

6- крайняя степень выраженности: не способен к сосредоточению даже при внешней поддержке.

Д4 Нарушения в соблюдении личной гигиены и выполнении социальных требований

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) неопрятность, неухоженность, запущенность внешнего вида;

б) несоблюдение социальных норм, вызывающее поведение, безучастность или обособленность, чудачества, склонность внезапно без видимой причины прекращать беседу.

Степень тяжести:

0- отсутствие

1- сомнительная степень: недостаточное внимание к личной гигиене при соблюдении социальных требований к внешнему виду;

2- слабая степень: недостаточное внимание к личной гигиене, некоторая неряшливость, при соблюдении в целом социальных норм;

3- умеренная степень: периодическое, чаще ситуационное, безразличие к социальным нормам в отношении внешнего вида и одежды;

4- сильно выраженная степень: постоянная небрежность в отношении культуральных норм гигиены;

5- очень сильно выраженная степень: регулярно не моется, вид неопрятный, одежду не стирает, может источать неприятный запах;

6- крайняя степень выраженности: не заботится о внешнем виде, совсем не моется, источает неприятный запах, неопрятность не корректируется даже при прямом указании со стороны окружающих.

СУБШКАЛА Г

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

01 Нарушение сна

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) трудности засыпания;
- б) ранние пробуждения без последующего засыпания;
- в) дневная сонливость;
- г) инверсия суточного ритма.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: сон не приносит чувства отдыха;
- 2- слабая степень: небольшие трудности засыпания или ночные пробуждения с последующим засыпанием;
- 3- умеренная степень: дневная сонливость, как результат трудностей засыпания или ранних пробуждений, более длительный сон, чем в норме;
- 4- сильно выраженная степень: сон значительно нарушен, что влияет на функционирование (ухудшение успеваемости или опоздания из-за сонливости);
- 5- очень сильно выраженная степень: значительные трудности засыпания или ранние пробуждения становятся ежедневными, может иметь место инверсия ритма сна, обычно пропускает дела, распланированные на день;
- 6- крайняя степень выраженности: невозможность заснуть в течение более чем двое суток.

02 Дисфоричное настроение

Наличие одного или более из следующих пунктов, характеризующих депрессию:

- а) снижение интереса к прежним увлечениям;
- б) нарушения сна;
- в) повышение или снижение аппетита;
- г) анергия;

- д) трудности концентрации внимания;
- е) суицидальные мысли;
- ж) чувство собственной никчемности и/или вины.

И наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) тревога, паника, различные страхи и фобии;
- б) раздражительность, враждебность, гнев;
- в) невозможность расслабиться, напряженность, ажитация;
- г) нестабильный фон настроения.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: часто чувствует себя подавленным или раздражительным;
- 2- слабая степень: ситуационно нестабильные и/или непредсказуемые периоды печали, плохо настроения, мрачных мыслей, которые могут сочетаться с тоской, раздражительностью или тревогой;
- 3- умеренная степень: чувства грусти, тревоги и недовольства;
- 4- сильно выраженная степень: периодически возникающие эпизоды грусти, раздражительное или подавленности;
- 5- очень сильно выраженная степень: постоянное присутствие сочетания подавленности, тревоги и раздражительности, расстройство влечений (злоупотребление ПАВ);
- 6- крайняя степень выраженности: выраженное сочетание подавленности, раздражительности и тревоги, что определяет поведение (суицидальные мысли/намерения/поступки, самоповреждения).

О3 Двигательные нарушения

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) субъективные или объективные признаки диспластичности, дискоординация, появившиеся трудности моторики при отсутствии их в прошлом;
- б) появление новых движений, таких как невротические привычки, стереотипии, характерные особенности при выполнении какого-либо дела, позирование или копирование движений кого-либо из окружающих;
- в) скованность, прерывистость движений;

- г) утеря автоматизма движений;
- д) компульсивные двигательные ритуалы.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: некоторая неловкость в движениях;
- 2- слабая степень: субъективная и объективная неуклюжесть движений;
- 3- умеренная степень: нарушение координации, обеднение движений, трудности в мелкой моторике;
- 4- сильно выраженная степень: стереотипии в двигательной сфере, нередко нелепые, неадекватные ситуации;
- 5- очень сильно выраженная степень: навязчивые движения (невротические привычки), ритуалы, позерство, гримасничанье;
- 6- крайняя степень выраженности: утеря естественности движений, кататонические явления, эхопраксия, дискинезия.

04 Снижение толерантности к стрессу

Наличие одного или более из следующих пунктов:

- а) избегание стрессовых ситуаций или их непереносимость и высокая истощаемость при сохранной стрессоустойчивости в прошлом;
- б) явные признаки тревоги в ответ на повседневные раздражители;
- в) усиление эмоциональных реакций на раздражительности при способности держать себя в руках в прошлом.

Степень тяжести:

- 0- отсутствие
- 1- сомнительная степень: усталость, истощенность в конце дня;
- 2- слабая степень: повседневные неурядицы вызывают неожиданно сильные приступы тревоги;
- 3- умеренная степень: замешательство в ситуации повседневных неурядиц;
- 4- сильно выраженная степень: усиленное противодействие повседневному стрессу;
- 5- очень сильно выраженная степень: избегает ситуаций, вызывающих стресс или чувствует подавленность вследствие повседневных раздражителей;

6- крайняя степень выраженности: дезорганизация поведения, паника, апатия или реакция отказа в ответ на повседневный стресс.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ПРОДРОМАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ (SOPS)

	СИМПТОМЫ (0-6 баллов)	Поступлени е	Выписка
	ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ		
П1	Необычное содержание мыслей/бредовые идеи		
П2	Подозрительность/идеи преследования		
П3	Идеи величия		
П4	Перцептивные расстройства/галлюцинации		
П5	Расстройства мышления		
	НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ		
Н1	Социальная изоляция/избегание		
Н2	Самоустранение		
Н3	Уменьшение эмоциональной экспрессии		
Н4	Ослабление эмоциональной чувствительности		
Н5	Ослабление идеаторной активности		
Н6	Нарушение в ролевом функционировании		
	СИМПТОМЫ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ		
Д1	Странное поведение и явления		

Д2	Причудливое мышление		
Д3	Трудности концентрации внимания		
Д4	Нарушения в соблюдении личной гигиены и выполнении социальных требований		
	ОБЩИЕ СИМПТОМЫ		
О1	Нарушение сна		
О2	Дисфорическое настроение		
О3	Двигательные нарушения		
О4	Снижение толерантности к стрессу		
СУММА БАЛЛОВ			

ГЗ. ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНАЯ ШКАЛА Йеля-Брауна

Оригинальное название: Y-BOCS — (Yale-Brown obsessive-compulsive scale) [97;98].

Тип (подчеркнуть):

- шкала

- опросник

Назначение:

Представляет собой клиническое пособие для определения степени тяжести обсессивных и компульсивных симптомов. Разработана Вейном Гудманом (англ. Wayne Goodman) и его коллегами в Йельском и Брауновском университетах]. Шкала определяет степень выраженности симптомов вне зависимости от формы обсессий и компульсий.

Содержание:

Шкала состоит из **10 пунктов**, 5 из которых рассматривают степень выраженности обсессивных симптомов, 5 — выраженность компульсий. Все 10 пунктов шкалы заполняются в ходе проведения клинического интервью, после чего подсчитывается общий балл. Каждый из пунктов оценивается по **5-балльной системе от 0 до 4 баллов**.

По каждому пункту определяется средняя степень выраженности симптомов в течение последней недели. Посредством повторного и последовательного использования шкалы проводится динамическая оценка проводимого лечения

Подшкала obsessions

1. Общая продолжительность Ваших навязчивых мыслей (obsessions) в течение суток составляет:

- не наблюдаются вообще
- по совокупности меньше часа
- по совокупности 1-3 часа в течение дня
- по совокупности 3-8 часов в течение дня
- по совокупности более 8 часов в течение дня

2. Степень нарушения повседневной жизни вследствие наличия навязчивых мыслей:

- совсем не нарушена
- нарушена слабо
- чувствуется негативное влияние, но образ жизни прежний
- сильно нарушен повседневный образ жизни
- образ жизни полностью нарушен

3. Уровень психологического дискомфорта вследствие навязчивых мыслей:

- не испытываю вообще
- испытываю слабый дискомфорт
- испытываю сильный дискомфорт, но в общем, чувствую себя хорошо
- испытываю сильный дискомфорт и это сказывается на моем самочувствии
- практически весь день испытываю очень сильный дискомфорт

4. Сопротивление obsessions:

- в состоянии им сопротивляться практически всегда
- могу оказать сопротивление большей части obsessions
- иногда я могу оказать им хорошее сопротивление
- чаще всего я не могу сопротивляться им
- не в состоянии сопротивляться obsessions

5. Степень контроля над obsessions:

- obsessions полностью находятся под моим контролем
- в большинстве случаев я контролирую их
- иногда мне удается контролировать obsessions
- могу контролировать их незначительно
- мои obsessions неконтролируемы

Подшкала compulsions

1. Ваша продолжительность навязчивых действий, ритуалов (compulsions) в течении суток:

- не наблюдаются вообще

- по совокупности меньше часа
- по совокупности 1-3 часа в течение дня
- по совокупности 3-8 часов в течение дня
- по совокупности более 8 часов в течение дня

2. Степень нарушения повседневной жизни:

- совсем не нарушают
- оказывают слабое влияние
- чувствуется негативное влияние, но образ жизни прежний
- сильно нарушают повседневный образ жизни
- образ жизни полностью нарушен

3. Уровень психологического дискомфорта:

- не испытываю вообще
- испытываю слабый дискомфорт
- испытываю сильный дискомфорт, но в общем, чувствую себя хорошо
- испытываю сильный дискомфорт и это сказывается на моем самочувствии
- практически весь день испытываю очень сильный дискомфорт

4. Сопротивление компульсиям:

- в состоянии им сопротивляться практически всегда
- могу оказать сопротивление большей части компульсий
- иногда я могу оказать им хорошее сопротивление
- чаще всего я не могу сопротивляться им
- не в состоянии сопротивляться компульсиям

5. Степень контроля над компульсиями:

- компульсии полностью находятся под моим контролем
- в большинстве случаев я контролирую их
- иногда мне удается контролировать компульсии
- могу контролировать их незначительно
- мои компульсии неконтролируемы

Измерение степени тяжести обсессивно-компульсивного расстройства с помощью шкалы Йеля — Брауна позволяет наблюдать клиническую динамику расстройства. Шкала является широко используемым и имеющим высокую валидность клиническим пособием

		Отсутствует	Слабо выражен	Умеренно выражен	Сильно выражен	Крайняя степень тяжести
1	Продолжительность навязчивостей в течение дня	0	1 < 1 часа	2 1 - 3 часа	3 3 - 8 часов	4 > 8 часов

1b	Светлые промежутки (время без навязчивостей)	0 Навязчивостей не бывает	1 Долгие	2 Довольно долгие	3 Короткие	4 Очень короткие
2	Влияние навязчивостей на социальную активность больного	0	1	2	3	4
3	Дистресс вследствие навязчивостей	0	1	2	3	4
4	Борьба с навязчивостями	0 Всегда борется	1	2	3	4 Полностью подчинен навязчивостям
5	Способность контролировать навязчивости	0 Полностью контролирует	1 Сильно выражена	2 Умеренно выражена	3 Слабо выражена	4 Не контролирует навязчивости
6	Продолжительность компульсий в течение дня	0	1 < 1 часа	2 1 - 3 часа	3 3 - 8 часов	4 > 8 часов
6b	Светлые промежутки (время без компульсий)	0 Компульсий не бывает	1 Долгие	2 Довольно долгие	3 Короткие	4 Очень короткие
7	Влияние навязчивостей на социальную активность больного	0	1	2	3	4

8	Дистресс вследствие навязчивостей	0	1	2	3	4
9	Борьба с компульсиями	0 Всегда борется	1	2	3	4 Полностью подчинен компульсиям
10	Способность контролировать компульсии	0 Полностью контролирует	1 Сильно выражена	2 Умеренно выражена	3 Слабо выражена	4 Не контролирует компульсии

Сумма баллов подшкалы obsessions (1 - 5) ____

Сумма баллов подшкалы compulsions (6 - 10) ____

Общая сумма баллов признаков 1 - 10 ____

Оценка суммарного балла

0—7 — Субклиническое состояние.
8—15 — Обсессивно-компульсивное расстройство легкой степени выраженности.
16—23 — Обсессивно-компульсивное расстройство средней степени тяжести.
24—31 — Обсессивно-компульсивное расстройство тяжелой степени.
32—40 — Обсессивно-компульсивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести

К шкале прилагаются перечень из 58 наиболее распространенных видов навязчивого поведения: пациенту предлагается отметить те, которые он отмечает у себя, особенно выделив наиболее беспокоящие.

СПИСОК НАВЯЗЧИВОСТЕЙ

№	Субъективная жалоба
НАВЯЗЧИВЫЕ МЫСЛИ	
1	Я боюсь, что могу причинить себе вред
2	Я боюсь, что могу причинить вред другим людям
3	Я представляю себе ужасные сцены

4	Я боюсь, что могу неконтролируемо выругаться в классе (в общественном месте)
5	Я боюсь сделать что-либо неприличное (смушающее)
6	Я боюсь, что могу осуществить нежелательное действие
7	Я боюсь, что могу украсть чужую вещь
8	Я боюсь, что могу навредить другим людям из-за своей неосторожности
9	Я боюсь, что могу быть виновен в каком-нибудь ужасном происшествии
10	Я испытываю отвращение к физиологическим отправлениям или выделениям естественной секреции
11	Я обеспокоен возможностью контакта с грязью или микробами
12	Я чрезмерно обеспокоен загрязнением окружающей среды
13	Я чрезмерно опасаясь некоторых домашних моющих средств
14	Я чрезмерно опасаясь возможности загрязнения от животных
15	Я опасаясь липких веществ или липких остатков (липкой грязи)
16	Я обеспокоен тем, что могу заболеть из-за загрязнения
17	Я обеспокоен тем, что могу загрязнить других людей
18	У меня есть сексуальные мысли, представления и желания извращенного характера
19	У меня есть навязчивые мысли о сексуальных отношениях с детьми или близкими родственниками
20	У меня есть навязчивые мысли относительно гомосексуализма
21	У меня есть навязчивые мысли относительно агрессивного сексуального поведения по отношению другим людям
22	У меня есть навязчивые мысли относительно сбережения и накопления различных вещей
23	Я беспокоюсь по поводу своих кошмарных и богохульных мыслей
24	Я чрезмерно обеспокоен морально-этическими проблемами

25	У меня есть навязчивые мысли относительно симметрии или точности
26	Я чувствую необходимость запоминать различные малозначительные вещи и подробности
27	Я боюсь говорить о некоторых вещах
28	Я боюсь неточно или неправильно высказаться
29	Я боюсь чего-нибудь потерять
30	Я обеспокоен навязчивыми нейтральными умственными образами
31	Я обеспокоен навязчивыми мысленными ненужными звуками, словами или музыкой
32	Меня беспокоят некоторые звуки или шумы
33	У меня есть удачливые и неудачливые числа
34	Некоторые цвета имеют для меня специальное значение
35	У меня есть суеверные опасения
36	Я обеспокоен тем, что, возможно, чем-то болен
37	Я чрезмерно обеспокоен некоторыми частями моего тела и моей внешностью
НАВЯЗЧИВЫЕ ДЕЙСТВИЯ	
38	Я вымываю мои руки чрезмерно тщательно или особым ритуальным способом
39	Я купаюсь, чищу зубы или посещаю туалет в особой последовательности (ритуально)
40	Я постоянно (навязчиво) очищаю предметы домашнего обихода или другие неодушевленные вещи
41	Я осуществляю различные действия для предотвращения контакта с загрязнением
42	Я часто проверяю, не навредил ли я другим людям
43	Я часто проверяю, не навредил ли самому себе
44	Я проверяю, не случилось ли что-нибудь ужасное

45	Я проверяю, не сделал ли я ошибку
46	Я проверяю некоторые аспекты моего физического состояния, связанного с навязчивыми идеями относительно моего тела
47	Я часто перечитываю или переписываю что-либо
48	Я испытываю потребность повторять действия определенной направленности
49	Я испытываю потребность что-либо считать
50	Я испытываю потребность наводить порядок
51	Я испытываю потребность что-либо накапливать или собирать
52	У меня есть мысленные ритуалы (отличные от навязчивой проверки и счета)
53	Я испытываю потребность кому-либо высказаться (исповедаться), о чем-либо попросить или в чем-либо признаться
54	Я испытываю потребность к чему-либо прикасаться или обо что-либо тереться
55	Я предпринимаю меры, отличающиеся от проверки, чтобы предотвратить возможный вред или ужасные последствия непосредственно для меня или кого-то другого
56	Я принимаю пищу, соблюдая определенный ритуал
57	Я соблюдаю приметы и суеверия
58	Я выдергиваю свои волосы

При объективном наблюдении лечащий врач или другой персонал может делать отметки об obsessions на другом бланке

№	Объективное проявление
НАВЯЗЧИВЫЕ МЫСЛИ	
1	Опасается того, что может пораниться при еде ножом и вилкой или при работе с остроконечными предметами, опасается проходить около стеклянных окон.

2	Опасается того, что может отравить чью-либо пищу; что может нанести вред младенцам, столкнуть кого-либо под поезд; опасается возможности причинить вред чьим-либо чувствам; будучи ответственным в чем-либо, опасается того, что не сможет предотвратить возможную катастрофу или причинить кому-либо вред, дав плохой совет.
3	Воображает сцены убийств, расчлененные тела и органы или другие отвратительные сцены.
4	Опасается непроизвольно выкрикнуть ругательство в общественном месте (например, церкви), опасается непроизвольно написать ругательство или неприличное слово.
5	Опасается глупо выглядеть в общественных ситуациях (на людях).
6	Опасается врезаться на автомобиле в дерево, опасается толкнуть кого-нибудь на бегу или случайно зарезать ножом друга.
7	Опасается того, что может случайно обмануть кассира или украсть в магазине недорогую вещь.
8	Опасается неосознанно спровоцировать несчастный случай (например, автомобильную аварию).
9	Опасается возникновения пожара в доме или кражи после недостаточной проверки помещения перед отъездом.
10	Опасается контакта с вирусом СПИДа, раком или другими болезнями в публичных местах отдыха; опасается собственной слюны, мочи, фекалий, спермы или вагинальных выделений.
11	Опасается возможности «подхватить» микробы при сидении на общественных стульях, рукопожатии или при прикосновении к ручкам двери.
12	Опасается загрязнения окружающей среды асбестом, радоном, радиоактивными веществами, опасается контактировать с вещами из городов, содержащих токсические отходы.

13	Опасается моющих средств для ванной и кухни, средств против насекомых, скипидара, растворителей и т.д.
14	Опасается загрязнения при контакте с насекомыми, собаками, кошками или другими животными.
15	Опасается возможности испачкаться липкой лентой (например, скотчем) или другими липкими веществами, которые могут использоваться как ловушки (например, для насекомых).
16	Опасается получить заболевание вследствие загрязнения (убежденность в этом меняется в зависимости от того, как быстро болезнь возникает после загрязнения).
17	Опасается прикасаться к другим людям или готовить пищу для других после того, как прикасался к каким-либо ядовитым веществам (например, бензину) или после того, как дотрагивался до собственного тела.
18	Недопустимые мысли сексуального характера относительно незнакомцев, членов семьи или друзей.
19	Недопустимые мысли сексуального характера относительно своих собственных или чужих детей.
20	Обеспокоен мыслями, типа «не гомосексуалист ли я?» или «что, если я внезапно стану геем?», когда не имеется никакого основания для этих мыслей.
21	Недопустимые мысли об агрессивных сексуальных действиях по отношению к взрослым незнакомцам, друзьям или членам семьи.
22	Обеспокоен тем, что отказался или выбросил какие-нибудь незначительные вещи, которые в будущем, возможно, могли бы пригодиться. Навязчивое желание приобретать или собирать (подбирать на улице) различные бесполезные вещи.
23	Обеспокоен наличием богохульных мыслей, богохульных высказываний или возможностью быть наказанным за такие мысли.

24	Обеспокоен относительно того, всегда ли (или в каком-то конкретном случае) поступал правильно, говорил правду, не нарушал морально-этические нормы.
25	Обеспокоен точностью (симметричностью) выравнивания различных бумаг, газет или книг, симметричностью почерка, написания различных вычислений и т.д.
26	Стремится запоминать номера лицензий, имена актеров телевизионных фильмов, старые номера телефонов, наклейки на бамперах или лозунгах футболки и т.д.
27	Опасается говорить некоторые слова (например, «тринадцать») из-за суеверия, опасается непочтительно высказаться по отношению к умершему, опасается использовать слова с апострофом (потому что это обозначает высокое происхождение).
28	Опасается того, что сказал что-либо неточно или не использовал наиболее совершенный (удачный, современный) словесный оборот.
29	Обеспокоен возможностью потерять бумажник или другие незначительные вещи (например, бумагу для записей).
30	Случайные, нежелательные образы, сцены, картины в мыслях.
31	Постоянно повторяющиеся слова, песня или музыка в мыслях таким образом, что невозможно их прекратить.
32	Обеспокоен тиканьем часов или голосов в другой комнате, которые могут мешать заснуть.
33	Обеспокоен относительно некоторых обычных чисел (например, тринадцать), из-за чего некоторые дела совершает только в определенные удачливые дни (числа месяца) или определенное удачливое время дня.
34	Опасается из-за суеверия использовать предметы определенных цветов (например, черный может быть связано со смертью, красный - с кровью и ущербом).

35	Опасается катафалка, черного кота; опасается ходить через кладбище, опасается других предзнаменований, связанных со смертью.
36	Обеспокоен тем, что, возможно, болен раком, СПИДом или сердечным заболеванием, несмотря на заверения врачей в том, что ничего нет.
37	Обеспокоен тем, что лицо, уши, нос, глаза, или другая часть тела выглядит отвратительно, уродливо, несмотря на заверения окружающих в том, что все в порядке.
НАВЯЗЧИВЫЕ ДЕЙСТВИЯ	
38	Моет руки много раз в день или достаточно длительно после того, как прикоснулся (или показалось, что прикоснулся) к чему-либо загрязненному. Это может включать мытье только кистей рук или мытье рук по всей длине.
39	Купается под душем или принимает ванну в специальном порядке, причем длиться это может нескольких часов. Если последовательность прервана, весь процесс начинает повторно.
40	Чрезмерная чистка кранов, туалета, мытье пола, кухонной посуды и т.д.
41	Обращается к членам семьи с тем, чтобы они правильно использовали и своевременно удаляли инсектициды, мусор, остатки бензина, сырое мясо, краски, лак, лекарства в медицинском кабинете, испражнения котенка и т.д. Если нет возможности избежать этих вещей, использует перчатки или другие защитные средства (например, насос для бензина).
42	Проверяет, не травмировал ли кого-нибудь случайно и теперь не знает этого (спрашивает у других людей или звонит по телефону, чтобы удостовериться, что все в порядке).
43	После работы с острыми или ломкими предметами осматривает себя в поиске травматических повреждений и кровотечений. Обращается к врачам с просьбой проверить, не повредил ли себе что-нибудь.

44	Из газет, радио и телевидения пытается узнать новости относительно некоторой катастрофы, в которой, как ему кажется, он повинен. Также спрашивает других людей о том, не является ли он причиной несчастного случая.
45	Перед отъездом из дома неоднократно проверяет замки на дверях, электрические приборы; при чтении, письме или выполнении простых вычислений повторно проверяет, чтобы удостовериться, что не сделал ошибки (никак не может убедиться, что не сделал ошибку).
46	При помощи друзей и врачей пытается убедиться, что не имеет сердечного приступа или не болен раком; неоднократно обращаясь с просьбой измерить пульс, давление крови или температуру; принимает к запахам своего тела; придирчиво осматривает себя в зеркале, пытаясь обнаружить уродливые особенности.
47	Часами читает и перечитывает несколько страниц в книге, волнуясь из-за того, что чего-то мог не понять или понять неправильно, или часами пишет короткое письмо, пытаясь подобрать наиболее совершенное слово или фразу, убежденный в существовании определенной формы (стандарта) написания письма.
48	Повторяет различные действия: включает и выключает электроприборы, расчесывает волосы, входит и выходит из дверного проема или смотрит в особом направлении (повторно оглядывается специфическим образом), при этом не чувствует комфорта, пока не осуществит эти действия определенное количество раз или определенное количество времени.
49	Считает различные объекты: плитки на потолке или на полу, книги в книжном шкафу, гвозди в стене, или даже зерна песка на пляже; подсчитывает повторение некоторых действий, типа мытья посуды.
50	Поправляет бумагу, авторучки на рабочем столе или книги в книжном шкафу, тратя впустую часы; раскладывает дома вещи в определенном порядке и очень расстраивается, если этот порядок нарушен.
51	Оставляет старые газеты, записки, упаковки, бумажные полотенца, обертки, пустые бутылки, считая, что они когда-нибудь могут понадобиться; собирает бесполезные вещи на улице или в мусорных баках.

52	Мысленно выполняет ритуалы, например, произносит различные просьбы или пытается «хорошей» мыслью уничтожить «плохую» мысль. В отличие от навязчивых идей мысленные ритуалы выполняются преднамеренно, чтобы уменьшить внутреннюю тревогу и дискомфорт.
53	Чтобы уменьшить внутреннюю тревогу и дискомфорт просит других людей убедить его в том, что они никогда не признавали его поведение неправильным, и в том, что они верят, что он всегда мог подобрать нужные слова.
54	Прикасается к грубым поверхностям (например, древесине), к горячим поверхностям (например, раскаленной печке) или определенным объектам (например, к телефону), незаметно слегка прикасается к другим людям; веря в то, что такие действия должны предотвратить заболевание или несчастье в семье.
55	Старается находиться подальше от острых или хрупких предметов, типа ножей, ножниц или хрупких стеклянных вещей.
56	Перед приемом пищи раскладывает нож и вилку в специальном порядке, ест только в определенное время и принимает продукты, строго соблюдая определенную последовательность.
57	Не садится в автобус или поезд, если его номер содержит «несчастливое» число (например, тринадцать), не выходит из дома в определенные числа месяца (например, тринадцатого), выбрасывает одежду, в которой был на похоронах или на кладбище.
58	Выдергивает волосы из головы, век, ресниц или лобковой области, используя пальцы или пинцет. Выдергивает волосы до появления лысин, которые вынуждают носить парик, и даже гладкие брови или веки продолжает щипать.

Г4. ШКАЛА КРАТКОЙ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Оригинальное название: Brief negative symptoms scale (BNSS) [99-102]

Тип (подчеркнуть):

- шкала
- индекс
- опросник

Назначение:

Проведение оценки наличия и тяжести негативных симптомов шизофрении

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

По всем пунктам шести субшкал наиболее высокие баллы соответствуют наибольшим нарушениям/проявлениям симптомов. Общий балл по шкале подсчитывается путем суммирования 13 отдельных пунктов; баллы по субшкалам подсчитываются путем суммирования отдельных пунктов в рамках каждой субшкалы.

Шкала переживания дистресса имеет лишь один пункт, который определяет степень отсутствия переживания дистресса, но в остальном эта субшкала обрабатывается аналогичным образом.

По шкале BNSS возможно набрать от 0 до 78 баллов.

Шкала позволяет проводить оценку двух доменов негативного симптомокомплекса у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Апато-абулический домен оценивается подсчетом баллов по субшкалам ангедонии, волевых нарушений и социальной отгороженности.

Экспрессивный дефицит оценивается по субшкалам притупленного аффекта и алогии.

I. ПОДШКАЛА ОЦЕНКИ АНГЕДОНИИ

Вопросы для пациента. Пункты 1 и 2

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

ФИЗИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ: *Было ли ещё что-то, что доставляло 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 103 потери интенсивности
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. *Крайне тяжелая степень*: : отсутствие получаемого удовольствия на протяжении всей предыдущей недели.

ПУНКТ 3. ИНТЕНСИВНОСТЬ ОЖИДАЕМОГО УДОВОЛЬСТВИЯ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В БУДУЩЕМ

Вопросы для пациента

Если пациент испытывал удовольствие от некоторых видов деятельности на прошлой неделе: Вы сказали, что получили удовольствие (от) (выше перечислите виды деятельности). Вы собираетесь снова этим заняться в ближайшее время?

Если да: Как Вы думаете, что Вы будете чувствовать, когда будете этим заниматься?

Если пациент не испытывал удовольствия от каких-либо видов деятельности на прошлой неделе: Есть ли какие-то виды деятельности, которые Вы ждете с радостью? Есть ли что-нибудь ещё, что 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 прошедших 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 СОЦИАЛЬНО 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 ещё?

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 чувствовали себя одиноким?

Если пациент социально неактивен: *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 ощущение:* 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 своё время. Много ли 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, когда 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: *Что именно Вы сделали?*

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 проводили 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 принимали душ/ванну на прошлой неделе? Как часто Вы убрали свою квартиру/комнату/дом? Приходилось ли кому-нибудь напоминать Вам это сделать? (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.
6. *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.
7. *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 неё?*

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? Какое у Вас хобби? Вы думали о них на этой неделе?*

Уход за собой : *Вы чувствуете 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 нарушений* : 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* : жестикация вполне в пределах нормы; пациент использует большое количество жестов с помощью рук, кистей, плеч, головы и/или тела в процессе рассказа об эмоциональных переживаниях.

1. *Минимальная степень дефицита*: очень легкое снижение частоты использования экспрессивной жестикации; сомнительная клиническая значимость; наблюдается легкое снижение использования рук, кистей, головы или тела.
2. *Умеренная степень нарушений*: умеренное снижение частоты использования экспрессивной жестикации; использует, по крайней мере, два экспрессивных жеста в процессе рассказа о каждом эмоциональном переживании.
3. *Умеренная степень дефицита*: осязаемое снижение частоты использования экспрессивной жестикации; может использовать один едва заметный жест при ответе на каждый вопрос.
4. *Выраженная степень дефицита*: значительные нарушения при использовании экспрессивной жестикации, 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 жестикации. 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 жестикации; практически отсутствуют движения руками, кистями, головой или телом в процессе рассказа обо всех эмоциональных переживаниях.

VI. ПОДШКАЛА ОЦЕНКИ АЛОГИИ

ПУНКТ 12. КОЛИЧЕСТВО РЕЧИ

0. *Отсутствие нарушений*: предусмотренное нормой количество речи или пациент говорит очень много.

1. *Минимальная степень дефицита*: сомнительное снижение количества речи; ответы, чаще всего, лаконичны.
2. *Умеренная степень нарушений*: ответы, как правило, краткие.
3. *Умеренная степень дефицита*: многие ответы состоят из одного или двух слов.
4. *Выраженная степень дефицита*: по крайней мере, половина ответов состоит из одного или двух слов.
5. *Значительно выраженная степень дефицита*: большинство ответов состоит из одного или двух слов.
6. *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.