

«Утверждаю»

Президент Российского общества психиатров

Н.Г. Незнанов

«24» августа 2021



Клинические рекомендации

Шизофрения

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

F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.6, F20.8, F20.9

Возрастная группа:

Дети

Год утверждения:

2021

Разработчик клинической рекомендации:

- **Российское общество психиатров**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенеззаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиологиязаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	8
1.5 Классификациязаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
1.6 Клиническая картиназаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	16
2.1 Жалобы и анамнез	16
2.2 Физикальное обследование.....	16
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	19
2.4 Инструментальные диагностические исследования	20
2.5 Иные диагностические исследования.....	21
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	22
3.1 Лечение антипсихотическими средствами	23
3.2 Лечение препаратами группы антидепрессантов	28
3.3 Лечение препаратами других групп.....	29
3.4 Лечение психотерапией.....	30
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	32

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	34
6. Организация оказания медицинской помощи	35
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	36
Критерии оценки качества медицинской помощи	37
Список литературы.....	39
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	57
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	58
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	60
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	61
Приложение В. Информация для пациента	62
Приложение Г1-Г2. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	66

Список сокращений

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

PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – шкала оценки позитивных
и негативных синдромов

PSP – Personal and social functioning scale – шкала повседневного социального
функционирования.

SCI - Structured clinical interview – структурированное клиническое интервью

АТ – аутогенная тренировка

АТХ – анатомио-терапевтическая химическая (классификация)

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ГАМК – гаммааминомасляная кислота

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

КР – клинические рекомендации

КТ – компьютерная томография

МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

РКИ – рандомизированное клиническое исследование

РОП – Российское общество психиатров

СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

ФГБУ – Федеральное государственное бюджетное учреждение

фМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография

Ш – шизофрения

ЭКГ – электрокардиография

ЭЭГ – электроэнцефалография

Термины и определения

Дефект типа Verschrobene – (от нем. Verschrobene – «чудак») – негативные личностные изменения, нарастающие с течением шизофрении, включающие в себя чуждаковатость, эксцентричность, эмоциональную холодность, склонность к формированию сверхценных образований.

Прогрессиентность – темп нарастания негативной симптоматики в клинической картине шизофрении, определяющий характер личностных и когнитивных изменений в структуре дефекта.

Психический дизонтогенез – нарушение развития психики в целом или её отдельных составляющих, нарушение темпов и сроков развития отдельных сфер психики и их компонентов.

Синдром Кандинского-Клерамбо – галлюцинаторно-параноидный синдром или синдром психического автоматизма, включающий в себя бред преследования и воздействия, явления психического автоматизма и псевдогаллюцинации.

Скрининг – сбор информации (как правило, анкетирование) для выделения группы специфического риска из общей популяции, оценки их потребности в дальнейшей углубленной клинической диагностике и оказании необходимой лечебно-коррекционной помощи (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы психических расстройств. Скрининг проводится специалистами учреждений первичного звена здравоохранения (педиатрами, неврологами, медицинскими психологами).

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Шизофрения (далее - Ш) – хроническое психическое расстройство, встречающиеся во взрослом и в детском возрасте. Для него характерны различные клинические проявления, поэтому отдельные формы шизофрении в совокупности с разными типами ее течения создают причудливый континуум индивидуальных клинических случаев. Шизофренические расстройства обычно характеризуются существенными и характерными искажениями мышления и восприятия, а также неадекватными аффектами. Ясное сознание и интеллектуальные способности обычно сохраняются, хотя с течением времени может иметь место определенное снижение познавательных способностей. Важнейшая психопатологическая симптоматика включает ощущение отражения мыслей (эхо мыслей), вкладывание чужой или похищение собственной мысли, передачу мысли на расстояние; бредовое восприятие и бред контроля извне; инертность; слуховые галлюцинации, комментирующие или обсуждающие больного в третьем лице; беспорядочность мысли и симптомы негативизма. Течение шизофренических расстройств может быть продолжительным или эпизодическим с прогрессированием или стабильностью нарушений; это может быть один или несколько эпизодов болезни с полной или неполной ремиссией [1].

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

Шизофрения – предположительно полиэтиологическое заболевание, этиология и патогенез которого до настоящего времени остаются неизвестными. Существует большое количество теорий и гипотез ее происхождения, в той или иной мере выделяющих различные факторы наследственности и воздействия окружающей среды.

Многочисленные исследования постулируют высокую роль наследственной патологии в происхождении шизофрении [2]. Наследование носит сложный, полигенный характер и, вероятно, реализация заболевания зависит от накопления патологических факторов в ряду поколений, в определенный момент достигающих в совокупности некой критической величины. Убедительные доказательства роли наследственности в происхождении шизофрении предоставляют генеалогические и близнецовые (сибсовые)

исследования [3][4]. В то же время принято считать, что в половине случаев шизофрении ведущую роль играют случайные мутации, которые отсутствуют в геноме родителей больного.

Объяснению механизма реализации генетической патологии при шизофрении посвящена так называемая катехоламиновая (дофаминовая) гипотеза шизофрении, возникшая как следствие изучения антипсихотического действия нейролептиков. Исследования показали, что у больных шизофренией в ряде областей мозга повышена концентрация дофамина [5]. Попытки связать эти факты с «перенапряжением системы поощрения» не увенчались успехом. Аналогичные гипотезы выдвигались также в отношении роли глутамата и нарушений в ГАМКергической и холинергической нейромедиаторных системах.

Современными методами нейровизуализации, прежде всего – ПЭТ-КТ и фМРТ выявлены многочисленные изменения в структуре и в функциональных особенностях мозга больных шизофренией. Выявлены деграция серого вещества, увеличение желудочков мозга, изменение функциональной активности лобных и височных долей, гиппокампа [6][7][8]. Однако не было доказано, что указанные изменения не связаны, например, с приемом психофармакологических препаратов, алкоголя или с последствиями малоподвижного и когнитивно-обедненного образа жизни.

Многочисленные социальные факторы, такие как бедность, миграция, урбанизация, перенесенное в детстве физическое (включая сексуальное) и эмоциональное насилие, недостаточная эмоциональная поддержка со стороны родителей, одиночество, а также социально обусловленные, например, алкоголизм и употребление марихуаны, были исследованы в последние полвека, однако ни один из них не показал убедительной причинно-следственной связи с возникновением шизофрении [9].

Актуальной теорией происхождения шизофрении стала в последние годы аутоиммунная теория, сочетающая гипотезы селективного воспалительного процесса, как причины повреждения ряда клеток мозга (или, в более широком контексте, структур) и нейродизонтогенеза [10].

Большинство исследователей связывают неудачи в поиске причин и патогенетических механизмов шизофрении с известной размытостью границ континуума расстройств шизофренического спектра и неспецифичностью большинства фиксируемых симптомов и синдромов. В частности, в клинике детской шизофрении и шизоаффективного расстройства диагностические расхождения при первом и втором

осмотрах могли составлять до 50% случаев [11], что исключает единообразие, столь необходимое в исследованиях.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), шизофренией болеют 0,3% - 0,7% людей во всем мире. В то же время имеются данные, что показатели болезненности могут существенным образом различаться в зависимости от методов, используемых при расчетах. Распространенность и заболеваемость может существенным образом колебаться в зависимости от возраста, пола, национальной принадлежности, места жительства [12]. Известно, что мужчины болеют в среднем в 1,4 раза чаще женщин, причем эта разница формируется в основном за счет возрастной группы до 30 лет [13]. В детском возрасте шизофрения встречается редко [14], доля людей, заболевших шизофренией в детском возрасте составляет менее 1% [15] (по данным других авторов – до 4%) [16]. Среди детей, признанных инвалидами вследствие психического расстройства в России, дети, больные шизофренией, составляют 4,4% [17]. По последним эпидемиологическим данным в России показатели общей заболеваемости детей шизофренией увеличились на 6,5% с 13,53 : 100 тыс. населения в 2000 г. до 14,41 : 100 тыс. населения в 2018 г., а в группе подростков показатель заболеваемости шизофренией возрос на 44,7% с 54,61 : 100 тыс. населения в 2000 г. до 79,03:100 тыс. населения в 2018 г. [18], однако причины столь значительного роста статистических показателей могут быть не связаны непосредственно с ростом числа заболевших.

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

В МКБ-10 и в DSM-V нет специальной рубрики для обозначения шизофрении, развившейся у детей или подростков. Высказывается мнение, что, поскольку клиническая картина шизофрении взрослых и детской шизофрении одинакова, детская шизофрения не должна быть отдельным расстройством [19]. В адаптированной для использования в Российской Федерации версии МКБ-10 детский тип шизофрении включается в раздел F20.8 (другой тип шизофрении), её код — F20.8xx3. В данную подрубрику включаются случаи шизофрении, которые начинаются в детском возрасте и характеризуются своеобразием и полиморфизмом клинической картины. Включаются также возникающие

в раннем детстве случаи шизофрении с выраженным олигофреноподобным дефектом (в силу схожей с олигофренией выраженной задержки психического развития) [20].

Таким образом, Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, включает рубрики:

F 20.0 – Параноидная шизофрения

F 20.1 – Гебефреническая (гебефренная) шизофрения

F 20.2 – Кататоническая шизофрения

F 20.3 – Недифференцированная шизофрения

F 20.5 – Остаточная (резидуальная) шизофрения

F 20.6 – Простая шизофрения

F 20.8 – Шизофрения, другой тип, в том числе F 20.8xx3 – шизофрения у детей

F 20.9 – Шизофрения неуточненная

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Для классификации и диагностики шизофрении, как у взрослых, так и у детей, в настоящее время во всем мире используются две основные классификации, имеющие статус международных: МКБ-10, выпущенная под руководством ВОЗ, и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам DSM-V (англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), разработанное Американской психиатрической ассоциацией. В России используется Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации [21]. Диагностические и классификационные рубрики, используемые в МКБ-10, приведены в разделе 1.4. настоящих клинических рекомендаций.

***Комментарии:** традиционные классификации шизофрении, существующие со времен Э. Крепелина и Э. Блейлера, а в отечественной психиатрии наиболее полно разработанные А. В. Снежневским и его учениками и коллегами [22], до настоящего времени не утратили своей актуальности. Благодаря классическому клиническому подходу в МКБ-10 сохраняются клинические формы шизофрении, учитывается тип течения, а в исследовательской и лечебной практике значительное внимание уделяется таким факторам, как особенности течения и терапии первого эпизода, позитивная и негативная симптоматика, аффективные и когнитивные расстройства в составе клинической картины шизофрении. Собственно говоря, именно этими особенностями и определяется столь высокая вариабельность индивидуальных случаев внутри общего*

континуума шизофренических расстройств. Современная центробежная тенденция, присутствующая в структуре МКБ-10 и DSM-V, и приведшая к формированию таких самостоятельных диагностических категорий, как, например, шизотипическое расстройство (латентная шизофрения, неврозоподобная шизофрения) или шизоаффективные расстройства (приступообразная шизофрения), имеет и обратную сторону, проявляющуюся в создании в DSM-V категории «расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства», указывающую на этиопатогенетическое и клиническое родство данных форм психической патологии [23], притом что отдельные формы шизофрении были из классификации удалены.

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

Клиническая картина шизофрении является крайне полиморфной и может включать в свой состав различные симптомы и синдромы, отличающиеся большей или меньшей специфичностью. Абсолютно патогномичных симптомов, позволяющих с уверенностью диагностировать шизофрению, нет. В любом случае симптомы и синдромы оцениваются в совокупности. В МКБ-10 для диагностики шизофрении используются следующие общие критерии [24]:

1. Эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость);
2. Бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
3. Галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;
4. Стойкие бредовые идеи другого рода, которые не адекватны для данной социальной культуры и не имеют рационального объяснения по своему содержанию;
5. Постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель;
6. Прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи; или неологизмы;
7. Кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость,

негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье;

8. «Негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; эти признаки не обусловлены депрессией или лекарственной нейролепсией;

9. Значительное последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Для диагностики шизофрении необходимо наличие, как минимум, одного четкого симптома (или 2-х менее отчетливых симптомов), принадлежащего к перечисленным выше признакам 1-4, или 2 симптомов, относящихся к признакам 5-9, которые должны отмечаться на протяжении не менее одного месяца.

МКБ-10 предлагает как общие диагностические критерии (см. выше), так и частные критерии, необходимые для диагностики отдельных форм шизофрении (см. разделы 1.4 и 1.5 настоящих клинических рекомендаций).

Комментарий: у шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, есть ряд особенностей, отличающей ее клиническую картину от типичной для взрослых. Клинические проявления при шизофрении у детей подразделяются на 2 группы: (1) симптомы и синдромы характерные для шизофрении (кататонические, гебефренические, галлюцинаторные, бредовые, психопатоподобные, аффективные и др.), которые у детей отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, незавершенностью отдельных компонентов и всего синдрома в целом, транзиторностью и изменчивостью; (2) синдромы, характерные для детского возраста (страхи, фантазии, нарушения речи) и подросткового периода (дисморфофобия, анорексия, приобретающая черты бредовой убежденности), отличаются в сравнении с симптоматикой подобного рода, наблюдающейся у детей с иными психическими заболеваниями, специфическим оттенком, обусловленным шизофренией. Они могут быть атипичны, гротескны, вычурны, нелепы. Симптомы шизофренического дефекта у больных развиваются параллельно с продолжающимся на фоне заболевания психофизическим развитием. Так, при шизофрении у детей с непрерывным типом течения, в симптоматике дефекта, наряду с чертами специфического эмоционально-волевого поражения, могут выступать явления психического недоразвития, напоминающие интеллектуальный дефект при умственной отсталости – так называемый «олигофреноподобный» дефект.

Диагноз параноидной шизофрении (F20.0) ставится при преобладании в клинической картине бреда (преследования, отношения, значения, ревности, особого предназначения и др.) и обманов восприятия, как правило – слуховых истинных и псевдогаллюцинаций (угрожающие, комментирующие, бранящие пациента галлюцинаторные голоса или невербализованные звуки, такие как шум, свист, стук; реже встречаются зрительные, вкусовые и тактильные галлюцинации; возможны сенестопатии). При параноидной шизофрении возможны, но не занимают, как правило, доминирующего положения в клинической картине, расстройства речи, эмоциональной сферы, кататония.

***Комментарий:** параноидная шизофрения сходная в целом с таковой у взрослых, крайне редко встречается в дошкольном возрасте; как правило она развивается не ранее 7-9 лет. У детей параноидная шизофрения характеризуется большим полиморфизмом и рудиментарностью психопатологических синдромов, бедностью и однообразием аффективных проявлений, быстрой сменой состояний. Параноидная шизофрения развивается в форме непрерывнотекущей или приступообразно-прогредиентной. При первом варианте в клинической картине у детей (9-10 лет) преобладают синдромы бредоподобного фантазирования, часто трансформирующиеся в бред воображения, иногда с псевдогаллюцинациями. Реже встречается бред воображения, в структуре которого значительное место занимают конфабуляции – «ретроградная мифомания». Галлюцинации, как правило, рудиментарны и нестойки, характерна их фрагментарность и своеобразная разделенность галлюцинаторных образов. Они сочетаются с чувством враждебности и чуждости, приближаясь к псевдогаллюцинациям, что дает основание считать их компонентом синдрома психического автоматизма. В возрасте 15-18 лет клиническая картина манифестных форм параноидной шизофрении становится более сходной с описанной у взрослых.*

Диагноз гебефренической (гебефренной) шизофрении (F20.1) ставится при преобладании в клинической картине грубых аффективных нарушений (неадекватных, нелепых, манерных реакций), разорванности мышления и речи, волевых нарушений, проявляющихся в вычурном, бесцельном, бессмысленном поведении. Галлюцинации и бред не доминируют в клинической картине, они фрагментарны и рудиментарны. Гебефреническая шизофрения характерна для юношеского возраста.

***Комментарий:** при гебефренической форме с ранним началом заболевания в первую очередь проявляются дурашливость с гримасничеством, нелепыми действиями,*

повышенная готовность к общению на фоне мутизма, выраженная обнаженность влечений, импульсивные разрушительные действия, гипоманиакальные состояния с явлениями гиперметаморфоза внимания.

При кататонической шизофрении (F20.2) доминирующими проявлениями в клинической картине являются кататонические психомоторные расстройства, проявляющиеся в крайних своих формах ступором или раптусом, негативизмом или автоматическим подчинением. Для диагноза наряду с общими критериями шизофрении необходимы (1) ступор или мутизм, (2) моторное возбуждение не контролируемое пациентом и неподвластное внешним стимулам, (3) застывания в неадекватных, вычурных позах, (4) негативизм или ригидность, (5) восковая гибкость или другие симптомы. Следует отметить, что сами по себе кататонические проявления не являются специфическими для шизофрении, и без иных критериев шизофрении диагноз кататонической формы не ставится.

Комментарий: *кататоническая форма шизофрении часто встречается в дошкольном возрасте. Для детей характерны особые симптомы кататонии, такие как вокализмы (выкрики), стереотипные движения, хождение на цыпочках, бег по кругу, вращение на одном месте. Кататоническая шизофрения у детей сопровождается резкими нарушениями поведения (нарушения питания, цикла сон-бодрствование) и регрессом высших психических функций, утратой приобретенных знаний и навыков.*

Диагностическая рубрика «Недифференцированная шизофрения (F20.3)» - используется в тех случаях, когда наблюдаемая клиническая картина соответствует общим критериям шизофрении, но не соответствует в полной мере ни одной из вышеуказанных рубрик, а также остаточной (резидуальной) шизофрении. Резидуальная (остаточная) шизофрения (F20.5) – хроническая стадия (т.н. «исходное состояние») шизофрении, когда на смену нескольким острым эпизодам или непрерывному течению с доминированием позитивных, психотических симптомов, приходит период персистирующей негативной симптоматики («дефект»). Простой тип шизофрении (F20.6) диагностируется в том случае, когда негативная симптоматика значительной выраженности нарастает исподволь, без предшествующих отчетливых психотических эпизодов.

Комментарий: при адаптации МКБ-10 (1999) в Российской Федерации к категории «Другой тип шизофрении (F20.8)» отнесена «Шизофрения, детский тип (F20.8xx3)», манифестирующая в детском возрасте, характеризующаяся специфическим возрастным своеобразием, полиморфизмом клинической картины, злокачественным течением, олигофреноподобным дефектом. Существенное влияние на клиническую картину шизофрении у детей оказывает тип течения (в МКБ-10 он кодируется пятым знаком). **При злокачественной непрерывно текущей шизофрении (F20.x0)** в инициальном периоде отмечается отчуждение от близких, снижение интереса к окружающему, вялость, сочетающаяся с раздражительностью и упрямством. В клинической картине манифестных состояний преобладают кататоническое возбуждение или ступор, подкорковые двигательные стереотипии. Манежный бег, прыжки на одном месте, яктация, гримасы, взмахи руками «как крыльями», хлопки, «червеобразные движения» пальцев рук вытесняют целенаправленные движения. Кататонические проявления сопровождаются симптомами грубого регресса высших психических функций. Олигофреноподобный дефект у больных начинает формироваться уже в манифестном периоде болезни и не преодолевается в течение жизни [25]. При частичной редукции кататонии присоединяются психопатоподобные проявления в виде импульсивной агрессии к окружающим и аутоагрессии, нарушения пищевого поведения. Удержание стула у больных сопровождается вычурными способами дефекации, манипуляциями каловыми массами. В дальнейшем нарастают негативные симптомы – снижение энергетического потенциала, пассивность, истощаемость, аутизация, эмоциональное обеднение, нарушения мышления. **При эпизодическом течении с нарастающим дефектом (F20.x1)** традиционно выделяются несколько вариантов течения. При (1) кататоническом варианте на доманифестном этапе отмечается аутистический дизонтогенез, снижение познавательной активности, раздражительность, фобии. Манифестный этап болезни, как правило, возникает в возрасте 5 лет и старше. Картина психоза полиморфная и изменчивая. Наряду с кататоническими (как правило, возбуждение с двигательными стереотипиями), регрессивными расстройствами, появляются более отчетливые аффективные нарушения, а также рудиментарные галлюцинации (слуховые, зрительные, обонятельные). Течение болезни носит приступообразно-прогредиентный характер. Ремиссии неполные, терапевтические с резидуальными кататоническими стереотипиями, эхо-речью, атипичными аффективными расстройствами с монотонным, продолжительным течением, когнитивным дефицитом. Через 2-4 года

после манифестации шизофрении у детей этой группы формируется олигофреноподобный дефект с аутизацией, эмоциональным снижением, пассивностью. У большинства пациентов приступообразно-прогредиентной шизофренией у детей в процессе развития заболевания позитивная симптоматика дополняется или замещается негативной, формируется когнитивный дефект. Дети с злокачественной непрерывной и приступообразно-прогредиентной шизофренией, перенесшие кататонно-регрессивные приступы, после купирования острых состояний, характеризуются выраженными нарушениями во всех областях социального функционирования. Особенно ярко выражены грубый когнитивный дефект, отсутствие способности к обучению, трудности адаптации в социуме. У больных присутствует безразличие к близким, отсутствие интереса к сверстникам, часто возникают проявления немотивированной агрессии. Такие пациенты нуждаются в постоянном уходе и надзоре, большинство детей данной группы проживают в детских домах-интернатах (ДДИ), а позднее – в психоневрологических интернатах (ПНИ). На протяжении всей жизни у них сохраняются резидуальные продуктивные расстройства: полевое поведение, двигательные стереотипии, агрессия, аутоагрессия. При (2) гебефреническом варианте доманифестный этап характеризуется аутистическим дизонтогенезом, атипичными аффективными расстройствами. Манифестные полиморфные приступы развиваются на 3-4 году жизни. У больных нарушается сон, искажается суточный ритм. Кататонические проявления в форме необычного, громкого, пронзительного или монотонного крика, импульсивных разрушительных действий сочетаются с дурашливостью, гримасничанием, нелепыми поступками, при сохраняющемся мутизме, гиперметаморфозе внимания. Течение болезни носит приступообразно-прогредиентный характер. Ремиссии терапевтические с резидуальными позитивными и негативными расстройствами. Через 4-5 лет после манифестации болезни формируется глубокий когнитивный дефект с отсутствием познавательной активности, астенией, тяжелой аутизацией, нарушениями мышления. Повторные приступы отмечаются преимущественно в кризисные периоды онтогенеза. При (3) параноидном варианте на доманифестном этапе отмечается углубление шизоидных черт личности, когнитивный дизонтогенез. Галлюцинаторно-бредовые приступы возникают преимущественно в пубертатном и подростковом возрасте (13-17 лет) и носят затяжной характер (от 3 месяцев до 2 лет). Эта форма болезни отличается большим полиморфизмом и рудиментарностью психопатологических синдромов, быстрой их сменой, отсутствием спонтанных ремиссий. Ремиссии терапевтические с резидуальной продуктивной

симптоматикой. С годами нарастает искажение психического развития с формированием особой личностной структуры – глубокой шизоидностью, инфантилизмом, своеобразием и странностями в мышлении, моторике, поведении. Формируется личностный дефект типа *Verschroben*. При эпизодическом течении со стабильным дефектом (F20.x2) до манифестный проявляется акцентуацией личности, когнитивным дизонтогенезом, невротическими и аффективными расстройствами. По мере приближения манифестного приступа снижается уровень преморбидного функционирования. В манифестных приступах преобладают аффективные, аффективно-неврозоподобные, аффективно-деперсонализационные расстройства или полиморфные состояния с аффектом тревоги, обманами восприятия, элементами сновидности, кататоническими включениями. В дальнейшем течение может измениться, как в сторону утяжеления, так и в сторону компенсации состояния с достижением стойкой ремиссии, основу клинической картины которой составляют психопатоподобные изменения личности.

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

Критерии установления диагноза/состояния: общие критерии установления диагноза шизофрении изложены в разделе 1.6 настоящих клинических рекомендаций. Для их выявления и верификации необходимы и достаточны

- 1) данные объективного и субъективного анамнеза
- 2) данные клинического психопатологического осмотра
- 3) данные клинического патопсихологического исследования

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется: Сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии (код услуги - А01.29.001) всем детям с подозрением на шизофрению для выявления имеющих значение для диагностики обстоятельств. [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

Комментарий: Сбор жалоб и анамнеза осуществляется врачом-психиатром. Сведения, необходимые для полноценного выяснения объективного анамнеза, могут

содержаться в медицинской документации или быть сообщены родителями (иными законными представителями) несовершеннолетнего. Данные объективного анамнеза выясняются у родителей ребенка с подозрением на шизофрению путем структурированного расспроса, осуществляемого, как правило, в хронологической последовательности. В процессе расспроса могут быть установлены имеющие значение для диагностики шизофрении обстоятельства, в том числе: (1) наличие в семье или у близких родственников психических расстройств; (2) особенности течения беременности и родов, включая наличие патологии или воздействия неблагоприятных факторов; (3) особенности раннего развития, включая физическое и психическое развитие, в частности, речь, коммуникативные навыки, навыки самообслуживания, знания об окружающем мире, характер игровой деятельности; (4) особенности течения кризисных периодов возрастного развития; (5) особенности адаптации к детскому саду и школе, характер взаимодействия со сверстниками и педагогами, успешность в освоении программы обучения; (6) особенности психического состояния в разные возрастные периоды, особенности поведения, наличие психопатологических симптомов, их динамики; (7) наличие ранее диагностированных психических расстройств, характер осуществлявшегося лечения и его эффективность, переносимость отдельных лекарственных препаратов; (8) особенности протекания настоящего периода болезни, непосредственно предшествующего обращению за психиатрической помощью. Жалобы и данные субъективного анамнеза у детей с подозрением на шизофрению удается собрать не всегда. Дети могут сообщать сведения непоследовательно, скрывать некоторые факты или напротив, сообщать недостоверную информацию, преподносить сведения в контексте болезненной их интерпретации. Однако эти сведения с учетом их клинического анализа, могут быть исключительно важными для диагностики [35] [36]. В то же время дети часто сообщают важные анамнестические сведения, неизвестные их родителям [37]

Рекомендуется: Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный (код услуги - В01.035.003) всем детям с подозрением на шизофрению для постановки диагноза.

[38] [39] [40] [41]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

Комментарий: *диагноз шизофрении устанавливается на основании полученных объективных и субъективных данных анамнеза и выявленных в ходе текущего осмотра врачом-психиатром симптомов, формирующих клиническую картину, соответствующую критериям диагностики МКБ-10 (см. раздел 1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний настоящих клинических рекомендаций).*

Рекомендуется: Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный (код услуги - В01.036.001) детям с подозрением на употребление наркотических или иных психоактивных веществ (ПАВ) с целью исключения психотического эпизода, вызванного употреблением ПАВ.

[42] [43] [44] [45]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется: Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (код услуги - В01.031.001) всем детям с подозрением на шизофрению для выявления сопутствующих соматических и функциональных расстройств и оценки противопоказаний и возможных побочных эффектов терапии. [46] [47]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

Рекомендуется: Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (код услуги - В01.023.001) всем детям с подозрением на шизофрению для выявления сопутствующих неврологических расстройств и оценки противопоказаний и возможных побочных эффектов терапии. [48] [49] [50]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

Комментарий. *Непосредственно для диагностики шизофрении у детей методы физикального обследования не имеют решающего значения. Несмотря на то, что в научной литературе имеются указания на ассоциированные с шизофренией у детей соматические расстройства и особенности физического развития [51] [52] [53] [54], убедительных доказательств такой связи нет. В то же время данные физикального обследования имеют значение для выявления сопутствующих шизофрении расстройств*

(например, органического поражения головного мозга, общесоматической, эндокринной патологии), выявление которых может существенным образом влиять на тактику терапии, в том числе на перечень используемых лекарственных препаратов и иных терапевтических воздействий. Назначение лабораторных диагностических исследований (смотри раздел 2.3. настоящих клинических рекомендаций) и инструментальных диагностических исследований (смотри раздел 2.4. настоящих клинических рекомендаций), консультаций врачей-специалистов является, по преимуществу, компетенцией врача-педиатра и врача-невролога.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется: Исследование уровня пролактина в крови (код услуги - А09.05.087) всем детям с диагностированной шизофренией, получающих лечение антипсихотиками, влияющими на уровень пролактина в крови (побочный эффект терапии). [55] [56]

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Комментарий. *Непосредственно для диагностики шизофрении у детей данные лабораторных диагностических исследований не имеют решающего значения. В то же время данные лабораторных диагностических исследований имеют важное значение для выявления сопутствующих шизофрении расстройств (например, общесоматической, эндокринной патологии), выявление которых может существенным образом влиять на тактику терапии, в том числе на перечень используемых лекарственных препаратов и иных терапевтических воздействий. Назначение лабораторных диагностических исследований и инструментальных диагностических исследований (смотри раздел 2.4. настоящих клинических рекомендаций), консультаций врачей-специалистов является, по преимуществу, компетенцией врача-педиатра и врача-невролога.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не рекомендуется: Электроэнцефалография (ЭЭГ) во всех ее видах (коды услуг - А05.23.001, А05.23.001.001, А05.23.001.002) всем детям с подозрением на шизофрению и с диагностированной шизофренией с целью постановки диагноза и уточнения этиологии [57] [58]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

Не рекомендуется: Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (код услуги - А05.23.009) и иные виды нейровизуализации всем детям с подозрением на шизофрению и с диагностированной шизофренией с целью постановки диагноза и уточнения этиологии [59] [60]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

Рекомендуется: Электрокардиография (ЭКГ) с физической нагрузкой (код услуги - А12.10.001) всем детям с диагностированной шизофренией с целью оценки безопасности проводимой психофармакологической терапии [61] [62] [63] [64]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

Комментарий: в случае подозрения на эпилепсию, объемное образование головного мозга или иную патологию, электроэнцефалография и компьютерная томография головного мозга будут назначены врачом-неврологом или другими специалистами в рамках диагностики указанных выше состояний. В современных исследованиях получено много данных, свидетельствующих о статистически прослеживаемой связи между особенностями анатомии мозга и отдельных его структур и наличием и характером дебюта и течения шизофрении у детей и подростков [65] [66] [67], однако непосредственно для диагностики шизофрении у детей данные ЭЭГ и компьютерной томографии не имеют решающего значения.

2.5 Иные диагностические исследования

Рекомендуется: Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.003.001) всем детям с подозрением на шизофрению и с диагностированной шизофренией для оценки высших психических функций и создания индивидуального плана психокоррекции и медицинской реабилитации [68] [69]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

Комментарий: за рубежом большое распространение в последнее время получили психометрические шкалы, позволяющие оценивать общую тяжесть психического состояния, выраженность симптомов, степень сохранности социальных навыков, степень адаптации к образовательному процессу. Прежде, чем быть допущенными к использованию, методики проходят сложную процедуру стандартизации и валидации. К сожалению, в России сегодня нет отечественных методик, обладающих достаточно высокими параметрами валидности, легких в использовании, апробированных на репрезентативных выборках. Многие зарубежные методики, будучи переведенными на русский язык, требуют повторной процедуры валидации.

Рекомендуется: Использовать методику PANSS (детский вариант), вид услуги - Клинико-психологическое консультирование (код услуги - А13.29.006) всем детям с подозрением на шизофрению и с диагностированной шизофренией для оценки выраженности симптомов и для оценки эффективности проводимого лечения [70] [71] [72] [73] [74] [75] [77](смотри Приложение Г 1 к настоящим клиническим рекомендациям).

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

Комментарий: методику можно использовать в процессе клинической беседы с пациентом, используя данные, полученные при наблюдении. Альтернативным вариантом использования методики является структурированное клиническое интервью для оценки симптомов по Шкале позитивных и негативных синдромов (SCI-PANSS) [76]

Рекомендуется: Использовать методику «Шкала повседневного социального функционирования» вид услуги - Клинико-психологическое консультирование (код услуги - А13.29.006) всем детям с подозрением на шизофрению и с диагностированной шизофренией для оценки способности к обучению и усвоению речевых навыков, для оценки отношений с близкими и окружающими людьми, для оценки сформированности навыков к самообслуживанию, для оценки возбуждения и агрессивного поведения, в том числе – в процессе проводимого лечения и для оценки эффективности проводимого лечения и в ходе создания и реализации индивидуального плана психокоррекции и медицинской реабилитации [78] [79] [80] [81] [82] (смотри Приложение Г 2 к настоящим клиническим рекомендациям).

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

Комментарий: *одинаковая шкала используется у детей и взрослых, отдельные исследования по детям с шизофренией не проводились.*

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

Фармакологическая клиническая концепция симптомов шизофрении выделяет несколько групп симптомов-мишеней для назначения терапии [83]. Назначение фармакологической терапии – неременное условие лечения шизофрении. Основным фармакологическим классом препаратов, назначаемым как с целью купирования симптомов психоза, так и с целью профилактики рецидивов, являются антипсихотики (нейролептики) [84]. Наряду с антипсихотиками используются препараты других классов [85]. В качестве дополнительного к фармакологической терапии метода используется психотерапия [86].

Не рекомендуется: Электросудорожная терапия (код услуги - А17.29.001) и иные виды шоковой терапии всем детям с диагностированной шизофренией [87] [88] [89] [90]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

3.1. Лечение антипсихотическими средствами

Комментарий. *Антипсихотические средства используются в терапии шизофрении у детей для купирования позитивных симптомов (обманов восприятия, бреда или его эквивалентов, агрессии, кататонической симптоматики). Имеются данные об эффективности ряда антипсихотических средств в отношении негативных симптомов. В связи с ограниченностью сведений о безопасности применения многих антипсихотических средств в детском возрасте спектр рекомендуемых детям*

препаратов существенно уже в сравнении со взрослыми. Назначение антипсихотических средств детям базируется на нескольких принципах: (1) в связи с риском побочных эффектов (экстрапирамидная симптоматика) предпочтение в назначении следует отдавать антипсихотическим средствам второго поколения; (2) предпочтительной является терапия одним препаратом (монотерапия) в минимальной эффективной дозе; (3) в случае отсутствия успеха от проводимой терапии в течение 4-6 недель (при условии хорошей переносимости и назначения препарата в оптимальной терапевтической дозировке) препарат следует заменить; (4) использование дозировок препаратов выше рекомендуемых и ударных доз как правило, не улучшает терапевтического эффекта, но чревато резким повышением риска побочных эффектов [91]; (5) перед назначением ряда препаратов следует исключить наличие сопутствующей соматической (нейроэндокринной, неврологической, кардиологической и др.) патологии; (6) продолжительность терапии антипсихотическими средствами после купирования острого состояния в поддерживающих дозах не должна быть менее 1 года.

Рекомендуется: Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – антипсихотических средств первого и второго поколения всем детям с диагностированной шизофренией с целью купирования психотической симптоматики [92] [93] [94] [95].

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – противопаркинсонических препаратов всем детям с диагностированной шизофренией, получающих терапию антипсихотиками, с целью купирования экстрапирамидных расстройств [96]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

Комментарий: выбор конкретного препарата зависит от ряда дополнительных условий, в частности, от особенностей клинической картины, возраста ребенка, наличия сопутствующей патологии, опыта врача.

Рекомендуется: Назначение (код услуги - A25.29.001) – галоперидол**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AD01, производные бутирофенона, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 3 лет при наличии галлюцинаций, бреда (или его эквивалентов, характерных для детского возраста, расстройствах мышления и сознания, кататонических расстройствах [97] [101].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

Рекомендуется: Назначение (код услуги - A25.29.001) – хлорпромазин**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AA01, производные фенотиазина, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 12 лет при наличии психомоторного возбуждения, галлюцинаций, бреда (или его эквивалентов, характерных для детского возраста, кататонических расстройствах [98] [99]

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Назначение (код услуги - A25.29.001) – рисперидон**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AX08, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 13 лет с целью коррекции острой позитивной и негативной симптоматики, агрессии [100] [101] [102].

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Назначение (код услуги - A25.29.001) – тиоридазин**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AC02, производные фенотиазина, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 4 лет при наличии психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств [103] [104] [105].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

Рекомендуется: Назначение (код услуги - A25.29.001) – левомепромазин**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AC02, пиперидиновые производные фенотиазина, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с

12 лет при наличии психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств [106] [107] [108].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – тиаприд. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AL03, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 6 лет при наличии психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств, агрессии [109].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 3

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – сульпирид**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AL01, производные бензамидов, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 14 лет с целью коррекции негативной симптоматики при преобладании в клинической картине аффективных и когнитивных нарушений [110] [111] [112] [113] [186].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 3

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) –перициазин**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AC01, пиперидиновые производные фенотиазина, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 3 лет в форме раствора внутрь при наличии психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств [114] [115] [186].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 3

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – #оланзапин**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AH03, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией при наличии психотических симптомов, включая кататонические расстройства, резистентности к терапии другими антипсихотиками, психомоторного возбуждения, ажитации, грубых поведенческих расстройств [116] [117] [118] в дозах 2,5 - 10 мг в сутки.

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – #клозапин. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AH02, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией при наличии суицидального риска, при резистентности к терапии другими антипсихотиками [119] [120] [121] в дозах 25-50 мг в сутки.

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – палиперидон**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AX13, производные бензизоксазола, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с 12 лет в форме таблеток при резистентности к терапии другими антипсихотиками, с целью коррекции негативной симптоматики [122] [123].

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – #арипипразол. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AX12, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией при резистентности к терапии другими антипсихотиками, с целью коррекции негативной симптоматики [124] [125] в дозе 10 мг в сутки.

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 2

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – #кветиапин**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N05AH04, антипсихотическое средство. Детям с диагностированной шизофренией с целью коррекции негативной симптоматики при преобладании в клинической картине неврозоподобных и аффективных симптомов [125] в дозе 50-100 мг.

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 2

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – бипериден**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N04AA02, третичные амины. Детям с диагностированной шизофренией, получающим антипсихотики, парентерально - без ограничения возраста, таблетки с 3 лет, с целью коррекции экстапирамидной симптоматики [126] [184] [185]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

3.2. Лечение препаратами группы антидепрессантов

Комментарий. При шизофрении депрессии могут возникать как в структуре психоза, так и в продромальном периоде, во время ремиссий и в качестве резидуальных симптомов шизофрении. По сложившемуся мнению, депрессивные симптомы во время острых психозов часто редуцируются параллельно с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой и не требуют отдельного назначения антидепрессантов. Назначение антидепрессантов ограничивается преимущественно так называемыми постпсихотическими депрессиями при неэффективности других терапевтических мероприятий [127] [128]. При необходимости назначения антидепрессантов предпочтение имеют СИОЗС [129].

Рекомендуется: Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – антидепрессантов детям с диагностированной шизофренией с целью купирования депрессивной симптоматики и/или обсессивно-компульсивной симптоматики [130] [131].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

Рекомендуется: Назначение (код услуги - А25.29.001) – сертралин**. Класс препарата, код по АТХ классификации: N06AB06, селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС), антидепрессант. Детям с диагностированной шизофренией с 6 лет #сертралин** при наличии депрессивной симптоматики, начиная с 25 мг в сутки, с последующим повышением дозы, сертралин** при обсессивно-компульсивной симптоматике с целью ее купирования в дозе 50 мг. [131] [132] [133]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

3.3. Лечение препаратами других групп.

Рекомендуется: Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – противоэпилептических препаратов детям с диагностированной шизофренией при наличии в клинической картине аффективных нарушений (маниакальных, депрессивных и смешанных) с целью купирования симптомов аффективных нарушений [134] [135]. [136] [137]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

Рекомендуется: Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – анксиолитиков детям с диагностированной шизофренией при наличии в клинической картине психомоторного возбуждения, ступора, фебрильной кататонии [138] [139] [140]. [141]

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 4

3.4. Лечение психотерапией

Комментарий. Психотерапия в России не имеет четкого определения и строгого законодательного регулирования. Очень часто этим термином пользуются для прикрытия крайне далеких от медицины и психологии практик, зачастую совершенно лишённых научного смысла, пользы, а порой опасных для потенциальных потребителей. Многочисленные работы, направленные на поиск соответствующих критериям эффективности направлений и методов психотерапии, выявили доказанную эффективность очень небольшого спектра психотерапевтических интервенций и весьма сомнительную эффективность большей части известных видов психотерапевтических вмешательств, в том числе – при шизофрении [142] [143] [144] [145] [146].[147].

Рекомендуется: Индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)(коды услуг - А13.29.008.001 и А13.29.008.002) –детям с диагностированной шизофренией при условии сохранного интеллекта вне периода обострений с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [148] [149] [150].

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Клинико-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков) (код услуги - А13.29.020) – детям с диагностированной шизофренией при условии сохранного интеллекта вне периода обострений с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [151] [152].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

Рекомендуется: Арттерапия (терапия музыкой, живописью, танцем) (код услуги - А13.29.019) – детям с диагностированной шизофренией при условии сохранного интеллекта вне периода обострений с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [153] [154] [155]

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 1

Не рекомендуется: Гипнотерапия (код услуги - А13.29.018) – детям с диагностированной шизофренией и с подозрением на шизофрению ввиду имеющихся данных о риске обострения шизофренического процесса вследствие гипнотерапии [156] [157].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

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

Комментарий. Медицинская реабилитация при шизофрении должна осуществляться на всех этапах оказания психиатрической помощи. Она направлена на формирование или восстановление недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать с окружающими людьми, решать повседневные задачи и справляться с более сложными проблемами [158].

Рекомендуется: Групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками (коды услуг - В04.035.006 и В04.035.007) – детям с диагностированной шизофренией при условии сохранного интеллекта вне периода обострений с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [159] [160] [161].

Уровень убедительности рекомендаций – А

Уровень достоверности доказательств – 1

Рекомендуется: Школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (код услуги - В04.035.008) – детям с диагностированной шизофренией при условии сохранного интеллекта вне периода обострений с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [162].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 3

Рекомендуется: Клинико-психологический тренинг (код услуги - А13.29.020) – детям с диагностированной шизофренией при условии отсутствия грубых нарушений со стороны интеллекта вне периода обострений с целью улучшения качества жизни,

повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме [163] [164] [165] [166] [167] [168] [169] [170].

Уровень убедительности рекомендаций – В

Уровень достоверности доказательств – 2

***Комментарий:** используются методы когнитивной ремедиации, тренинги социальных навыков, осуществляемые, как правило, специалистами в области психологии.*

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

***Комментарий:** шизофрения – психическое расстройство, мер первичной профилактики которого не существует. В то же время раннее выявление и своевременно начатое лечение способно значительным образом повлиять на прогноз при шизофрении. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. № 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» внесены дополнения, касающиеся проведения в рамках профилактического медосмотра детей скрининга на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития путем анкетирования родителей детям в возрасте 2-х лет. Врач-психиатр осматривает только тех детей, которые включены в указанную группу риска.*

Рекомендуется: прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового повторный (код услуги - В01.035.008) – детям с диагностированной шизофренией вне периода обострений с целью оценки состояния в динамике, выявления обострений, корректировки лечения не реже 1 раза в год [171].

Уровень убедительности рекомендаций – С

Уровень достоверности доказательств – 5

***Комментарий:** диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя. «Решение вопросов о необходимости установления диспансерного*

наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения» (Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ч.2 ст.27). Такое освидетельствование возможно, как при добровольном обращении лица за психиатрической помощью, так и недобровольно, при наличии показаний для недобровольного освидетельствования. Основанием для установления психиатрического диспансерного наблюдения является наличие хронического или затяжного психического 42 расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч.1 ст. 27 Закона). В случаях выздоровления или при значительном и стойком улучшении психического состояния пациента, диспансерное наблюдение прекращается.

Комментарий: вторичная профилактика шизофрении направлена на недопущение повторных обострений, а третичная – на восстановление социального функционирования больных в максимально возможном объеме (см. раздел «Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации» настоящих рекомендаций)

6. Организация оказания медицинской помощи

Диагностика, лечение, наблюдение, реабилитация детей с шизофренией в подавляющем большинстве случаев может осуществляться в амбулаторных условиях либо в условиях дневного стационара. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» родители или законные представители ребенка с шизофренией вправе обращаться за медицинской помощью по месту постоянной регистрации. В случае, если такой возможности нет, они вправе получать помощь в иных медицинских учреждениях, расположенных не по месту их постоянного проживания.

Показаниями для госпитализации в стационар детей с шизофренией являются: (1) выраженные проявления возбуждения и агрессии, в том числе с риском причинения вреда окружающим и себе, (2) высокий риск суицида, (3) впервые установленный диагноз шизофрении, необходимость дополнительного комплексного обследования и подбора терапии, (4) яркая выраженность психотических симптомов и грубо дезорганизованное поведение, (5) тяжелая сопутствующая соматическая патология, затрудняющая подбор

лечения, (6) проявления резистентности и плохая переносимость терапии, (7) недоступность адекватной амбулаторной помощи по месту жительства, (8) выраженная социальная дезадаптация самого ребенка и членов его семьи невозможностью удовлетворить основные жизненные потребности (социальные показания).

Показаниями для выписки из стационара детей с шизофренией являются: устранение рисков суицида, купирование выраженных проявлений возбуждения и агрессии, стабилизация психического и соматического состояния с редукцией патологической симптоматики.

***Комментарий:** дети с шизофренией дошкольного возраста редко имеют высокий риск суицида и настолько грубо дезорганизованное поведение, чтобы его было невозможно контролировать в условиях семьи; в то же время помещение их в стационар, особенно без родителей, нередко сопровождается формированием психогенно-обусловленных коморбидных расстройств и риском формирования госпитализма [172] [173] [174]. Традиционные представления о трех этапах терапии шизофрении (купирующий этап - лечение острого психоза/обострения психотической симптоматики, продолженный этап - стабилизация состояния и поддерживающий этап - профилактика рецидивов) в полной мере применимы к больным шизофренией подросткового возраста [175] [176] [177] [178]. Дифференцированный комплексный подход к ведению детей с шизофренией хорошо зарекомендовал себя на практике в России [179]*

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

Учитывая специфику заболевания, в частности, его хроническое течение и прогрессирующий характер нарушений, под «исходом» заболевания в случае шизофрении имеет смысл понимать не общий исход, а достигнутые в процессе лечения промежуточные результаты. Факторами, ухудшающими течение шизофрении и прогноз при ней, традиционно считаются отказ от своевременного и эффективного лечения, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, отсутствие социальной реабилитации и семейной поддержки, стрессы [180] [181] [182].

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий оценки качества	Выполнено / не выполнено
1	Осуществлен сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии (код услуги - А01.29.001)	Да / Нет
2	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный (код услуги - В01.035.003)	Да / Нет
3	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный (код услуги - В01.036.001) детям с подозрением на употребление наркотических или иных психоактивных веществ	Да / Нет
4	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (код услуги - В01.031.001)	Да / Нет
5	Проведен прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (код услуги - В01.023.001)	Да / Нет
6	Проведен анализ крови биохимический общетерапевтический (код услуги - В03.016.004)	Да / Нет
7	Выполнена электрокардиография (ЭКГ) с физической нагрузкой (код услуги - А12.10.001)	Да / Нет
8	Проведено исследование уровня пролактина в крови (код услуги - А09.05.087) всем детям с диагностированной шизофренией, получающих лечение антипсихотиками, влияющими на уровень пролактина в крови (регулярно)	Да / Нет
9	Проведено клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги - А13.29.003.001) (в динамике)	Да / Нет
10	Проведено клинико-психологическое консультирование (код услуги - А13.29.006) с использованием методики PANSS (детский вариант), методики «Шкала повседневного социального функционирования» (в динамике)	Да / Нет
11	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – антипсихотиков первого и второго поколения	Да / Нет

№	Критерий оценки качества	Выполнено / не выполнено
12	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – противопаркинсонических препаратов	Да / Нет
13	Осуществлено назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги - А25.29.001) – антидепрессантов, нормотимиков, анксиолитиков – по показаниям	Да / Нет
14	Проведена индивидуальная и/или групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)(коды услуг - А13.29.008.001 и А13.29.008.002)	Да / Нет
15	Проведен клинико-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков) (код услуги - А13.29.020)	Да / Нет
16	Проведена групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками (коды услуг - В04.035.006 и В04.035.007)	Да / Нет
17	Проведена школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (код услуги - В04.035.008)	Да / Нет
18	Проведено обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных (код услуги - А21.23.006)	Да / Нет
19	Осуществляется прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового повторный (код услуги - В01.035.008) (регулярно) не реже 1 раза в год	Да / Нет

Список литературы

1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.

2. O'Donovan MC; Williams N.M., Owen M.J. Recent advances in the genetics of schizophrenia. // *Human Molecular Genetics*. 2003, 12 (2): 125-133. doi:10.1093/hmg/ddg302
3. Nagel M, Jansen PR, Stringer S, Watanabe K, de Leeuw CA, Bryois J, Savage JE, Hammerschlag AR, Skene NG, Muñoz-Manchado AB; 23andMe Research Team, White T, Tiemeier H, Linnarsson S, Hjerling-Leffler J, Polderman TJC, Sullivan PF, van der Sluis S, Posthuma D. Meta-analysis of genome-wide association studies for neuroticism in 449,484 individuals identifies novel genetic loci and pathways. *Nat Genet*. 2018 50 (7): 920-927. doi: 10.1038/s41588-018-0151-7
4. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull*. 2014 Jan; 40(1): 28-38. doi: 10.1093/schbul/sbt114.
5. Стал С.М. Основы психофармакологии. Теория и практика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 656 с.
6. Green M.F. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006. 67 (9): 3—8.
7. Molina V., Sanz J., Reig S., Martínez R., Sarramea F., Luque R. et al. Hypofrontality in men with first-episode psychosis . *British Journal of Psychiatry* 2005. 186: 203—208. — doi:10.1192/bjp.186.3.203
8. Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении. Под ред. Дж. Рида, Л.Р. Мошера, Р.П. Бенталла. — Ставрополь: Возрождение, 2008. — 412 с.
9. Mueser K.T., McGurk S.R. Schizophrenia. *The Lancet*. 2004, 363 (9426): 2063—2072. doi:10.1016/S0140-6736(04)16458-1
10. Fraguas D, Díaz-Caneja CM, Ayora M, Hernández-Álvarez F, Rodríguez-Quiroga A, Recio S, Leza JC, Arango C. Oxidative Stress and Inflammation in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2019 45(4): 742-751. doi: 10.1093/schbul/sby125.
11. Salamon S, Santelmann H, Franklin J, Baethge C. Test-retest reliability of the diagnosis of schizoaffective disorder in childhood and adolescence - A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018. 230: 28-33. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.070.
12. Os J., Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009, 374 (9690): 635-645. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)

13. Picchioni M.M., Murray R.M. Schizophrenia. *BMJ*. 2007, 335 (7610): 91-95. DOI:10.1136/bmj.39227.616447.BE
14. Clemmensen L., Vernal D. L., Steinhausen H. C. A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2012, 12: 150-156. doi:10.1186/1471-244X-12-150
15. Ishal Madaan, Yael Dvir, Daniel R Wilson. Child and adolescent schizophrenia: pharmacological approaches. *Informa Healthcare*. 2008, 9, (12): 2053-2068. doi:10.1517/14656566.9.12.2053
16. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: Введение в практику. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
17. Демчева Н.К., Пронина Л.А., Положая З.Б. Показатели инвалидности детей по психическому заболеванию в Российской Федерации в 2002-2012 гг. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2014, 1: 3-11
18. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах. *Российский психиатрический журнал*. 2019, 4: 4-15.
19. Robert L. Spitzer, Dennis P. Cantwell. The DSM-III Classification of the Psychiatric Disorders of Infancy, Childhood, and Adolescence *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (англ.) Elsevier BV, 1980, 19 (3): 356-370. doi:10.1016/s0002-7138(09)61059-1
20. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.
21. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.
22. Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А. В. Снежневского ; Акад. мед. наук. - Москва : Медицина, 1972. - 400 с
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).- Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. - 992 p
24. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.

25. Башина В.М., Симашкова Н.В. Систематика детской шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 1989. 89 (8): 69-75
26. Ambrosini PJ. Historical developments and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:49–58, 2000
27. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M: Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med* 42(9):1857–1863, 2012
28. Kaplan and Sadock's handbook of clinical psychiatry. Philadelphia, Williams&Wilkins, 2001. 480 p.
29. Hollis C: Child and adolescent (juvenile onset) schizophrenia. A case control study of premorbid developmental impairments. *Br J Psychiatry* 166(4):489–495, 1995
30. Laurens KR, Luo L, Matheson SL, et al.: Common or distinct pathways to psychosis? A systematic review of evidence from prospective studies for developmental risk factors and antecedents of the schizophrenia spectrum disorders and affective psychoses. *BMC Psychiatry* 15:205, 2015
31. Schaeffer JL, Ross RG: Childhood-onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(5):538–545, 2002
32. Lewis SW, Murray RM: Obstetric complications, neurodevelopmental deviance, and risk of schizophrenia. *J Psychiatr Res* 21(4):413–421, 1987
33. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: Введение в практику. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с
34. Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с.
35. Weissman MM, Wickramaratne P, Warner V, et al.: Assessing psychiatric disorders in children: discrepancies between mothers' and children's reports. *Arch Gen Psychiatry* 44:747–753, 1987
36. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H: Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 57(11):1053–1058, 2000
37. Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Hofstra MB, Verhulst F: Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 32(4):619–627, 2002

38. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M: Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med* 42(9):1857–1863, 2012
39. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L: A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 39(2):179–195, 2009
40. Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL: Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 22(4):539–555, 2013
41. Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с.
42. Glasner-Edwards S, Mooney L. J. Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2014. 28(12): 1115-26. doi: 10.1007/s40263-014-0209-8.
43. Rosenthal R.N, Miner C. R. Differential diagnosis of substance-induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorders. *Schizophr Bull*. 1997; 23(2):187-93. doi: 10.1093/schbul/23.2.187
44. Фастовцов Г. А., Осколкова С. Н. Проблема диагностики шизофрении у больных, употребляющих психоактивные вещества. *Российский психиатрический журнал*. 2018. 5: 51-63
45. Менделевич В. Д. Психотические расстройства вследствие употребления наркотиков. *Наркология*. 2014. 7: 93-100
46. Rimvall M.K, Jespersen C.P, Clemmensen L, Munkholm A, Skovgaard A.M, Verhulst F, van Os J, Rask C.U, Jeppesen P. Psychotic experiences are associated with health anxiety and functional somatic symptoms in preadolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019. 60(5): 524-532. doi: 10.1111/jcpp.12986.
47. Frajerman A, Morin V, Chaumette B, Kebir O, Krebs M.O Management of cardiovascular co-morbidities in young patients with early onset psychosis: State of the art and therapeutic perspectives. *Encephale*. 2020. 46(5): 390-398. doi: 10.1016/j.encep.2020.03.007
48. Godbout R. Treatment of sleep disorders in children with a psychiatric diagnosis. *Sante Ment Que*. 2015. 40(2): 257-74
49. Bray T, Agius M. Soft neurological signs and schizophrenia - a looking glass into core pathology? *Psychiatr Danub*. 2009. 21(3): 327-8.

50. Vonberg F.W, Bigdeli T.B. Genetic Correlation Between Schizophrenia and Epilepsy. *JAMA Neurol.* 2016. 73(1): 125-6. doi: 10.1001/jamaneurol.2015.3480.
51. Brown AS, Gyllenberg D, Hinkka-Yli-Salomäki S, Sourander A, McKeague IW. Altered growth trajectory of head circumference during infancy and schizophrenia in a National Birth Cohort. *Schizophr Res.* 2017. 182: 115-119. doi: 10.1016/j.schres.2016.10.032.
52. McCauley E, Carlson G.A, Calderon R. The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991. 30(4): 631-5. doi: 10.1097/00004583-199107000-00016.
53. Lukkari S, Hakko H, Taanila A, Räsänen P, Riala K, Herva A. Body size at birth and psychiatric disorders among adolescents: a clinical study of 310 under-age inpatient adolescents in Northern Finland. *Compr Psychiatry.* 2014. 55(3): 414-21. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.10.005.
54. Sormunen E, Saarinen MM, Salokangas RKR, Telama R, Hutri-Kähönen N, Tammelin T, Viikari J, Raitakari O, Hietala J. Effects of childhood and adolescence physical activity patterns on psychosis risk-a general population cohort study. *NPJ Schizophr.* 2017. 13: 3-5. doi: 10.1038/s41537-016-0007-z.
55. Druyts E, Eapen S, Wu P, Thorlund K. The risk of elevated prolactin levels in pediatric patients exposed to antipsychotics for the treatment of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2014. 13;3:116. doi: 10.1186/2046-4053-3-116
56. Pringsheim T, Lam D, Ching H, Patten S. Metabolic and neurological complications of second-generation antipsychotic use in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Saf.* 2011 1;34(8):651-68. doi: 10.2165/11592020-000000000-00000
57. Vonberg FW, Bigdeli TB. Genetic Correlation Between Schizophrenia and Epilepsy. *JAMA Neurol.* 2016. 73(1): 125-6. doi: 10.1001/jamaneurol.2015.3480.
58. Ritvo E.R, Ornitz E.M, Walter R.D, Hanley J. Correlation of psychiatric diagnoses and EEG findings: a double-blind study of 184 hospitalized children. *Am J Psychiatry.* 1970 126(7): 988-96. doi: 10.1176/ajp.126.7.988.
59. Levman J, Takahashi E. Multivariate analyses applied to fetal, neonatal and pediatric MRI of neurodevelopmental disorders. *Neuroimage Clin.* 2015 3;9: 532-44. doi: 10.1016/j.nicl.2015.09.017.
60. Park MTM, Raznahan A, Shaw P, Gogtay N, Lerch JP, Chakravarty MM. Neuroanatomical phenotypes in mental illness: identifying convergent and divergent

- cortical phenotypes across autism, ADHD and schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*. 2018. 43(3):201-212. doi: 10.1503/jpn.170094.
61. Correll CU, Harris J, Figen V, Kane JM, Manu P. Antipsychotic drug administration does not correlate with prolonged rate-corrected QT interval in children and adolescents: results from a nested case-control study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011. 21(4):365-8. doi: 10.1089/cap.2011.0024.
62. Jensen KG, Gärtner S, Correll CU, Rudå D, Klauber DG, Stentebjerg-Olesen M, Fagerlund B, Jepsen JR, Fink-Jensen A, Juul K, Pagsberg AK. Change and dispersion of QT interval during treatment with quetiapine extended release versus aripiprazole in children and adolescents with first-episode psychosis: results from the TEA trial. *Psychopharmacology* 2018. 235(3): 681-693. doi: 10.1007/s00213-017-4784-5.
63. Ho J.G, Caldwell R.L, McDougale C.J, Orsagh-Yentis D.K, Erickson C.A, Posey D.J, Stigler K.A The effects of aripiprazole on electrocardiography in children with pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2012 22(4): 277-83. doi: 10.1089/cap.2011.0129.
64. DelBello M.P, Versavel M, Ice K, Keller D, Miceli J. Tolerability of oral ziprasidone in children and adolescents with bipolar mania, schizophrenia, or schizoaffective disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008. 18(5):491-9. doi: 10.1089/cap.2008.008
65. van Erp T.G.M, Walton E, Hibar D.P, Schmaal L, Jiang W et all. White matter microstructural alterations across four major psychiatric disorders: mega-analysis study in 2937 individuals. *Mol Psychiatry*. 2020 25(4): 883-895. doi: 10.1038/s41380-019-0553-7.
66. Walton E, Hibar D.P, van Erp T.G.M, Potkin S.G, Roiz-Santiañez R et all. Prefrontal cortical thinning links to negative symptoms in schizophrenia via the ENIGMA consortium. *Psychol Med*. 2018. 48(1):82-94. doi: 10.1017/S0033291717001283.
67. Dezhina Z, Ranlund S, Kyriakopoulos M, Williams SCR, Dima D. A systematic review of associations between functional MRI activity and polygenic risk for schizophrenia and bipolar disorder. *Brain Imaging Behav*. 2019.13(3):862-877. doi: 10.1007/s11682-018-9879-z.
68. Зверева Н. В., Хромов А. И., Сергиенко А. А., Коваль-Зайцев А. А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и мышление). М.: «Сам полиграфист», 2017. – 48 с.

69. Зверева Н. В., Коваль-Зайцев А. А., Хромов А. И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). М.: «Издательство МБА», 2014. – 40 с.
70. Pagsberg A.K, Tarp S, Glintborg D, Stenstrøm A.D, Fink-Jensen A, Correll C.U, Christensen R. Acute Antipsychotic Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017. 56(3): 191-202. doi: 10.1016/j.jaac.2016.12.013
71. Harvey R.C, James A.C, Shields G.E. A Systematic Review and Network Meta-Analysis to Assess the Relative Efficacy of Antipsychotics for the Treatment of Positive and Negative Symptoms in Early-Onset Schizophrenia. *CNS Drugs*. 2016. 30(1): 27-39. doi: 10.1007/s40263-015-0308-1
72. Østergaard S.D, Foldager L, Mors O, Bech P, Correll C.U. The validity and sensitivity of PANSS-6 in treatment-resistant schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2018. 138(5): 420-431. doi: 10.1111/acps.12952
73. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R.R. What does the PANSS mean? *Schizophr Res*. 2005.15; 79(2-3): 231-8. doi: 10.1016/j.schres.2005.04.008.
74. Østergaard SD, Foldager L, Mors O, Bech P, Correll C.U. The Validity and Sensitivity of PANSS-6 in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Study. *Schizophr Bull*. 2018 15;44(2): 453-462. doi: 10.1093/schbul/sbx076
75. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М, 2001. 238 с
76. Opler L.A., Kay S.R., Lindenmayer J.P., Fiszbein A. Structured Clinical Interview Positive and Negative Syndrome Scale (SCI-PANSS). // Multi-Health Systems Inc., Toronto, 1999, № 4, 15 p.
77. Fields J. H. et al. A POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOM SCALE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE KIDDIE-PANSS //Clinical Neuropharmacology. – 1992. – Т. 15. – С. 52B.
78. D Schaub , G Juckel PSP Scale: German version of the Personal and Social Performance Scale: valid instrument for the assessment of psychosocial functioning in the treatment of schizophrenia *Nervenarzt*. 2011. 82(9):1178-84. doi: 10.1007/s00115-010-3204-4

79. Juckel, G., & Morosini, P. L. The new approach: Psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 2008. 21, 630–639
80. Juckel, G., Schaub, D., Fuchs, N., Naumann, U., Uhl, I., Witthaus, H., Hargarter, L., Bierhoff, H.-W., & Brüne, M. Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2008. 104(1–3): 287–293
81. Morosini P.L, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000. 101: 323-329.
82. Tianmei S, Liang S, Yun'ai S, Chenghua T, Jun Y, Jia C, Xueni L, Qi L, Yantao M, Weihua Z, Hongyan Z. The Chinese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): validity and reliability. *Psychiatry Res.* 2011. 30;185(1-2): 275-9. doi: 10.1016/j.psychres.2010.05.001
83. Стал С. М. Основы психофармакологии. Теория и практика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 656 с.
84. 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
85. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
86. Zimmermann G., Favrod J., Trieu V.H., Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2005. 77(1): 1–9.
87. Нельсон А. И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии М: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2005. - 368 с.
88. Geretsegger C. Electroconvulsive therapy (ECT). *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1986. 54(5): 139-53. doi: 10.1055/s-2007-1001859.
89. Tharyan, P. Adams, C.E. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005. No. 2. P. CD000076. — doi:10.1002/14651858.CD000076.pub2
90. Greenhalgh J. et al. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic

- modelling studies //Health Technology Assessment (Winchester, England). – 2005. – Т. 9. – №. 9. – С. 1-156
91. Leucht S, Crippa A, Siasis S, Patel MX, Orsini N, Davis JM. Dose-Response Meta-Analysis of Antipsychotic Drugs for Acute Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020. 177(4):342-353. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010034
 92. Kennedy E, Kumar A, Datta SS. Antipsychotic medication for childhood-onset schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007.18(3):CD004027. doi: 10.1002/14651858.CD004027.pub2
 93. Krause M, Zhu Y, Huhn M, Schneider-Thoma J, Bighelli I, Chaimani A, Leucht S. Efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia: A network meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018. 28(6): 659-674. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.03.008
 94. Harvey RC, James AC, Shields GE. A Systematic Review and Network Meta-Analysis to Assess the Relative Efficacy of Antipsychotics for the Treatment of Positive and Negative Symptoms in Early-Onset Schizophrenia. *CNS Drugs*. 2016. 30(1): 27-39. doi: 10.1007/s40263-015-0308-1.
 95. Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I, Lecomte T, Raedler T, Jackson K, Jackson K, Pringsheim T, Addington D. Canadian Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders in Children and Youth. *Can J Psychiatry*. 2017. 62(9): 635-647. doi: 10.1177/0706743717720197.
 96. Pringsheim T. et al. Treatment recommendations for extrapyramidal side effects associated with second-generation antipsychotic use in children and youth //Paediatrics & child health. – 2011. – Т. 16. – №. 9. – С. 590-598.
 97. Harvey RC, James AC, Shields GE. A Systematic Review and Network Meta-Analysis to Assess the Relative Efficacy of Antipsychotics for the Treatment of Positive and Negative Symptoms in Early-Onset Schizophrenia. *CNS Drugs*. 2016. 30(1):27-39. doi: 10.1007/s40263-015-0308-1
 98. Pine DS, Cohen E. Therapeutics of aggression in children. *Paediatr Drugs*. 1999. 1(3): 183-96. doi: 10.2165/00128072-199901030-00003
 99. Saha KB, Bo L, Zhao S, Xia J, Sampson S, Zaman RU. Chlorpromazine versus atypical antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. 4(4):CD010631. doi: 10.1002/14651858.CD010631.pub2

100. Kumar A, Datta SS, Wright SD, Furtado VA, Russell PS. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. (10):CD009582. doi: 10.1002/14651858.CD009582.pub2
101. Sarkar S, Grover S. Antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Indian J Pharmacol*. 2013. 45(5): 439-46. doi: 10.4103/0253-7613.117720
102. Xia L, Li WZ, Liu HZ, Hao R, Zhang XY. Olanzapine Versus Risperidone in Children and Adolescents with Psychosis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018. 28(4): 244-251. doi: 10.1089/cap.2017.0120
103. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
104. Green W. H. et al. Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases //Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. — 1992. — Т. 31. — №. 5. — С. 968-976.
105. Alderton H. R., Hoddinott B. A. A controlled study of the use of thioridazine in the treatment of hyperactive and aggressive children in a children's psychiatric hospital //Canadian Psychiatric Association Journal. — 1964. — Т. 9. — №. 3. — С. 239-247.
106. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
107. Bachmann C. J. et al. Antipsychotic prescription in children and adolescents: an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005 to 2012 //Deutsches Ärzteblatt International. — 2014. — Т. 111. — №. 3. — С. 25.
108. Remschmidt H. E. et al. Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies //Schizophrenia bulletin. — 1994. — Т. 20. — №. 4. — С. 727-745.
109. Toren P, Laor N, Weizman A. Use of atypical neuroleptics in child and adolescent psychiatry. *J Clin Psychiatry*. 1998. 59(12):644-56. doi: 10.4088/jcp.v59n1202
110. Leucht S, Winter-van Rossum I, Heres S, Arango C, Fleischhacker WW, Glenthøj B, Leboyer M, Leweke FM, Lewis S, McGuire P, Meyer-Lindenberg A, Rujescu D, Kapur S, Kahn RS, Sommer IE. The optimization of treatment and management of schizophrenia in Europe (OPTiMiSE) trial: rationale for its methodology and a review of the effectiveness of switching antipsychotics. *Schizophr Bull*. 2015. 41(3):549-58. doi: 10.1093/schbul/sbv019.
111. Wang J, Sampson S. Sulpiride versus placebo for schizophrenia. *Cochrane database Syst Rev*. 2014;(4):CD007811. doi: 10.1002/14651858.CD007811.pub2

112. Omori IM, Wang J. Sulpiride versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009. 15;(2):CD007811. doi: 10.1002/14651858.CD007811
113. Bachmann C. J. et al. Antipsychotic prescription in children and adolescents: an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005 to 2012 // *Deutsches Ärzteblatt International.* – 2014. – Т. 111. – №. 3. – С. 25
114. Hosam E Matar, Muhammad Qutayba Almerie, Samer Makhoul, Jun Xia, Pamela Humphreys Pericyazine for schizophrenia *Cochrane Database Syst Rev.* (5):CD007479. doi: 10.1002/14651858.CD007479.pub2.
115. Личко А. Е. Шизофрения у подростков. Л. : Медицина : Ленингр. отд-ние, 1989. - 214 с.
116. Flank J, Sung L, Dvorak CC, Spettigue W, Dupuis LL. The safety of olanzapine in young children: a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf.* 2014. 37(10): 791-804. doi: 10.1007/s40264-014-0219-y
117. Pagsberg AK, Tarp S, Glintborg D, Stenstrøm AD, Fink-Jensen A, Correll CU, Christensen R. Acute Antipsychotic Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017. 56(3):191-202. doi: 10.1016/j.jaac.2016.12.013
118. Ardizzone I, Nardecchia F, Marconi A, Carratelli TI, Ferrara M. Antipsychotic medication in adolescents suffering from schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychopharmacol Bull.* 2010; 43(2):45-66.
119. Sarkar S, Grover S. Antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Indian J Pharmacol.* 2013 45(5):439-46. doi: 10.4103/0253-7613.117720
120. Armenteros JL, Davies M. Antipsychotics in early onset Schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006. (3):141-8. doi: 10.1007/s00787-005-0515-2.
121. Pagsberg AK, Tarp S, Glintborg D, Stenstrøm AD, Fink-Jensen A, Correll CU, Christensen R. Acute Antipsychotic Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017 56(3):191-202. doi: 10.1016/j.jaac.2016.12.013
122. Harvey RC, James AC, Shields GE. A Systematic Review and Network Meta-Analysis to Assess the Relative Efficacy of Antipsychotics for the Treatment of Positive

- and Negative Symptoms in Early-Onset Schizophrenia. *CNS Drugs*. 2016. 30(1):27-39. doi: 10.1007/s40263-015-0308-1
123. Pagsberg AK, Tarp S, Glintborg D, Stenstrøm AD, Fink-Jensen A, Correll CU, Christensen R. Acute Antipsychotic Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 56(3):191-202. doi: 10.1016/j.jaac.2016.12.013
124. Gentile S. Clinical usefulness of second-generation antipsychotics in treating children and adolescents diagnosed with bipolar or schizophrenic disorders. *Paediatr Drugs*. 2011. 13(5):291-302. doi: 10.2165/11591250-000000000-00000
125. Pagsberg A. K. et al. Quetiapine extended release versus aripiprazole in children and adolescents with first-episode psychosis: the multicentre, double-blind, randomised tolerability and efficacy of antipsychotics (TEA) trial //The Lancet Psychiatry. – 2017. – Т. 4. – №. 8. – С. 605-618.
126. Lerner V. Biperiden (Akineton): a literature review. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*, 2014. 10:36-43
127. Маслеников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Алгоритм биологической терапии депрессии при шизофрении. *Современная терапия психических расстройств*. 2019. 1: 31-39
128. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., «Медицинское информационное агентство», 1995. - 568 с.
129. Hasan A., Falkai P., Wobrock T. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, 53 substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry*. 2015. 16 (3): 142-170
130. Jerrell J. M., McIntyre R. S., Deroche C. B. Pharmacotherapy effectiveness for clinical subgroups among children and adolescents with early onset schizophrenia //Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. – 2017. – Т. 32. – №. 2. – С. e2585.
131. Kang-Yi C. D. et al. Psychiatric Diagnoses and Treatment Preceding Schizophrenia in Adolescents Aged 9–17 Years //Frontiers in Psychiatry. – 2020. – Т. 11. – С. 487.

132. Coskun M., Zoroglu S. Clozapine induced obsessions treated with sertraline in an adolescent with schizophrenia //Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. – 2009. – Т. 19. – №. 2. – С. 155
133. Jerath A. U., Mavrides N. A., Coffey B. J. Complexity in Evaluation and Pharmacological Treatment of Early Onset Psychosis with Mood Symptoms: Childhood Onset Schizophrenia or Affective Disorder? //Journal of child and adolescent psychopharmacology. – 2019. – Т. 29. – №. 3. – С. 241-244
134. Jerrell J. M., McIntyre R. S., Deroche C. B. Pharmacotherapy effectiveness for clinical subgroups among children and adolescents with early onset schizophrenia //Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. – 2017. – Т. 32. – №. 2. – С. e2585.
135. Kang-Yi C. D. et al. Psychiatric Diagnoses and Treatment Preceding Schizophrenia in Adolescents Aged 9–17 Years //Frontiers in Psychiatry. – 2020. – Т. 11. – С. 487.
136. Abidi, S., Mian, I., Garcia-Ortega, I., Lecomte, T., Raedler, T., Jackson, K., Jackson, K., Pringsheim, T., & Addington, D. Canadian Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders in Children and Youth. *Canadian journal of psychiatry*. 2017. 62(9): 635–647. <https://doi.org/10.1177/0706743717720197>
137. Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. 2010(2):CD003499. doi: 10.1002/14651858.CD003499.pub3
138. Dold M, Li C, Tardy M, Khorsand V, Gillies D, Leucht S. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. 14;11(11):CD006391. doi: 10.1002/14651858.CD006391.pub2
139. Дедкова А.Е. Опыт эффективного применения бензодиазепинов при кататонии, осложненной злокачественным нейролептическим синдромом. *Современная терапия психических расстройств* 2016. 2: 29-34.
140. Benarous X, Raffin M, Ferrafiat V, Consoli A, Cohen D. Catatonia in children and adolescents: New perspectives. *Schizophr Res*. 2018. 200:56-67. doi: 10.1016
141. Sidorchuk A. et al. Benzodiazepine prescribing for children, adolescents, and young adults from 2006 through 2013: a total population register-linkage study //PLoS medicine. – 2018. – Т. 15. – №. 8. – С. e1002635

142. Sevi Tok ES, Arkar H, Bildik T. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy, Medication, or Combined Treatment For Child Hood Anxiety Disorders. *Turk Psikiyatri Derg.* 2016 27(2):10.
143. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010. 8;(12) :CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
144. Maurus I, Röh A, Falkai P, Malchow B, Schmitt A, Hasan A. Nonpharmacological treatment of dyscognition in schizophrenia: effects of aerobic exercise. *Dialogues Clin Neurosci.* 2019. 21(3):261-269. doi: 10.31887/DCNS.2019.21.3/aschmitt.
145. Broderick J, Crumlish N, Waugh A, Vancampfort D. Yoga versus non-standard care for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 28;9(9):CD012052. doi: 10.1002/14651858.CD012052.pub2.
146. Ruddy RA, Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 24;(1): CD005378. doi: 10.1002/14651858.CD005378.pub2.
147. Valiente C, Espinosa R, Trucharte A, Nieto J, Martínez-Prado L. The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2019. 208:16-24. doi: 10.1016/j.schres.2019.01.040.
148. Laws KR, Darlington N, Kondel TK, McKenna PJ, Jauhar S. Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychol.* 2018. 17;6(1):32. doi: 10.1186/s40359-018-0243-2.
149. Jones C, Hacker D, Xia J, Meaden A, Irving CB, Zhao S, Chen J, Shi C. Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018. 20;12(12):CD007964. doi: 10.1002/14651858.CD007964.pub2.
150. Ueland T., Rund B. R. A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2004. – T. 109. – №. 1. – С. 70-74.
151. Ueland T, Rund BR. Cognitive remediation for adolescents with early onset psychosis: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:193–201
152. van Oosterhout B, Smit F, Krabbendam L, Castelein S, Staring AB, van der Gaag M. Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychol Med.* 2016. 46(1):47-57. doi: 10.1017/S0033291715001105.

153. Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen XJ, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017. 29;5(5):CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4
154. Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005. 18;(2):CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub2.
155. Potocky M. An art therapy group for clients with chronic schizophrenia // *Social Work with Groups.* – 1993. – Т. 16. – №. 3. – С. 73-82.
156. Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hypnosis for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007. 17;2007(4):CD004160. doi: 10.1002/14651858.CD004160.pub3
157. Gruzelier J. Unwanted effects of hypnosis: a review of the evidence and its implications // *Contemporary Hypnosis.* – 2000. – Т. 17. – №. 4. – С. 163-193
158. Психиатрия: Национальное руководство / Коллективная монография. Под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г./ - 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва. 2018
159. Law E, Fisher E, Eccleston C, Palermo TM. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 18;3(3):CD009660. doi: 10.1002/14651858.CD009660.pub4
160. Buckley LA, Maayan N, Soares-Weiser K, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015. 14;2015(4):CD004716. doi: 10.1002/14651858.CD004716.pub4.
161. Gearing RE. Evidence-based family psychoeducational interventions for children and adolescents with psychotic disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2008. 17(1): 2-11.
162. Куприянова Т.А., Корень Е.В. Программа (модуль) психосоциальной терапии для детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра. *Современная терапия психических расстройств.* 2015. 3: 26-32.
163. Ueland T., Rund B. R. A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 2004. – Т. 109. – №. 1. – С. 70-74.
164. Ueland T, Rund BR. Cognitive remediation for adolescents with early onset psychosis: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:193–201

165. Cella M, Preti A, Edwards C, Dow T, Wykes T. Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017. 52:43-51. doi: 10.1016/j.cpr.2016.11.009.
166. Lewandowski KE. Cognitive Remediation for the Treatment of Cognitive Dysfunction in the Early Course of Psychosis. *Harv Rev Psychiatry.* 2016. 24(2):164-72. doi: 10.1097/HRP.000000000000108.
167. Bryce S, Sloan E, Lee S, Ponsford J, Rossell S. Cognitive remediation in schizophrenia: A methodological appraisal of systematic reviews and meta-analyses. *J Psychiatr Res.* 2016. 75:91-106. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.01.004.
168. Wood L, Byrne R, Varese F, Morrison AP. Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2016. 176(2-3):291-303. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.001.
169. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull.* 2018. 6;44(3):475-491. doi: 10.1093/schbul/sbx146
170. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull.* 2012. 38(5):1092-104. doi: 10.1093/schbul/sbr036.
171. Психиатрия: Национальное руководство / Коллективная монография. Под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г./ - 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва. 2018
172. Shepherd TA, Ul-Haq Z, Ul-Haq M, Khan MF, Afridi A, Dikomitis L, Robinson ME, Lewis M, Rahman A, Dziedzic K, Saeed U, Awan NR, Mallen C, Farooq S. Supervised treatment in outpatients for schizophrenia plus (STOPS+): protocol for a cluster randomised trial of a community-based intervention to improve treatment adherence and reduce the treatment gap for schizophrenia in Pakistan. *BMJ Open.* 2020 30;10(6): e034709. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034709
173. Психиатрия: Национальное руководство / Коллективная монография. Под ред. Александровского Ю.А., Незнанова Н.Г./ - 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва. 2018
174. Lloyd A, Horan W, Borgaro SR, Stokes JM, Pogge DL, Harvey PD. Predictors of medication compliance after hospital discharge in adolescent psychiatric patients. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1998; 8(2):133-41. doi: 10.1089/cap.1998.8.133.

175. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. с соавт. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / Под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. Москва, 2007
176. Alkomiet Hasan, Peter Falkai, Thomas Wobrock, Jeffrey Lieberman, Birte Glenthøj, Wagner F Gattaz, Florence Thibaut, Hans-Jürgen Möller. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012.13(5): 318-78. doi: 10.3109/15622975.2012.696143.
177. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 2013.14(1):2-44. doi: 10.3109/15622975.2012.739708.
178. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 2015.16(3): 142-70. doi: 10.3109/15622975.2015.1009163
179. Макушкин Е.В., Симашкова Н.В., Горюнов А.В., Пережогин Л.О. Шизофрения в детском и подростковом возрасте // Российский психиатрический журнал. 2016. 6: 62-81.
180. Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol Med*. 2015;45(7):1343-61. doi: 10.1017/S0033291714003110.
181. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I, Hui LM, Rutigliano G, Stahl DR, Borgwardt S, Politi P, Mishara AL, Lawrie SM, Carpenter WT Jr, McGuire PK. Prognosis of Brief Psychotic Episodes: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(3):211-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2313.

182. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013; 39(6):1296-306. doi: 10.1093/schbul/sbs130.
183. Matar HE, Almerie MQ, Makhoul S et al. Pericyazine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 5: CD007479
184. Lamberti M. et al. Aripiprazole-induced tardive dyskinesia in 13 years old girl successfully treated with biperiden: A case report //Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. – 2017. – Т. 15. – №. 3. – С. 285.
185. Pringsheim T. et al. Treatment recommendations for extrapyramidal side effects associated with second-generation antipsychotic use in children and youth //Paediatrics & child health. – 2011. – Т. 16. – №. 9. – С. 590-598..
186. Putignano D. et al. The evidence-based choice for antipsychotics in children and adolescents should be guaranteed //European journal of clinical pharmacology. – 2019. – С. 1-8.

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

1. **Балакирева Елена Евгеньевна** кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Член РОП.
2. **Иванов Михаил Владимирович** кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Член РОП.
3. **Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич** кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Член РОП.
4. **Куликов Антон Владиславович** кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Член РОП.
5. **Макушкин Евгений Вадимович** доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Член РОП.
6. **Никитина Светлана Геннадьевна** младший научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Член РОП.
7. **Пережогин Лев Олегович** доктор медицинских наук, руководитель отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Член РОП.
8. **Симашкова Наталья Валентиновна** доктор медицинских наук, заведующий отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Член РОП.

Члены рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач-психиатр
2. Врач-психотерапевт
3. Медицинский психолог

Таблица 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

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

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за

	исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

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

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

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 утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

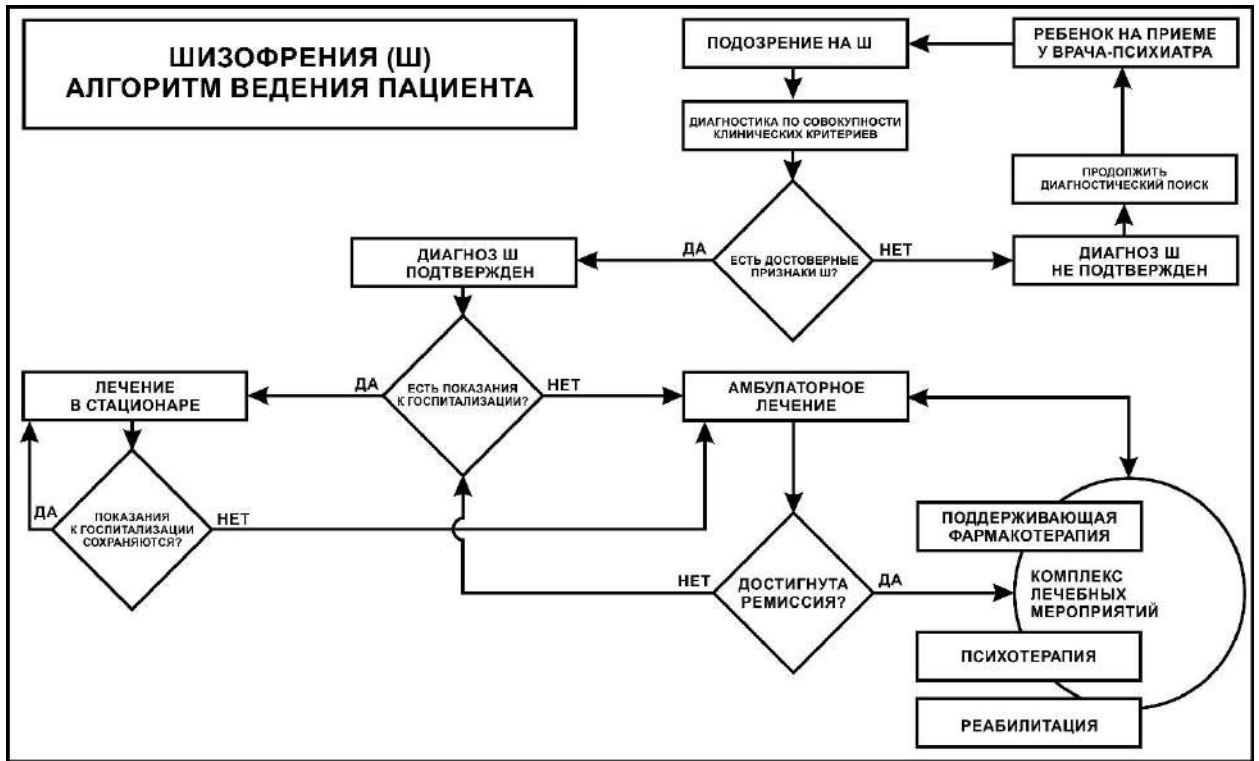
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Законодательные и подзаконные акты, регламентирующие оказание помощи при шизофрении

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Закон РФ от 02.07.1992 № 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».

Информация по показаниям к применению и противопоказаниям, способам применения и дозам лекарственных препаратов находится в открытом доступе на сайте Государственного реестра лекарственных средств grls.rosminzdrav.ru

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Шизофрения – хроническое психическое расстройство, встречающиеся во взрослом и в детском возрасте. Шизофрения известна с античных времен, описания пациентов, соответствующие современному представлению о шизофрении, сформировавшемуся в начале XX века, присутствуют еще в древней и средневековой литературе. Случаи шизофрении описаны у людей самого разного возраста, от младенцев до стариков, у мужчин и женщин, у представителей всех рас. По данным Всемирной организации здравоохранения, шизофренией болеют 0,3% - 0,7% людей во всем мире, что составляет около 20-30 миллионов человек. В детском возрасте шизофрения встречается редко, доля людей, заболевших шизофренией в детском возрасте составляет менее 1% (по данным других авторов – до 4%) среди всех заболевших. Среди детей, признанных инвалидами вследствие психического расстройства в России, дети, больные шизофренией, составляют 4,4%. По последним эпидемиологическим данным в России с 2000 года показатели общей заболеваемости шизофренией детей увеличились на 6,5%.

Шизофрения – предположительно полиэтиологическое заболевание, этиология и патогенез которого до настоящего времени остаются неизвестными. Существует большое количество теорий и гипотез ее происхождения, в той или иной мере выделяющих различные факторы наследственности и воздействия окружающей среды, но ни одна из них не может претендовать на абсолютную достоверность. В последние годы принято считать, что большинство случаев шизофрении развиваются из-за случайного сочетания нескольких (возможно, что речь идет о нескольких десятках) распространенных среди людей генов и спонтанных мутаций, приводящих к нарушению обмена важнейших нейромедиаторов мозга – дофамина, серотонина и других. Люди с подобными нарушениями не заболевают сразу, но составляют группу риска по возникновению шизофрении. Для развития болезни нужны дополнительные негативные факторы внешней среды. В настоящее время ведущим поражающим фактором учеными предполагается аутоиммунный процесс, приводящий к изменению структуры мозга на клеточном и функциональном уровнях. Многочисленные социальные факторы, такие как бедность, миграция, урбанизация, перенесенное в детстве физическое (включая сексуальное) и эмоциональное насилие, недостаточная эмоциональная поддержка со стороны родителей, одиночество, а также социально обусловленные, например, алкоголизм и употребление марихуаны, были исследованы в последние полвека, однако ни один из них не показал убедительной причинно-следственной связи с возникновением шизофрении.

Клиническая картина шизофрении очень разнообразна, отдельные формы шизофрении в совокупности с разными типами ее течения создают причудливый континуум индивидуальных клинических случаев. Все симптомы шизофрении в той или иной степени неспецифичны. Попытки выделить симптомы, патогномоничные и уникальные для шизофрении, например, знаменитые «симптомы первого ранга», предложенные К. Шнайдером, не увенчались успехом. Современные диагностические подходы, изложенные в международных классификациях (диагностических системах), таких как Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10, используется в России с 1999) опираются на категориальный подход с необходимостью выявления при диагностике определенного количества симптомов, присутствующих в клинической картине в течение определенного времени.

Все симптомы шизофрении можно разделить на пять групп (такое разделение в МКБ-10 не используется). **Позитивные симптомы** (то есть те, которых нет у здорового человека, и которые бросаются в глаза при их возникновении) включают (1) бред, т.е. «совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне» (Блейхер В. М., 1983), как правило, бред строится вокруг идей воздействия, преследования, особого предназначения; (2) галлюцинации, т.е. обманы восприятия, как правило – голоса, комментирующие поведение больного, обсуждающие его, и локализующиеся как вне, так и внутри тела, особенно – в голове; (3) кататонические симптомы (застывания, причудливые позы, движение по кругу, возбуждение или ступор, вокализмы); (4) ажитация (суетливое возбуждение и внутреннее напряжение); (5) нарушения поведения и речи. Предполагается, что позитивные симптомы связаны с нарушениями в мезолимбических нейронных сетях. **Негативные симптомы** (т.е. результат дефицита интактных в норме функций) представлены (1) бедностью речи, (2) снижением уровня и ограниченным диапазоном эмоций, (3) снижением социальных контактов, пассивностью (4) стереотипностью в мышлении, затруднениями в абстрагировании, (5) нарушениями внимания, снижением мотивации, снижением способности испытывать удовольствие. Их намного труднее заметить у детей, чем позитивные психотические симптомы, но внимательное наблюдение позволяет обнаружить содержательное и лексическое обеднение речи, ограниченность невербальных коммуникативных реакций, ограниченный зрительный контакт с собеседником, пренебрежение собственным внешним видом и уходом за собой, включая, порой, личную гигиену. Родителям и близким людям обычно становятся заметны изменение интересов,

утрату мотивации к учебе, спорту, хобби, избегание социальных контактов. Негативные симптомы могут возникать раньше позитивных, становясь своеобразными предвестниками психоза. Предполагается, что их возникновение связано с нарушениями в работе префронтальной зоны коры. **Когнитивные симптомы** связаны с нарушением исполнительных функций (память и интеллект у больных шизофренией, за исключением заболевших в раннем детстве, обычно сохранены), т.е. с целеполаганием, планированием, распределением внимания, оценкой и мониторингом выполненных действий, модулированием своего поведения на основании косвенных социальных сигналов. За возникновение когнитивной симптоматики отвечает, вероятно, дорсолатеральная префронтальная кора. **Аффективные симптомы** включают тревогу, напряжение, чувство вины, беспокойство, раздражительность. Они являются следствием дисфункции вентромедиальной префронтальной коры. **Агрессия** проявляется в вербальном и невербальном, физическом, направленном на неживые объекты, животных, людей, включая себя лично, воздействием и ассоциирована, как правило, с содержательной стороной галлюцинаторной и бредовой симптоматики. У больных шизофренией младшего возраста агрессия и аутоагрессия могут носить труднопредсказуемый спонтанный характер и отличаться высокой степенью опасности для себя и окружающих людей. Проявления агрессии связаны с нарушением обмена медиаторов в области миндалевидного тела и орбитофронтальной коры.

Лечение шизофрении как правило длительное и носит комплексный характер. В научной литературе описаны немногочисленные случаи практического выздоровления, подтвержденные многолетними наблюдениями. Однако, как правило, такого результата добиться не удастся. Многие больные шизофренией, несмотря на проводимое лечение, приобретают инвалидность по психическому расстройству. Поэтому целью лечения становится достижение стойкой ремиссии и предотвращение десоциализации пациентов.

В терапии шизофрении у детей ведущее место занимает фармакологическая терапия. Продуктивные симптомы купируются препаратами группы нейролептиков (антипсихотиков), некоторые из которых, вероятно, способны смягчать и негативную симптоматику, однако негативные симптомы при шизофрении характеризуются стойкостью и нарастают по мере прогрессирования болезни, в то время как позитивные обычно удается контролировать. Наряду с антипсихотиками используются антидепрессанты (терапия депрессивной аффективной симптоматики), анксиолитики (терапия тревожных состояний), нормотимики (стабилизаторы настроения). Для предотвращения побочных эффектов нейролептических препаратов используются

препараты, применяемые при паркинсонизме. Методы шоковой терапии (электросудорожная, инсулинокоматозная) при лечении детей не используются. Назначение лечения при шизофрении – безусловная прерогатива врача-психиатра.

Важнейшим слагаемым успешной терапии шизофрении является социализация пациентов. Если психическое состояние пациента позволяет ему учиться или работать, такой возможностью не следует пренебрегать. После купирования острых состояний всем пациентам показана психотерапевтическая помощь, включая когнитивно-поведенческую терапию, семейную терапию. Для достижения успеха в терапии шизофрении большое значение имеет поддержка семьи, друзей, вовлечение пациентов в социальные отношения.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Шкала позитивных и негативных симптомов.

Название на русском языке - Шкала позитивных и негативных симптомов.

Оригинальное название - Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS

Источник - Kay S.R, Fiszbein A, Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. 1987. *Schizophr Bull.* 13 (2): 261–76. doi:10.1093/schbul/13.2.261

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить)

Назначение: Шкала позитивных и негативных симптомов используется для оценки психического состояния пациентов с шизофренией и для оценки динамики их состояния, в частности, в процессе лечения.

Содержание (шаблон):

Используется оценка позитивных и негативных симптомов в контексте их выраженности. Из позитивных симптомов оцениваются: (1) бред, (2) расстройства мышления, (3) галлюцинации, (4) возбуждение, (5) идеи величия, (6) подозрительность, идеи преследования, (7) враждебность. Из негативных симптомов оцениваются: (1) притупленный аффект, (2) эмоциональная отгороженность, (3) трудности в общении, (4) пассивно-апатическая социальная отгороженность, (5) нарушения абстрактного мышления, (6) нарушения спонтанности и плавности речи, (7) стереотипное мышление. Вместе с позитивными и негативными симптомами шкала оценивает представленность общих психопатологических синдромов: (1) соматической озабоченности, (2) тревоги, (3) чувства вины, (4) напряженности, (5) манерности и позирования, (6) депрессии, (7) моторной заторможенности, (8) низкой контактности, (9) необычного содержания мыслей, (10) дезориентированности, (11) нарушения внимания, (12) снижения критичности, (13) расстройств воли, (14) ослабления контроля (агрессивности), (15) загруженности переживаниями, (16) социальной устранимости (избегания)

Области оценки и их критерии:

Шкала позитивных синдромов (П)

II. Бред

Необоснованные, нереалистичные и идиосинкразические идеи. Выраженность оценивается по содержанию мыслей, высказанных в беседе, и их влиянию на социальные отношения и поведение больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению свойств.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе 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 иногда отражаются на мышлении больного, его отношениях с другими людьми и поведении.
5. Сильная выраженность: наличие многочисленных, четко оформленных и устойчивых бредовых идей, которые периодически отражаются на его 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 поступкам, представляющих в некоторых случаях опасность для больного и окружающих.

II 2. Расстройства мышления

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: мышление обстоятельное, резонерское, паралогичное или с соскальзываниями. Больной испытывает некоторое затруднение при попытке сосредоточиться на одной мысли, при проявлении врачом настойчивости могут появляться случайные ассоциации.
4. Умеренная выраженность: при простом кратковременном общении сохраняется способность сосредоточиваться на определенных мыслях, однако, при малейшем давлении или в более сложных ситуациях мышление становится более аморфным (расплывчатым) и лишенным целенаправленности.
5. Сильная выраженность: больной почти всегда испытывает трудности в организации целенаправленного потока мыслей, что проявляется в соскальзываниях, непоследовательности, расплывчатости мышления даже при отсутствии давления со стороны.
6. Очень сильная выраженность: мыслительная деятельность серьезно расстроена; практически постоянно отмечаются непоследовательность и разорванность мышления.
7. Крайняя степень выраженности: разорванность мышления достигает степени бессвязности. Имеет место выраженное разрыхление ассоциативных связей, приводящее к полной утрате способности к общению, вплоть до “словесной крошки” или мутизма.

II 3. Галлюцинации

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: одна или две редкие, но отчетливые галлюцинации или несколько смутных патологических восприятий, не сказывающихся на мышлении или 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 вербальным сопровождением.

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

7. Крайняя степень выраженности: личность больного практически полностью охвачена галлюцинациями, которые по сути определяют направления его мышления и поведение. Галлюцинации сопровождаются устойчивой бредовой интерпретацией, вербальными и поведенческими реакциями, что подразумевает в том числе и полное подчинение императивным галлюцинациям.

II 4. Возбуждение

Гиперактивность, проявляющаяся в усилении двигательной функции, повышенной чувствительности к внешним раздражителям, повышенным уровнем бодрствования (гипервигилитет) , чрезмерно изменчивом настроении. Выраженность оценивается по характеру поведения во время беседы, а также по сведениям, полученным от медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: больной несколько возволнован, уровень бодрствования повышен, однако, четко выраженные эпизоды возбуждения или чрезмерной изменчивости настроения отсутствуют. Речь может быть ускорена.

4. Умеренная выраженность: во время беседы отмечаются явная возволнованность, повышенная раздражительность, ускорение речи и двигательной активности. Эпизодически могут наблюдаться вспышки сильного возбуждения.

5. Сильная выраженность: существенная гиперактивность или частые вспышки двигательного возбуждения. Больному затруднительно спокойно просидеть на одном месте больше нескольких минут.

6. Очень сильная выраженность: больной чрезвычайно возбужден на всем протяжении беседы, внимание рассеяно; могут нарушаться сон и прием пищи.

7. Крайняя степень выраженности: чрезвычайное возбуждение больного препятствует нормальному приему пищи, нарушает сон и взаимоотношение с другими людьми.

Ускорение речи и усиление двигательного возбуждения могут приводить к речевой разорванности, спутанности и истощению.

II 5. Идеи величия

Повышенная самооценка и необоснованная убежденность в своем превосходстве, включая идеи обладания особыми способностями, богатством, знаниями, славой, властью или моральной правотой. Выраженность оценивается по содержанию мыслей, выявляемых в беседе с врачом, и их отражению в поведении больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: отмечаются некоторая экспансивность и хвастливость. Четко оформленные идеи величия не обнаруживаются.
4. Умеренная выраженность: больной отмечает свое превосходство над другими, держится с переоценкой; 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 отношение больного к другим людям, но не проявляются в его 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, власти и/или моральных достоинств, которые могут приобретать нелепое содержание.

II 6. Подозрительность, идеи преследования

Необоснованные или преувеличенные мысли преследования, проявляющиеся в чувстве настороженности, недоверии, подозрительной бдительности или более отчетливом убеждении во враждебном отношении окружающих. Выраженность оценивается по содержанию высказанных во время беседы мыслей и их влиянию на поведение больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: больной проявляет настороженность или даже открытое недоверие, но нарушения мыслительной деятельности, поведения и отношений с другими людьми практически отсутствуют.
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, не влияющие на социальные взаимоотношения.
5. Сильная выраженность: недоверие настолько сильно, что приводит к разрыву отношений с другими людьми. Могут наблюдаться оформленные бредовые идеи преследования, мало изменяющие характер отношений с людьми или поведение больного.
6. Очень сильная выраженность: оформленный бред преследования, имеющий тенденцию к расширению, систематизации и оказывающий существенное влияние на отношения больного с другими людьми.
7. Крайняя степень выраженности: комплекс систематизированных бредовых идей преследования, практически полностью определяющий образ мыслей, социальные отношения и поведение больного.

II 7. Враждебность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: непрямые или скрытые проявления гневливости, например, сарказм, неуважение, враждебные высказывания, эпизоды раздражительности.
4. Умеренная выраженность: открытая враждебная настроенность, быстрая раздражительность и прямые проявления гнева и негодования.
5. Сильная выраженность: больной крайне раздражителен, иногда прибегает к словесным оскорблениям и угрозам.
6. Очень сильная выраженность: контакт с больным затруднителен вследствие словесных оскорблений и угроз, что также существенно нарушает отношения с другими людьми. Больной может быть настроен воинственно и иметь склонность к разрушению, однако, физического нападения на людей не совершает.

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

Негативные синдромы (Н)

Н 1. Притупленный аффект

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: мимика и коммуникативная жестикуляция кажутся напыщенными, вымученными, искусственными или обедненными.
4. Умеренная выраженность: уменьшение диапазона экспрессивности лица и жестикуляции определяет характерный “скучающий” (невыразительный) внешний вид.
5. Сильная выраженность: аффект обычно “притуплен” (уплощен), мимика скудная, жестикуляция обеднена.
6. Очень сильная выраженность: выраженная притупленность аффекта и недостаточность эмоциональных реакций наблюдаются большую часть времени. Иногда возможны чрезвычайно сильные неконтролируемые аффективные разряды в виде возбуждения, вспышек ярости или беспричинного смеха.
7. Крайняя степень выраженности: мимические модуляции и коммуникативная жестикуляция практически отсутствуют. Выражение лица постоянно безразличное или застывшее.

Н 2 Эмоциональная отгороженность

Отсутствие интереса к жизненным явлениям, участию в них и ощущения эмоциональной сопричастности к ним. Выраженность оценивается по сведениям, полученным от медицинского персонала и родственников, а также по итогам наблюдения за поведением больного во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: больной обычно мало инициативен и иногда может проявлять слабый интерес к окружающим событиям.

4. Умеренная выраженность: обычно больной эмоционально самоустраняется от влияния среды и предъявляемых ею требований, однако, при активном поощрении может быть вовлечен в более активную деятельность.
5. Сильная выраженность: больной обнаруживает отчетливую эмоциональную отгороженность от окружающих людей и происходящих событий и не поддается никаким попыткам активации извне. Он выглядит сдержанным, сговорчивым, не имеющим определенной цели, временами его удается вовлечь хотя бы в кратковременное общение и пробудить интерес к собственным нуждам.
6. Очень сильная выраженность: выраженное безразличие к окружающему и отсутствие эмоциональных реакций проявляются в резком уменьшении разговорного общения с людьми и пренебрежение собственными нуждами, в связи с чем требуется организация специального наблюдения и ухода за больным.
7. Крайняя степень выраженности: вследствие глубокого равнодушия к окружающему и отсутствия эмоциональных переживаний, больной выглядит почти полностью отстраненным, некоммуникабельным и безразличным к собственным нуждам.

ИЗ. Трудности в общении (малоконтактность, некоммуникабельность)

Отсутствие открытости, откровенности в разговорах с людьми, сопереживания, интереса или участия к собеседнику, что проявляется в затруднении налаживания межперсональных контактов, уменьшении объема вербального и невербального общения. Выраженность 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 на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: в общении с больным ощущается некоторая искусственность, натянутость, высокопарность. Речи больного не хватает эмоциональной глубины, она часто носит обезличенный, резонерский характер.
4. Умеренная выраженность: больно, как правило, выглядит отчужденным, держит дистанцию с собеседником, на вопросы отвечает механически, его действия выражают скуку или отсутствие интереса к беседе.
5. Сильная выраженность: явная отчужденность и незаинтересованность больного в беседе значительно затрудняют продуктивный контакт с ним. больно 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 практически остаются без ответа.

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

Н 4. 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. Выраженность оценивается по сведениям о социальном поведении больного, полученным от медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе 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 социальных отношений, старается держаться в тени.

5. Сильная выраженность: принимает пассивное участие в очень узком круге социальных контактов, 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 вступает в социальные контакты.

7. Крайняя степень выраженности: больной глубоко апатичен, социально изолирован, пренебрегает собственными нуждами, перестает обслуживать себя.

Н 5. Нарушение абстрактного мышления

Расстройство абстрактно-символического мышления, проявляющееся в затруднении классифицирования и обобщения, а также в неспособности уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач. Выраженность оценивается по ответам на

вопросы о смысловой общности предметов или 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 на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: отмечается тенденция давать буквальную или личностную интерпретацию сложных пословиц. возможны затруднения при толковании абстрактных или отдаленно связанных толкований концептуального характера.
4. Умеренная выраженность: больной часто прибегает к конкретному способу мышления. испытывает затруднения при интерпретации большинства пословиц и некоторых абстрактных понятий, а также при выделении наиболее характерного признака и функционального явления или предмета.
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 понятия. Мышление полностью непродуктивно или ограничивается способностью к выделению характерных признаков, определению функционального назначения или идиосинкразическим интерпретациям.
7. Крайняя степень выраженности: у больного сохраняется только конкретное мышление, полностью отсутствует понимание пословиц, распространенных метафор и сравнений или простых понятий, исчезает способность к классификации предметов и явлений даже на основании наиболее характерных признаков и функциональных свойств. Этим баллом можно также оценивать больных, беседа с которыми практически невозможна из-за резко выраженных нарушений мыслительной деятельности.

Н 6. Нарушение спонтанности и плавности речи

Затруднение нормального речевого общения вследствие апатии, чувства беззащитности, снижение волевых побуждений или нарушений мышления, что проявляется в расстройстве плавности речи и продуктивности вербального контакта. По выраженности этих признаков в беседе с врачом дается балльная оценка.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: больной мало инициативен во время беседы, его ответы обычно кратки и лишены подробностей, для получения информации приходится задавать прямые и наводящие вопросы.
4. Умеренная выраженность: речь больного лишена плавности, неровна или прерывиста. Для получения требуемой информации часто приходится задавать наводящие вопросы.
5. Сильная выраженность: беседа явно страдает недостатком спонтанности и откровенности со стороны больного; ответы на вопросы одним или двумя короткими предложениями.
6. очень сильная выраженность: ответы больного сводятся к нескольким словам или коротким фразам, направленным на прекращение беседы или резкого сокращения 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: речь больного, как правило, сводится к случайным высказываниям; беседа с ним не возможна.

Н 7. Стереотипное мышление

Нарушение плавности, спонтанности и гибкости мышления, проявляющееся в ригидности, повторяемости или обыденности мыслей. Выраженность оценивается по характеру познавательного процесса во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: обнаруживается некоторая ригидность установок и представлений. Больной может отказываться от рассмотрения альтернативных соображений или испытывать затруднения при переключении с 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 больного доминируют постоянно повторяемые идеи или отдельные фразы, что приводит к неадекватности и резкой ограниченности контакта с врачом.

Шкала общих психопатологических синдромов (О)

01. Соматическая озабоченность

Жалобы на физическое здоровье или убежденность в наличии соматического заболевания или расстройства, которые могут варьировать от смутного чувства наличия болезни до отчетливого бреда смертельного соматического заболевания. Выраженность оценивается на основании высказываний больного в процессе беседы с врачом.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: заметная обеспокоенность своим здоровьем или физическим состоянием, проявляющаяся в задаваемых время от времени вопросах и в желании получить поддержку со стороны врача.
4. Умеренная выраженность: жалобы на плохое здоровье или расстройства отдельных функций организма. Однако, бредовой убежденности нет. Состояние поддается психотерапевтическому воздействию.
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 бредовыми идеями физического заболевания или органического поражения различных функций организма. Однако, полной охваченности личности, в т.ч. ее аффективной сферы бредовыми идеями не наблюдается. Врачу с трудом удастся отвлечь больного от этих мыслей.
7. Крайняя степень выраженности: многочисленные и часто проявляющиеся бредовые идеи соматического заболевания или несколько бредовых идей катастрофического исхода болезни. полностью поглощающие мысли и чувства больного.

02. Тревога

Субъективное переживание нервозности, беспокойства, опасения или волнения. варьирующее от чрезмерной обеспокоенности своим настоящим или будущим до реакции паники. Выраженность оценивается на основе информации, полученной от больного во время опроса, и по соответствующим физическим проявлениям.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: больной выражает некоторую обеспокоенность, чрезмерное волнение или опасения, что не сопровождается, однако, какими бы то ни было соматическими или поведенческими реакциями.
4. Умеренная выраженность: больной сообщает о повышенной нервозности, беспокойстве, которые сопровождаются появлением легких физических признаков, таких как мелкоколеблющийся 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 и 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.

03. Чувство вины

Чувство раскаяния или самообвинение по поводу имевших место в прошлом реальных или воображаемых проступков. Выраженность оценивается на основании сообщений больного о наличии чувства вины и по степени влияния последнего на мыслительную деятельность и поведение.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: прицельный расспрос выявляет наличие смутного чувства вины и идей самообвинения по поводу незначительного проступка, что, однако, не сильно занимает больного.
4. Умеренная выраженность: больной выражает явную обеспокоенность по поводу какого-то реального проступка, что однако, не отражается на поведении больного; полной охваченности сознания этими мыслями не наблюдается.
5. Сильная выраженность: больной испытывает сильное чувство вины с идеями самоуничтожения или наказания. Чувство вины может быть связано с развитием бредового психоза, может возникать спонтанно, может служить источником озабоченности и/или подавленного настроения и не ослабевает после беседы с врачом.

6. Очень сильная выраженность: идеи вины достигают бредового уровня и сопровождаются чувством безнадежности и собственной никчемности. Больной убежден, что он будет строго наказан за свои проступки и может расценивать происходящие события в качестве такой меры наказания.

7. Крайняя степень выраженности: весь строй жизни больного подчинен неопровержимой идее своей вины. Он считает, что заслуживает самого сурового наказания вплоть до пожизненного тюремного заключения, пыток и/или смерти. Одновременно могут возникать мысли о самоубийстве или склонность объяснить встающие перед другими людьми проблемы их прошлыми поступками.

04. Напряженность

Внешние проявления страха, тревоги и волнения, например, скованность в беседе, тремор, потливость, двигательное беспокойство (неусидчивость). Выраженность оценивается в процессе беседы на основании высказываний больного и соответствующим физическим проявлениям психической напряженности.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые показатели могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: позы и движения больного указывают на легкую степень волнения (например, некоторая скованность движений, временная неусидчивость, стремление к перемене позы, мелкий и быстрый тремор рук).

4. Умеренная выраженность: отчетливые проявления повышенной нервозности в виде суетливости, тремора рук, потливости, нервной манерности.

5. Сильная выраженность: значительная напряженность с самыми разнообразными проявлениями (например, нервная дрожь, сильная потливость и двигательное беспокойство) при сохранении, в целом, нормального поведения во время беседы.

6. очень сильная выраженность: степень напряженности такова, что препятствует нормальному общению. Например, у больного может наблюдаться постоянная суетливость, он не может долго сидеть на одном месте или у него учащается дыхание.

7. Крайняя степень выраженности: состояние больного близкое к паническому. Отмечаются существенное ускорение двигательной активности, непрерывная ходьба или метание по комнате. Больной не может больше минуты находиться на одном месте, что делает невозможной беседу с ним.

05. Манерность и позирование

Неестественные движения и/или позы, что придает манере поведения больного неуклюжий, диспластичный или эксцентричный характер. Выраженность оценивается на основании наблюдения за физическими проявлениями расстройства во время беседы, а также по сведениям, полученным от родственников и медицинского персонала.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень сильная выраженность: сомнительная патология. оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: некоторая неуклюжесть движений или небольшая застываемость (ригидность) в позах.
4. Умеренная выраженность: заметная неуклюжесть или диспластичность (разорванность) 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 довольно длительные периоды времени.
6. Очень сильная выраженность: частые повторения эксцентричных, “ритуальных” движений, манерность или стереотипные движения; застывание в неестественных позах может наблюдаться на протяжении длительного времени.
7. Крайняя степень выраженности: нормальная жизнедеятельность серьезно нарушена из-за практически постоянного совершения больным ритуальных или стереотипных движений, выраженной манерности или длительного застывания в неестественных позах.

06. Депрессия

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: субъективные ощущения грусти и подавленного настроения удается выявить только при прицельном расспросе; внешний вид и поведение не меняются.
4. Умеренная выраженность: отчетливые переживания печали и безнадежности, о которых больной может говорить по собственной инициативе, но которые, однако, существенным

образом не сказываются на поведении и социальных отношениях больного. Возможна психотерапевтическая коррекция состояния.

5. Сильная выраженность: явно подавленное настроение с переживаниями печали, пессимизмом, утратой жизненных интересов, психомоторной заторможенностью, а также некоторыми нарушениями сна и аппетита. Психотерапевтической коррекции не поддается.

6. Очень сильная выраженность: сильно подавленное настроение с устойчивыми переживаниями безнадежности, собственной ничтожности; временами больной плачет. одновременно наблюдаются значительное ухудшение сна и аппетита, снижение двигательной активности, потеря жизненных интересов, возможны упущения в самообслуживании.

7. Крайняя степень выраженности: депрессивные переживания значительно нарушают жизнедеятельность больного. Наблюдаются выраженные соматовегетативные 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 тенденций.

07. Моторная заторможенность

Снижение двигательной активности, проявляющееся в замедлении движений и темпа речи, вялой реакции на раздражители и уменьшении физического тонуса. Выраженность оценивается как по поведению в период болезни, так и со слов медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе 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, скорость речи снижается.

5. Сильная выраженность: двигательная активность резко понижена, что делает общение с больным непродуктивным и мешает выполнению им своих социальных и профессиональных обязанностей. Больной подолгу сидит или лежит.

6 очень сильная выраженность: движения крайне замедленны, двигательная и речевая активность минимальны. Целые дни больной проводит в бесцельном сидении или лежании.

7. Крайняя степень выраженности: больной практически полностью неподвижен и мало реагирует на внешние раздражители.

08. Малоконтактность (отказ от сотрудничества, малообщительность)

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: больной подчиняется требованиям, проявляя при этом неудовольствие, нетерпение или саркастическое отношение. Стараются 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, негативистические защитные реакции. что, однако, в большинстве случаев не исключает возможности 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 воинственно. Он отказывается следовать большинству правил общежития и часто не желает вести беседу с врачом.

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

09. Необычное содержание мыслей

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: несколько странное или идиосинкразическое (несоответствующее общепринятому) содержание мыслей, или употребление известных идей в необычном контексте.
4. Умеренная выраженность: частое искажение мыслей, иногда достигающих 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 радиосигналы из космоса через зубную пломбу).
6. Очень сильная выраженность: больной высказывает множество алогичных и абсурдных мыслей (например, что имеет три головы. что он пришелец с другой планеты).
7. Крайняя степень выраженности: мышление перегружено нелепыми, эксцентричными и фантастическими идеями.

010. Дезориентированность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе 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 медицинский персонал, 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 знаний 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 фамилий политических деятелей.

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 названий 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 месяце.

5. Сильная выраженность: больной с большим трудом узнает людей, имеет очень слабое представление о своем местонахождении, большинство окружающих людей 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 времени, 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.

011. Нарушение внимания

Расстройство целенаправленного внимания, проявляющееся в недостатке сконцентрированности, повышенной отвлекаемости. трудностях сосредоточения, поддержания, переключения внимания на новые объекты. Выраженность 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 на верхней границе нормы.

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

4. Умеренная выраженность: беседа с больным затруднена из-за повышенной отвлекаемости, трудности подолгу сосредоточиваться 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 к своему состоянию

Недостаточное понимание своего психического состояния, сложившейся жизненной ситуации. что проявляется в неспособности признать наличие заболевания или его симптомов в прошлом и настоящем, отрицании необходимости госпитализации или психиатрического лечения, принятии решений без достаточного учета их последствий, построении малореальных планов на будущее. Выраженность оценивается по содержанию мыслей, высказываемых больным во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: больной признает наличие психического расстройства, 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 отдаленное 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 отчужденность. Больной может признавать необходимость лечения лишь по поводу таких клинических проявлений, как тревога, напряженность или нарушения сна.
5. Сильная выраженность: больной признает наличие психического расстройства в прошлом, но не в настоящем. При расспросах он может указать на наличие некоторых несуществующих или не относящихся к данному заболеванию симптомов, проявляя тенденцию к их неправильному или даже бредовому истолкованию. Необходимость психиатрического лечения обычно отрицается.

6. Очень сильная выраженность: не считает себя психически больным; отрицает наличие каких-либо психических 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 полностью 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 медицинском персоналом, старается избежать приема лекарственных препаратов и не соблюдает режим лечения.

013. Расстройство воли

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: в речи и мыслях больного проявляется некоторая нерешительность, которая практически не отражается на общении и поведении.

4. Умеренная выраженность: больной часто амбивалентен; испытывает трудности в принятии решений. Беседа с больным несколько затруднена из-за разбросанности его мыслей.

5. Сильная выраженность: волевые нарушения отражаются как на мышлении, так и на поведении больного; обнаруживается выраженная нерешительность, которая затрудняет спонтанную двигательную и речевую активность, а также препятствует налаживанию социальных отношений.

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 идеомоторной заторможенности 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. Выраженность оценивается по поведению во время беседы и со сведений медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: в условиях стресса или при неудовлетворенном желании больной легко раздражается или расстраивается, но при этом редко действует импульсивно в соответствии со своими переживаниями.
4. Умеренная выраженность: больной становится гневливым и склонным к словесным нападкам по малейшему поводу, иногда прибегает к угрозам. Могут отмечаться один-два эпизода физического противодействия или склонность к разрушающим действиям.
5. Сильная выраженность: периодически наблюдаются импульсивные разряды, сопровождающиеся оскорблениями, повреждением вещей или угрозами физической расправы. Возможны один-два эпизода нападения на людей, вызывающие необходимость изоляции больного, применения мер стеснения или других способов успокоения больного.
6. Очень сильная выраженность: наблюдаются частые импульсивные (неконтролируемые) вспышки агрессивности, постоянно угрожает или требует, разрушает окружающие предметы, явно не представляя себе последствия этих действий. Больной проявляет отчетливую тенденцию к насильственным действиям, в том числе нападению на почве сексуального влечения. Поведение может быть обусловлено подчинением императивным галлюцинациям.
7. Крайняя степень выраженности: больной предпринимает непрекращающиеся попытки нападения на людей с целью убийства или изнасилования, склонен к самоповреждению. При этом проявляет особую жестокость. В связи с неспособностью контролировать опасные импульсы больной требует постоянного наблюдения, изоляции или фиксации.

015. Загруженность психическими переживаниями

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 описанию расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: чрезмерная озабоченность своими нуждами и проблемами, проявляющаяся в постоянных попытках перевести разговор на волнующие больного темы при отсутствии интереса к другим проблемам.
4. Умеренная выраженность: временами больной выглядит погруженным в себя, поглощенным своими мечтами или переживаниями, что в некоторой степени затрудняет беседу с ним.
5. Сильная выраженность: больной погружен в аутистические фантазии или внутренние переживания, что отражается на его поведении и значительно нарушает его социальную и коммуникативную активность. Иногда больной сидит с отсутствующим взглядом, что-то шепчет и/или говорит сам с собой, совершает стереотипные движения.
6. Очень сильная выраженность: больной почти полностью поглощен своими внутренними переживаниями, что значительно затрудняет способность к концентрации внимания. участие в беседе и ориентацию в окружающей ситуации. больной часто чему-то улыбается, смеется, что-то шепчет, говорит сам с собой.
7. Крайняя степень выраженности: полная загруженность внутренними переживаниями. сопровождающаяся резким снижением уровня адаптации. Поведение больного полностью подчинено галлюцинациям, он мало обращает внимание на окружающих людей и обстановку.

016. Активная социальная устранимость

Уменьшение социальной активности на почве необоснованного страха, враждебного или подозрительного отношения. Выраженность оценивается на основании сведений о социальной активности больного, полученные от медицинского персонала или родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе 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 вступает в социальные контакты, нуждается в постоянном поощрении и может неожиданно прервать их 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, враждебного или подозрительного отношения больной проявляет лишь самую необходимую социальную активность. При инициативе со стороны окружающих больной проявляет явное стремление избежать контактов и обычно старается держаться в стороне от людей.
7. Крайняя степень выраженности: больного не удается вовлечь в социальные отношения из-за наличия сильного страха, враждебности или бреда преследования. Он всеми силами стремится избежать контактов и остается в полной изоляции.

Ключ (интерперетация): при использовании данной шкалы измеряется степень нарушения в перечисленных выше категориях по трем субшкалам с учетом возраста ребенка. Характер ожидаемых нарушений описан внутри самого диагностического материала. Оцениваются: (1) тяжесть продуктивной симптоматики по Шкале позитивных синдромов (7 признаков); (2) тяжесть негативной симптоматики по Шкале негативных синдромов (7 признаков); (3) композитный индекс (баллы позитивной симптоматики минус баллы негативной симптоматики); (4) выраженность других психических нарушений по Общей психопатологической шкале (16 признаков); (5) риск возможной агрессии (3 дополнительных признака вместе с анамнестическими данными).

Комментарий: за рубежом заполнение шкалы как правило, выполняют психологи, поэтому разработано «Структурированное клиническое интервью для оценки симптомов по Шкале позитивных и негативных синдромов» (PANSS) (Opler L.A., Kay S.R., Lindenmayer J.P., Fiszbein A., 1999). В повседневной клинической практике опытным специалистом оценка по шкале проводится автоматически в процессе клинического интервьюирования пациента.

Пояснения: шкала должна использоваться в динамике, рекомендуемый интервал повторного использования шкалы составляет 7-10 дней.

Приложение Г2. Шкала повседневного социального функционирования.

Название на русском языке - Шкала повседневного социального функционирования.

Оригинальное название - Personal and social functioning scale (PSP)

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

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить)

Назначение: Шкала повседневного социального функционирования используется для оценки способности к обучению и усвоению речевых навыков, для оценки отношений с близкими и окружающими людьми, для оценки сформированности навыков к самообслуживанию, для оценки возбуждения и агрессивного поведения, в том числе – в процессе проводимого лечения и для оценки эффективности проводимого лечения и в ходе создания и реализации индивидуального плана психокоррекции и медицинской реабилитации

Содержание (шаблон):

Используется оценка в 4-х основных областях функционирования с учетом возраста ребенка:

Области функционирования:

(а) способность к обучению и усвоению речевых навыков;

(b) отношения с близкими и окружающими людьми;

(с) самообслуживание;

(d) возбуждение и агрессивное поведение.

Критерии для областей a-d:

Область (а): категории (оценка осуществляется врачом-психиатром или медицинским психологом)

- Отсутствие проблем в области способности к обучению у детей характеризовалось успешным усвоением ключевых навыков предметно-практической деятельности, доступных для данного возраста. Как правило, такие дети посещали общую

группу детского сада, обучались по общеобразовательной программе школы, либо могли быть определены в данные заведения.

- Слабая выраженность нарушений в этой области характеризовалась колебаниями работоспособности, ухудшением концентрации внимания при нагрузках, некоторыми трудностями при привлечении к целенаправленной деятельности. Детям данной группы требовалось приложить больше усилий для усвоения материала, однако они были способны справиться с этим без посторонней помощи.

- Заметно выраженные затруднения проявлялись неравномерным темпом интеллектуальной деятельности, снижением успеваемости, быстрой истощаемостью, отвлекаемостью, ограничением круга интересов. У части больных отмечались нарушения звукопроизношения, не соответствующие возрасту. Дети по-прежнему обучались по общим стандартам, однако зачастую требовали дополнительной помощи специалистов: репетиторов, психологов, логопедов.

- Значительные нарушения в данной области характеризовались нарастающей задержкой интеллектуального развития, заметным отставанием от сверстников, незрелостью или сверхценностью интересов, трудностью переключения внимания. Отмечались нарушения фразовой речи, трудности в усвоении навыков чтения, письма. Данным детям рекомендовалась дополнительная помощь специалистов, а также специализированные условия обучения с учетом возраста: посещение группы с общими нарушениями развития, индивидуальное обучение, переход на программу для детей с задержкой психического развития.

- Сильно выраженные нарушения способности к обучению предполагали наличие когнитивного дефицита, сопровождаемого выраженными нарушениями мышления, специфичных для данного заболевания. Отмечались выраженное недоразвитие речи. Дети дошкольного возраста посещали группу детей с задержкой психического развития, либо оставались не организованными. Дети школьного возраста обучались по коррекционным программам для больных УМО.

- Очень сильно выраженная дезадаптация в данной сфере характеризовалась глубоким когнитивным дефектом, зачастую наблюдалось отсутствие речевых навыков, либо речь не несла коммуникативной функции. Дети школьного возраста из данной группы занимались по вспомогательной программе для лиц с тяжелой умственной отсталостью либо оставались не организованными, в отдельных случаях находились в рамках психоневрологического интерната.

Область (b): категории (оценка осуществляется врачом-психиатром или медицинским психологом)

- Оценка по критерию взаимоотношения с близкими и окружающими, производилась следующим образом: отсутствие проблем в данной сфере характеризовалась наличием эмоциональной привязанности к близким, активным коммуникативным взаимодействием, стремлением к расширению круга общения, умением понимать эмоции и невербальные сигналы окружающих (с учетом возраста), установлением дружеских связей. Дети с удовольствием общались в группе сверстников, хорошо адаптировались в коллективе.

- Слабо выраженные нарушения отличались эмоциональной блеклостью, некоторой формальностью в общении с окружающими, избирательностью и поверхностностью контактов.

- Заметно выраженные нарушения характеризовались ограничением круга контактов, трудностью или неспособностью в установлении дружеских связей, стремлением к одиночеству, предпочтением занятий с механизмами, а не с людьми, трудностью адаптации в новом коллективе, избеганием посещения группы, класса.

- Значительно выраженные затруднения отмечались у детей, отличавшихся эмоциональным уплощением, эгоцентричностью, трудностью в распознавании и использованию невербальных сигналов в общении при сохранении экспрессивной речи, активным стремлением к одиночеству, ограничением круга контактов членами семьи, страхами, враждебностью или отсутствием интереса к другим детям. Отмечались значительные трудности нахождения в коллективе.

- Сильные нарушения в данной сфере предполагали недоразвитие эмоционального реагирования вплоть до безразличия к близким, либо выраженной симбиотической привязанностью к матери, трудностью в дифференцировке «свой-чужой», избирательным реагированием на обращенную речь.

- Очень сильные нарушения характеризовались отсутствием реакции на обращенную речь, активным уходом от контакта с любыми людьми, однообразием эмоциональных реакций, отрешенностью от происходящего.

Область (c): категории (оценка осуществляется врачом-психиатром или медицинским психологом)

- Нормой освоения навыков самообслуживания для детей 3-4х лет является умение пользоваться столовыми приборами, горшком, самостоятельное надевание и снятие

одежды, 6-7 лет – умение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, самостоятельно соблюдать гигиенические процедуры, 8-10 лет – умение следить за своими вещами, готовить простые блюда, считать сдачу, от 10-11 лет – умение покупать в магазине, убирать по дому, пользоваться основной домашней техникой.

- Слабо выраженные нарушения в данной области характеризовались небольшими затруднениями в выполнении основных навыков (навыки были освоены по возрасту).

- Заметно выраженные нарушения характеризовались неловкостью, трудностью при исполнении навыков (при своевременном развитии навыков). Значительные нарушения отмечались у детей, которым при самообслуживании требовалось руководство взрослых, навыки были освоены по возрасту, однако выполнялись частично или искаженно.

- Сильно выраженные нарушения предполагали освоение навыков на уровне более младшего возраста, в быту и при самообслуживании в большинстве ситуаций требовалась помощь взрослого.

- Очень сильно выраженные нарушения отмечались у детей, полностью не способных обслуживать себя самостоятельно, требовавших постоянного присутствия взрослого.

Область (d): категории (оценка осуществляется врачом-психиатром или медицинским психологом)

- Нормой считалось отсутствие возбуждения и агрессивного поведения.

- Слабо выраженными критериями являлись замкнутость, грубоватость, демонстративность поведения, активные жалобы на окружающих

- Заметно выраженными критериями считались бездистантность в поведении, развязность, проявления негативизма.

- К значительно выраженным проявлениям относились: нецензурная брань в адрес окружающих, порча вещей, социально неприемлемое поведение (с учетом возраста)

- К сильно выраженным проявлениям относились: вербальные угрозы в адрес окружающих, агрессия к окружающим и/или аутоагрессия, без намерения нанести серьезный физический ущерб.

- Очень сильно выраженными критериями являлись агрессивные целенаправленные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб, либо хаотичная нецеленаправленная агрессия и аутоагрессия.

Ключ (интерперетация): при использовании данной шкалы измеряется степень затруднения в 4-х основных областях функционирования с учетом возраста ребенка. Уровень нарушения функционирования оценивается по степени выраженности затруднений, испытываемых больным на протяжении последних 7-ми дней. На основании проведенной клинической оценки выбирают интервал, соответствующий уровню социального функционирования: (в баллах)

- 100-91 баллов: Полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны

- 90-81 баллов: Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди

- 80-71 баллов: Небольшие затруднения в одной или более областях **a-c**

- 70-61 баллов: Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях **a-c** или небольшие проблемы в области **d**

- 60-51 баллов: Значительные затруднения в одной из областей **a-c** или заметные проблемы в области **d**

- 50-41 баллов: Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях **a-c**, или сильно выраженные затруднения в одной из областей **a-c**, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области **d**

- 40-31 баллов: Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей **a-c**, или значительные проблемы в области **d**

- 30-21 баллов: Сильно выраженные затруднения в двух областях **a-c** или сильно выраженные проблемы в области **d**, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях **a-c**.

- 20-11 баллов: Сильно выраженные нарушения во всех областях **a-d** или очень сильно выраженные проблемы в области **d**, сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях **a-c**. Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20-16 баллов; если нет, то – в интервал 15-11 баллов.

- 10-1 баллов: Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6-10) или с опасностью для жизни больного,

например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5-1).

Пояснения: шкала должна использоваться в динамике, рекомендуемый интервал повторного использования шкалы составляет 7-10 дней.