



Клинические рекомендации

# Шизофрения (детский и подростковый возраст)

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F 20.1-F 20.9**

Возрастная группа: **Дети**

Год утверждения: **2019**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Общественная организация «Российское общество психиатров»**

## Оглавление

Оглавление .....	2
Ключевые слова .....	4
Список сокращений.....	5
Термины и определения .....	6
1. Краткая информация по шизофрении .....	7
(детский и подростковый возраст).....	7
1.1 Определение шизофрении (детский и подростковый возраст) .....	7
1.2 Этиология и патогенез детской шизофрении.....	7
1.3 Эпидемиология детской шизофрении .....	8
1.4 Особенности кодирования детской шизофрении по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	8
1.5 Классификация детской шизофрении.....	9
1.6 Клиническая картина детской шизофрении.....	11
2.1 Жалобы и анамнез .....	19
2.2 Физикальное обследование при детской шизофрении .....	22
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	24
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	25
2.5 Иные диагностические исследования.....	27
2.6 Экспериментально-психологическое исследование .....	29
2.7 Дифференциальная диагностика детской шизофрении .....	32
3. Лечение детской шизофрении.....	36
Общие принципы лечения .....	36
3.1 Психофармакологическое лечение детской шизофрении .....	36
3.2 Психотерапия и психокоррекция детской шизофрении .....	49
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	52
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....	53

6. Организация медицинской помощи .....	55
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	58
8. Критерии оценки качества медицинской помощи .....	58
Список литературы.....	60
Приложение А. Методология разработки клинических рекомендаций .....	67
Приложение Б. Алгоритм ведения пациента .....	71
Приложение В. Информация для пациента .....	72
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	77

## Ключевые слова

- Психиатрия
- Детская психиатрия
- Шизофрения
- Дети
- Подростки
- Параноидная форма шизофрении
- Кататоническая форма шизофрении
- Гебефреническая форма шизофрении
- Резидуальная форма шизофрении
- Простая форма шизофрении
- Недифференцированная форма шизофрении
- Диагностика шизофрении
- Терапия шизофрении
- Фармакотерапия шизофрении
- Психотерапия шизофрении
- Психокоррекция при шизофрении
- Реабилитация при шизофрении
- Исход шизофрении
- Прогноз при шизофрении
- Дифференциальная диагностика шизофрении
- Шизотипическое расстройство
- Шизоаффективное расстройство
- Аффективные расстройства
- Расстройства аутистического спектра
- Процессуальный аутизм
- Детский психоз
- Атипичный детский психоз
- Умственная отсталость

## Список сокращений

АДП – атипичный детский психоз

DSM-5 – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (АРА) 5 пересмотра

ДШ – детская шизофрения

ИДК – исследовательские диагностические критерии

КД – когнитивный дефицит

МКБ, МКБ-10 – международная классификация болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра

НПР – нарушения психического развития

ПБ – психиатрическая больница

ПМУ – перечень медицинских услуг

ПНД – психоневрологический диспансер

РАС – расстройства аутистического спектра

РКИ – рандомизированные клинические исследования

СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ССД – средняя суточная доза

ТЦА – трициклические антидепрессанты

ЦНС – центральная нервная система

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

НВ – нейровоспаление

ИП- инфантильный психоз

## Термины и определения

**Детская шизофрения** – вариант прогредиентного психического расстройства с утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящее к нарушению психического развития, формированию типичного для ДШ когнитивного дефекта.

**Расстройства аутистического спектра (РАС)** охватывают гетерогенную группу нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдромы Каннера и Аспергера, высокофункциональный аутизм, инфантильный психоз, атипичный детский психоз, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся диадой нарушения социального взаимодействия, ограниченными и повторяющимися паттернами поведения и/или интересов (DSM-5).

**Прогредиентность** – темп нарастания негативной симптоматики в клинической картине детской шизофрении (ДШ), определяющий характер личностных и когнитивных изменений в структуре дефекта при детской шизофрении.

**Скрининг** (первичное выявление риска заболевания) – краткий сбор информации о психологическом, социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, 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 в детстве. Скрининг проводится специалистами учреждений первичного звена здравоохранения (педиатрами, неврологами, медицинскими психологами).

# 1. Краткая информация по шизофрении (детский и подростковый возраст)

## 1.1 Определение шизофрении (детский и подростковый возраст)

**Детская шизофрения (ДШ)** – вариант прогрессирующего психического расстройства, характеризующийся дисгармоничностью и утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящее к грубому нарушению психического развития, формированию типичного для ДШ когнитивного дефекта. Детская шизофрения развивается на фоне патологического формирования мозговых структур, дизонтогенетического развития физиологических и психических функций ребенка, что определяет возрастную динамику симптоматики, структуру дефекта.

## 1.2 Этиология и патогенез детской шизофрении

**Этиология и патогенез ДШ** точно не известны, предполагаются мультифакторные причины заболевания: биологические (генетические, дизнейроонтогенетические, нейрохимические, иммунологические), психосоциальные.

**Генетическая основа заболевания** подтверждена семейными исследованиями близнецов и усыновленных детей. У сестер и братьев больных шизофренией риск заболевания составляет 10-12%; у детей, один из родителей которых болен шизофренией, - 10 - 14%, если оба родителя больны - 40%, у однояйцевых близнецов риск ДШ в 4 раза выше, чем у двуяйцевых и составляет 50%. Генетическая диспозиция интерпретируется как полигенная наследственная предрасположенность (участие 2 или более пар генов). Наследуется предрасположенность к болезни, которая может проявляться, в том числе, особой уязвимостью, которая, свою очередь, определяет значительное влияние средовых факторов [1]

**Нейродизонтогенетическая гипотеза**, основывающаяся на нарушениях развития нервной системы, вызванных дефектами развития мозга на ранних этапах его формирования.[1]

*Нейрохимические гипотезы* обсуждают нарушение обмена нейромедиаторов: избыточную активность допаминовых центральных нервных структур в мезолимбической, ниграстриальной, тубероинфундибулярной системах; гипотезу недостатка глутаматов (преимущественно в подростковом возрасте) и др. [2].

*Аутоиммунные теории* возникновения ДШ рассматривают иммунный воспалительный процесс в качестве одного из звеньев патогенеза [3, 4, 5].

*Нейропсихологические теории*, считают основой ДШ такие когнитивные нарушения, как снижение обработки информации, слабость селективного внимания, задержка или остановка развития речи. Снижение IQ у детей в возрасте от 4 до 7 лет является предвестником психотических симптомов, развивающихся в юности [6].

*Психосоциальные* (перистатические) факторы скорее являются дополнительными, не влияют на происхождение ДШ, но прослеживается связь во времени между конфликтом или стрессом и манифестацией болезни [7].

### **1.3 Эпидемиология детской шизофрении**

Эпидемиологический показатель общей распространенности шизофрении составляет около 0,5 – 1% в популяции (примерно в 4% всех случаев шизофрения начинается до 15-летнего возраста, лишь у 1% больных – до 10 лет). В психиатрических стационарах частота шизофренических расстройств у детей составляет 1-2%, среди подростков - около 5%, в возрасте до 15 лет – 4 %; от 14 до 20 лет –10 %; от 21 до 30 лет – 42%) [8]. Половые различия обнаруживаются в соотношении заболевших мальчиков и девочек: в пределах 2 : 1 – 3,2 : 1 в возрасте до 10 лет и 1,5:1 в возрасте от 11 до 17 лет [9]. Доля больных шизофренией среди детей-инвалидов от 0 до 17 лет по психическим заболеваниям всегда была невелика (в 2002 г. – 3,4%), но постоянно росла. В 2012 г. доля этих детей составляла в РФ в целом 4,4%, т.е. увеличилась по сравнению с 2002 г. на 29,0% или в 1,3 раза [10]. Показатели общей заболеваемости детей на период 2018 года в группе психотических расстройств увеличились, так при шизофрении на 6,5% с 13,53 : 100 тыс. населения в 2000 г. до 14,41 : 100 тыс. населения в 2018 г. (показатель соотношения 2018/2000 – 6,5%), а в группе подростков показатель заболеваемости шизофренией возрос с 54,61 : 100 тыс. населения в 2000 г. до 79,03:100 тыс. населения в 2018 г. (показатель соотношения 2018/2000 – 44,7%) [11].

### **1.4 Особенности кодирования заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Для диагностики шизофрении начавшейся в детском возрасте, не соответствующей другим рубрикам в МКБ-10 (1994), при адаптации в МКБ-10 (1999) в России введен дополнительный специальный раздел «**шизофрения других установленных типов**», который включает в себя диагноз «**шизофрения (детский тип)**», **шифр - F 20.8xx3**. Данная рубрика включает случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе формы, возникающие в раннем детстве, с выраженным дефектом олигофреноподобного типа [12].

### **1.5 Классификация детской шизофрении**

В современных научных концепциях доминируют представления о единстве детской и взрослой шизофрении, поэтому выделяемые в МКБ-10 формы шизофрении одинаково применимы для взрослых и детей. Согласно МКБ-10, для диагностики определенной формы заболевания должны выявляться общие критерии шизофрении и в дополнение к ним:

- доминирование галлюцинаторных голосов и/или бреда – при параноидной форме;
- грубые нарушения мышления, эмоций, дурашливость – при гебефренической форме;
- кататонические симптомы – при кататонической форме;
- преобладание негативных симптомов при резидуальной форме;
- негативные симптомы и трансформация личности при простой форме.

Таким образом, в МКБ-10 используются диагностические рубрики, единые (за исключением собственно детского типа) для взрослых и детей.

F 20 – Шизофрения

F 20.0 – Параноидная шизофрения

F 20.1 – Гебефреническая (гебефреническая) шизофрения

F 20.2 – Кататоническая шизофрения

F 20.3 – Недифференцированная шизофрения

F 20.5 – Остаточная (резидуальная) шизофрения

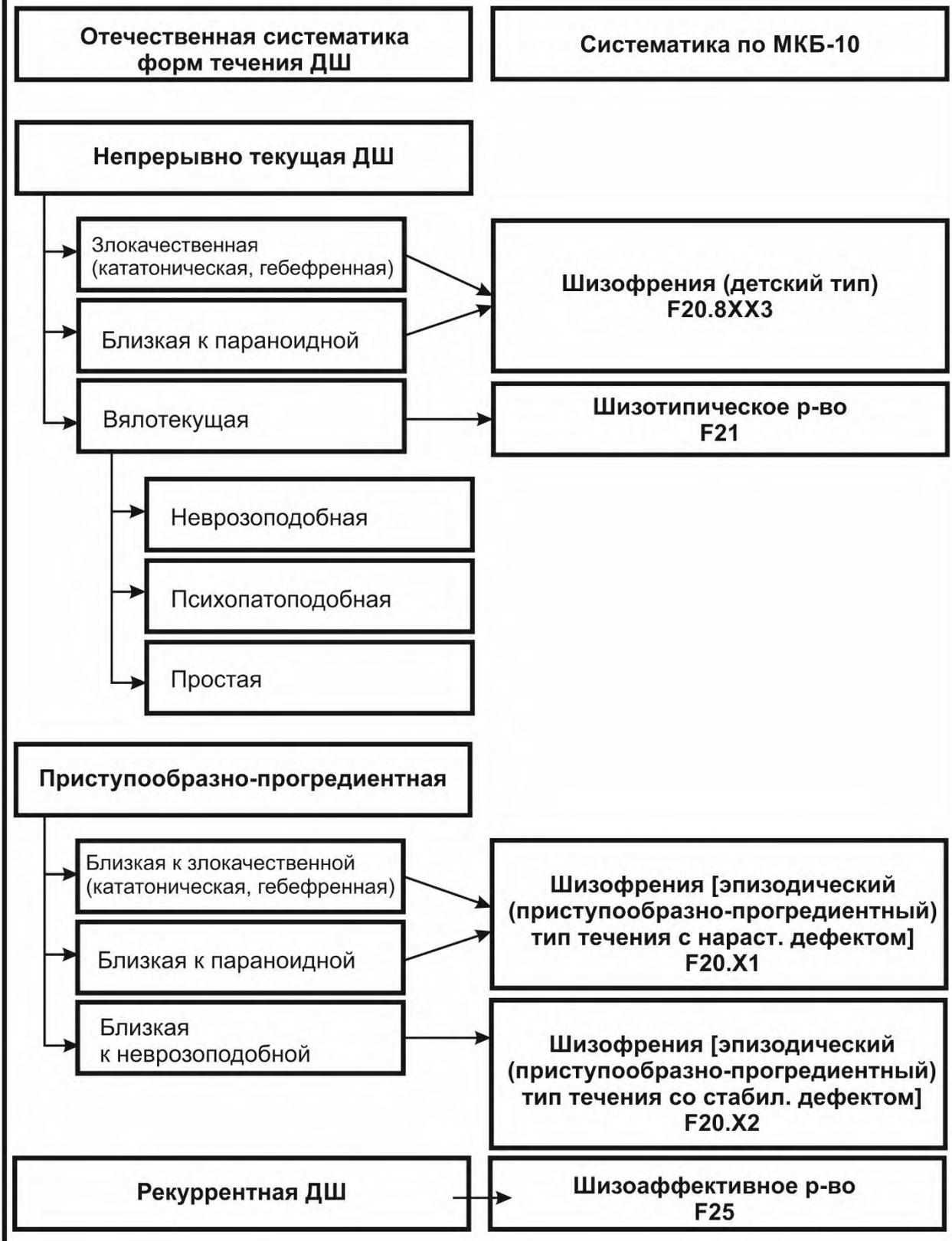
F 20.6 – Простая шизофрения

F 20.8 – Шизофрения, другой тип, включая F 20.8xx3 детский тип шизофрении

F 20.9 – Шизофрения неуточненная

(см. раздел **диагностика**)

## ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ В СРАВНЕНИИ С МКБ-10



## 1.6 Клиническая картина детской шизофрении и других расстройств шизофренического спектра в детско-подростковом возрасте

В МКБ-10 [1994], детская форма шизофрении не выделяется. Диагностика основывается на диагностических критериях шизофрении, характерной для взрослых с учетом возрастных особенности детской шизофрении. В процессе адаптации МКБ -10 в Российской Федерации (1999) был введен дополнительный раздел – «шизофрения (детский тип)» - F20.8xx3. Лонгитудинальные исследования, проводимые в Российской Федерации и во всем мире [21, 28], свидетельствуют об устойчивости течения детской злокачественной шизофрении с непрерывным и приступообразно-прогредиентным типом течения на протяжении жизни пациентов. Эта рубрика включает случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе формы, возникающие в раннем детстве с выраженным дефектом олигофреноподобного типа. Возрастные особенности обусловлены взаимодействием прогредиентного шизофренического процесса с его «деструктивной тенденцией» и наступающих под его влиянием нарушений развития ребенка (дизонтогенеза).

***Комментарии.** Детская шизофрения, с началом до 5 летнего возраста [28], признается далеко не всеми психиатрами в мире.*

*В Европе диагноз шизофрении не ставится до 9 летнего возраста, в США – до 13 летнего возраста. В ряде исследований выделяются:*

- *Шизофрения с очень ранним началом (VEOS), которая начинается до 13-летнего возраста.*
- *Шизофрения с ранним началом, которая начинается до 18-летнего возраста (EOS). Таким образом, первое является подтипом второго.*
- *Наряду с этой перекрывающей классификацией параллельно используется и неперекрывающая (шизофрения детского возраста (COS), также называемая препубертатной), которая определяется не в соответствии со стадией развития ребенка, а с его возрастом (19 лет и моложе)*
- *Подростковая шизофрения (AOS) от 13-17 лет.*

*Эти четыре разновидности не включены в классификации, но они полезны для клинической практики, потому, что отражают точный возраст начала [22]. Однако, данный подход является спорным.*

Основой для классификации шизофренических расстройств в детском и подростковом возрасте являются следующие документы: МКБ-10 (ICD-10) и DSM-IV, DSM-5 [7, 9, 17, 19].

**Общие критерии шизофрении по МКБ-10 включают:**

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.

В МКБ-10 выделяют несколько форм шизофрении: параноидная, гебефреническая (гебефреническая), кататоническая, недифференцированная, простая. Для диагностики

определенной формы кроме общих критериев шизофрении необходима выраженность особых признаков, характеризующих данную форму. Единство шизофрении у детей и взрослых проявляется в общности соответствующих генетических данных и основных психопатологических симптомов, закономерностях течения, прогрессивности, исхода заболевания.

Продуктивные расстройства при детской шизофрении подразделяются на 2 группы:

1) симптомы и синдромы типичные для шизофрении любого возраста (кататонические, гебефренные, галлюцинаторные, бредовые, психопатоподобные, аффективные и др.), которые у детей и подростков имеют свойственные возрастному периоду особенности, отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, незавершенностью отдельных компонентов и всего синдрома в целом, транзиторностью и изменчивостью;

2) синдромы, предпочтительные для детского возраста (страхи, фантазии, нарушения речи) и подросткового периода (дисморфофобия, анорексия, приобретающая у подростков черты бредовой убежденности), видоизменены шизофреническим процессом и атипичны по сравнению с признаками подобного рода у детей с иными психическими заболеваниями.

Симптомы шизофренического дефекта у больных сочетаются с продолжающимся на фоне заболевания психофизическим развитием. Так, при злокачественной ДШ в симптоматике дефекта, наряду с чертами специфического эмоционально-волевого поражения, выступают явления психического недоразвития, напоминающие интеллектуальный дефект при УМО – так называемый «олигофреноподобный» дефект.

**Диагноз параноидной формы (F20.0)** ставится при наличии общих критериев шизофрении с доминированием галлюцинаций и/или бреда. Параноидная шизофрения сходная в целом (по течению и исходам) с таковой у взрослых, крайне редко встречается в дошкольном возрасте; может развиваться после 7-9 лет. Она отличается у детей и подростков большим полиморфизмом и рудиментарностью психопатологических синдромов, бедностью и однообразием аффективных проявлений, быстрой сменой состояний. Параноидная шизофрения развивается в рамках непрерывнотекущей и приступообразно-прогрессивной форм. 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 Кандинского-Клерамбо. В подростковом возрасте (15-18 лет) клиническая картина манифестных форм параноидной шизофрении становится более сходной с описанной у взрослых.

**Диагноз гебефреническая (гебефренная) форма (F20.1)** ставится при наличии общих критериев шизофрении и одного из следующих признаков, а именно отчетливого и стойкого уплощения или поверхностности аффекта, выраженной неадекватности аффекта, а также отсутствия целенаправленности и собранности поведения, очевидными нарушениями мышления, проявляющимися в бессвязной речи. Галлюцинаторно-бредовые расстройства или феномены могут присутствовать в легкой форме, но не определяют клиническую картину. При **гебефренической форме** с ранним началом заболевания, в первую очередь проявляются дурашливость с гримасничанием, нелепыми действиями, повышенная готовность к общению при сохраняющемся мутизме, выраженная обнаженность влечений, импульсивные разрушительные действия, гипоманиакальные состояния с явлениями гиперметаморфоза внимания. Гебефренные состояния манифестируют и в подростковом возрасте.

**Диагноз кататонической формы шизофрении (F20.2)** ставится при наличии общих критериев шизофрении, а также присутствии признаков кататонии на протяжении не менее 2 недель, и диагностируется с раннего детского возраста, является ведущей формой ДШ в дошкольном возрасте. Заболевание развивается с нарушениями витальных функций (ухудшение или утрата дневного и ночного сна) и нарастания кататонической симптоматики, как гиперкинетического, так и гипокинетического типов, подкорковых стереотипий, остановкой или регрессом высших психических функций.

**Недифференцированная форма шизофрении (F20.3)** диагностируется, когда состояние соответствует общим критериям шизофрении, но не специфическим критериям отдельных ее типов; или симптомы настолько многочисленны, что соответствуют специфическим критериям более чем одного подтипа. От момента манифестации должно пройти не более года.

**Резидуальная шизофрения (F20.5)** диагностируется, когда состояние в прошлом соответствовало общим для шизофрении критериям, но не выявляемым в момент обследования у подростков. В течение последнего года должно присутствовать не менее 4

негативных симптомов: астения, сниженная активность, отчетливое уплощение аффекта, пассивность и снижение инициативы, обеднение объема и содержания речи, снижение выразительности невербальной коммуникации, снижение социальной продуктивности.

**Простая форма шизофрении (F20.6)** диагностируется на основании следующих критериев: постепенное нарастание отчетливых и стойких изменений преморбидных личностных особенностей, негативных симптомов. Это состояние никогда не соответствует общим для параноидной, гебефренной, кататонической и недифференцированной шизофрении признакам, т.к. отсутствуют признаки деменции.

### **F20.8 Другие формы шизофрении.**

К другим формам шизофрении при алаптации МКБ-10 (1999) в Российской Федерации отнесена «Шизофрении, детский тип» (F20.8xx3), манифестирующая в детском возрасте, характеризующаяся специфическим возрастным своеобразием, полиморфизмом клинической картины, злокачественным течением, олигофреноподобным дефектом [12]

При злокачественной непрерывнотекущей ДШ 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 [28]. Олигофреноподобный дефект у больных начинает формироваться уже в манифестном периоде болезни и не преодолевается в течение жизни. Кататано-гебефренные состояния манифестируют преимущественно в подростковом возрасте.

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.

**Шизофрения приступообразно-прогредиентный тип течения с нарастающим дефектом (F20.x1)**

При *кататоническом варианте* на инициальном доминирующем этапе отмечается аутистический дизонтогенез, снижение познавательной активности, раздражительность, фобии. Манифестный этап болезни, как правило, прослеживается после 5 лет. Картина психоза полиморфная и изменчивая. Наряду с кататоническими (возбуждение с двигательными стереотипиями, очень редко – с «статуэтными позами», без изменения мышечного тонуса и восковой гибкости), регрессивными расстройствами, появляются более отчетливые аффективные нарушения, а также рудиментарные галлюцинации (зрительные, обонятельные).

*Течение болезни:* приступообразно-прогредиентное. Ремиссии неполные, терапевтические с резидуальными кататоническими стереотипиями, эхо-речью, атипичными аффективными расстройствами, склонными к континуальности, когнитивным дефицитом. Через 2—4 года от манифестации заболевания формируется олигофреноподобный дефект с аутизацией, эмоциональным снижением, пассивностью. У большинства пациентов приступообразно-прогредиентной ДШ в процессе развития заболевания позитивная симптоматика дополняется или замещается негативной, формируется когнитивный дефект с грубым нарушением социального функционирования. Больные злокачественной непрерывной и приступообразно-прогредиентной ДШ, перенесшие кататоно-регрессивные приступы, при купировании остроты состояния, характеризовались выраженными нарушениями во всех областях социального функционирования. Особенно ярко выражены грубый когнитивный дефект, отсутствие способности к обучению, нахождению в социуме. У больных отмечалось безразличие к близким, отсутствие интереса к сверстникам. К окружающим больные зачастую проявляли немотивированную агрессию. Пациенты нуждались в постоянном уходе и надзоре. Отдельные больные данной группы находились в психоневрологических интернатах. У больных на протяжении жизни сохранялись резидуальные продуктивные расстройства: полевое поведение, двигательные стереотипии, агрессия, аутоагрессия. Оценка по шкале повседневного социального функционирования (Personal and social functioning scale, PSP, Morosini, P. L., et al. 2000), адаптированной для применения в детском возрасте, ниже 15 баллов (приложение Г) [47].

При *гебефреническом варианте* доминирующий этап характеризуют аутистический дизонтогенез, атипичные аффективные расстройства. 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:* приступообразно-прогредиентное. Ремиссии терапевтические с резидуальными позитивными и негативными расстройствами. Через 4-5 лет от манифестации болезни формируется глубокий когнитивный дефект с отсутствием познавательной активности, астенией, тяжелой аутизацией, нарушениями мышления. Повторные приступы отмечаются преимущественно в кризовые периоды онтогенеза. Оценка по шкале повседневного социального функционирования не превышала 15 баллов (приложение Г) [47]..

При близкой к *параноидной приступообразно-прогредиентной шизофрении* на доманифестном этапе отмечается углубление шизоидных черт личности, когнитивный дизонтогенез. Галлюцинаторно-бредовые приступы манифестируют 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*.

**F20.x2 Шизофрения эпизодический (приступообразно-прогредиентный) тип течения со стабильным дефектом** на доманифестном этапе 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. Течение болезни по данным отдаленного двойного катамнеза [54] в 1/3 случаев характеризовалось направленностью к расщеплению на ряд типов как с более выраженной прогредиентностью (реже), так и регрессиентностью.

**F20.9 Шизофрения неуточненная** включает особые формы шизофрении, протекающие с предпочтительными для детского возраста психопатологическими расстройствами, такими как патологическое фантазирование, синдром уходов,

бродяжничества, патология влечений, протекающих без выраженных проявлений шизофренического дефекта. Если же эти проявления достаточно выражены, то следует воспользоваться данным диагнозом.

*Комментарии.* Вялотекущая шизофрения, относящаяся к расстройствам шизофренического спектра, в МКБ-10 выделена в отдельную рубрику **Шизотипическое расстройство (F21)**.

В детском возрасте **шизотипические расстройства** неоднородны по симптоматике, характеру и глубине формирующегося дефекта. Истинное начало заболевания установить сложно. Ретроспективно выделяют доманифестный этап в форме эволютивного шизотипического дизонтогенеза, который исчерпывается отдельными нарушениями в инстинктивной и моторной сфере, сопровождается дефицитом психической активности, нарушением межличностных отношений. По ведущей позитивной симптоматике (непсихотического уровня) шизотипические расстройства подразделяются на неврозоподобные и психопатоподобные.

**F21.3 Шизотипическое неврозоподобное расстройство** протекает с преобладанием в клинической картине тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, деперсонализационных расстройств. Течение болезни непрерывное малопрогрессирующее. Заостряются личностные изменения шизоидного круга с искажением и незрелостью высших психических функций без признаков задержки. Сохраняется способность к дальнейшему психическому развитию, обучению, социализации.

**F21.4 Шизотипическое психопатоподобное расстройство** протекает с агрессией к окружающим, аутоагрессией, бродяжничеством, нарушениями пищевого поведения, аффективными, истероформными нарушениями, патологическим фантазированием. Течение болезни непрерывное малопрогрессирующее. Постепенно усиливаются личностные изменения, нарастают аутизация, сензитивность, педантизм. Формируются псевдопсихопатический дефект с психическим инфантилизмом, астенией.

**F21.5 Простая «бедная симптомами» шизофрения** определяется преобладанием негативной симптоматики в клинической картине (снижение активности, личностный регресс) и отсутствием продуктивных симптомов. Течение болезни непрерывное среднепрогрессирующее.

**F21.8 Шизотипическое личностное расстройство** характеризуется ограниченным и не всегда адекватным ситуации общением, эмоциональными проявлениями, странным, эксцентричным, чудаковатым поведением и внешним видом, узостью круга общения, уходом от социальных контактов; странными взглядами и

*метафизичностью мышления, что определяет поведение и не согласуется с нормами подростковой субкультуры; недоверчивостью, подозрительностью, параноидальностью представлений; больным свойственны синтонные размышления о природе собственной личности, особые формы мышления с расплывчатостью и обстоятельностью, что проявляется в странности речи, но не достигает степени разорванности.*

***Рекуррентная шизофрения в МКБ-10 выделена в отдельную рубрику - Шизоаффективное расстройство (F25)***

*Шизоаффективное расстройство отмечается менее чем в 5% случаев манифестации шизофрении в детском возрасте и 15 % случаев начала заболевания в пубертатном возрасте. Клинические проявления этой формы шизофрении у детей сходны с шизофренией взрослых. В преморбиде отмечают личностное своеобразие по типу гипертимных и стеничных шизоидов, на коротком инициальном этапе отмечаются продуктивные гипомании. Манифестные аффективно-онейроидные и аффективно-бредовые приступы нередко протекают в виде серий. Течение болезни регрессиентное; ремиссии высокого качества с незначительными личностными изменениями (утрата стеничности, сужение круга интересов, нарастание сенситивности, эмоциональная нивелировка) сопровождаются сохранной познавательной активностью.*

## **2. Диагностика детской шизофрении**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Как правило, пациенты редко активно предъявляют жалобы даже при наличии грубой психопатологической симптоматики. Многие пациенты стараются скрыть наличие болезненных симптомов. Психопатологические симптомы у пациентов выявляются в процессе консультации на приеме у врача-психиатра и дополнительного проведения экспериментально-психологического исследования [14].

#### **2.1.1 Объективный анамнез**

##### **Уровень убедительности рекомендаций А**

(уровень достоверности доказательств – 1+)

Первичный осмотр врача-психиатра проводится с целью уточнения диагноза шизофрении, определения ее формы, типа течения, необходимости стационарного лечения и надзора. Назначается фармакотерапия и психосоциальное лечение.

При диагностике шизофрении основным является клинический метод. В нем главное место принадлежит расспросу (клиническому интервью) и объективному наблюдению за поведением больного. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

Объективный анамнез собирается путем изучения медицинской документации, если таковая имеется, а также из бесед с родственниками пациента и, по возможности, с пациентом.

Целью сбора анамнеза является получение данных о:

- наследственной отягощенности психическими заболеваниями;
- данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностей постнатального периода;
- преморбидных особенностях личности пациента, особенностях его развития, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах;
- особенностях протекания возрастных кризов;
- о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведении дома, в организованных детских коллективах;
- об особенностях формирования школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, включая занимаемое положение в школьном коллективе, взаимоотношениях с одноклассниками, педагогами, родителями и другими членами семьи; характеристика семьи и особенностей воспитания, наличие сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций;
- об особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций).
- возрасте, в котором впервые возникли первые признаки заболевания; продромальные явления, когда заболевание впервые было диагностировано (неврозо- и психопатоподобные расстройства, аффективные колебания, сверценные

образования, нарушения социального функционирования, транзиторные субпсихотические эпизоды);

- особенностях динамики заболевания (характер течения заболевания и его прогрессивность);
- особенности сформированной критики к перенесенному состоянию;
- аккуратности выполнения терапевтических и реабилитационных рекомендаций;
- переносимости проводимой лекарственной терапии;
- соматическом и неврологическом статусе.

### **2.1.2 Субъективный анамнез**

#### **Уровень убедительности рекомендаций А**

(уровень достоверности доказательств – 1+)

С помощью расспроса собирается **субъективный анамнез** (если позволяет уровень психического развития пациента, возраст обследуемого) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

Расспрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными пациенту. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. Иногда порядок расспроса может быть обратным. Схема анамнестического опроса – хронологическая последовательность в выявлении событий жизни, сохранившихся в памяти пациента до момента обследования. В зависимости от возраста пациента и его пожеланий сбор информации производится в присутствии или отсутствии родителей.

При сборе анамнеза у пациента с шизофренией следует обратить внимание на наличие суицидальных мыслей или поведения.

#### **При описании психического статуса пациента оцениваются:**

- состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;
- поведение больного
- уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;

- особенности развития грубой и тонкой моторики;
- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);
- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума; у детей школьного возраста проводится скрининговая оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию;
- индивидуальное социальное поведение;
- особенности мотивационно-потребностной сферы;
- особенности памяти, внимания, работоспособности;
- особенности эмоциональных проявлений;
- сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования;
- доступность в отношении пациента к имеющимся и имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам, наличие или отсутствие критики к ним;
- психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;
- особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;
- степень критики к настоящему и перенесенному состоянию;

Клиническое исследование, сопровождающееся сбором анамнеза, завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с критериями диагностики и разработки тактики лечения

Следует исключить любое соматическое, неврологическое и органическое психическое расстройство или употребление токсических веществ, которые могут вызвать острое психотическое состояние с шизофреноформной симптоматикой. С этой целью обязательно используют дополнительные методы обследования.

**Таким образом, клинический осмотр врача-психиатра** обеспечивает выявление основных симптомов ДШ.

## **2.2 Физикальное обследование при детской шизофрении**

### **Уровень убедительности рекомендаций С**

(уровень достоверности доказательств – 3)

Соматическое и неврологическое обследование пациента вначале производится самим психиатром. И соматическое и неврологическое обследование носит специфический характер и направлено на выявление особенностей пациента, свидетельствующих о психических расстройствах и характере их течения.

**Общий осмотр тела включает:**

- выявление стигм внутриутробного дисэмбриогенеза (долихоцефалическая, брахицефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие);
- выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);
- выявление следов инъекций различной давности, если они имеются;

**Исследование соматического состояния по органам и системам и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:**

- исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);
- исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);
- исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

**При неврологическом исследовании определяются:**

- расстройства функций черепно-мозговых нервов;
- рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);
- экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);
- мозжечковая патология и расстройства координации движений;
- чувствительность и ее нарушения;
- расстройства функций вегетативной нервной системы.

При наличии показаний выполняются консультации терапевта-педиатра, невропатолога, окулиста, гинеколога (для девочек подростков), патопсихолога, нейропсихолога, другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

#### **Уровень убедительности рекомендаций С**

(уровень достоверности доказательств – 3)

#### **Клинический анализ крови**

Анализ, позволяющий оценить содержание гемоглобина в системе красной крови, количество эритроцитов, цветовой показатель, количество лейкоцитов, тромбоцитов. Клинический анализ крови позволяет рассмотреть лейкограмму и скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

С помощью данного анализа можно выявить анемию (снижение гемоглобина — лейкоцитарная формула), воспалительные процессы (лейкоциты, лейкоцитарная формула) и т. д. Чаще всего проводится как один из диагностических общеклинических обследований пациента (больного).

#### **Биохимический анализ крови (в т.ч. показатели глюкозы, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы; тимоловой пробы) – для контроля фармакотерапии**

Метод лабораторной диагностики, который позволяет оценить работу внутренних органов (печень, почки, поджелудочная железа, желчный пузырь и др.), получить информацию о метаболизме (обмен липидов, белков, углеводов), выяснить потребность в микроэлементах.

#### **Клинический анализ мочи**

Лабораторное исследование мочи, проводимое для нужд медицинской практики, как правило, с диагностической целью. Включает органолептическое, физико-химическое и биохимическое исследования, а также микробиологическое исследование и микроскопическое изучение мочевого осадка.

#### **Электрокардиография**

Методика регистрации и исследования электрических векторных потенциалов, позволяющая выявить воздействие биологических патологических механизмов и результатов воздействия медикаментов на процессы работы сердца (проводимость, сократимость миокарда), определяющие его функциональные характеристики.

Лабораторные диагностические исследования необходимы для предварительной оценки возможности некоторых видов терапии, адекватной оценки доз фармакологических препаратов и общесоматического состояния пациента.

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

##### **Уровень убедительности рекомендаций D**

(уровень достоверности доказательств – 2++)

##### **Электроэнцефалография**

Для исключения органического поражения ЦНС, обнаружения признаков эпилептической активности и органических резидуальных знаков и диагностики ДШ нередко в числе параклинических методов при мультидисциплинарном подходе используется **электроэнцефалография (ЭЭГ)**. С её помощью можно обнаруживать связь определённых изменений в электрической активности мозга с клинической симптоматикой, устанавливать степень их патогенетической значимости для решения вопросов диагностики, подбора терапии. Кроме того, ЭЭГ позволяет оценивать уровень зрелости и функциональной активности мозга.

Метод включает регистрацию электроэнцефалограмм (ЭЭГ) от 16 областей (затылочных, теменных, центральных, лобных и трех височных обоих полушарий, а также двух сагиттальных – центральных и теменных). Электроды располагаются по стандартной международной системе 10–20%. Используют монополярную схему регистрации с референтными объединенными ушными электродами. Запись ЭЭГ и дальнейший статистический анализ осуществляют с помощью компьютерной системы NeuroKM (Россия). Анализировались очищенные от артефактов участки записи у пациентов, находящихся в состоянии бодрствования с закрытыми глазами. Обработка данных включает спектральный анализ и ЭЭГ-картирование в диапазоне от 0.5 до 30 Гц с использованием метода быстрого преобразования Фурье. Проводится сравнение спектров мощности ЭЭГ каждого ребенка с нормативной базой данных своего возраста (Z-критерий) [49].

##### **Методы нейровизуализации**

Компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование проводятся только по показаниям (при подозрении на объемное образование головного мозга, дегенеративное заболевание или демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы).

**Методы персонализированной медицины** включают сочетание клинических методов (клинико-психопатологического, клинико-динамического, катамнестического) и методов доказательной медицины, основанных на новых технологиях (инструментальных, лабораторных). Это помогает врачу установить диагноз и принять решение о необходимости назначения психофармакотерапии на момент осмотра больного.

#### **Параклинические методы доказательной медицины Нейроиммунологическая диагностика («Нейро-иммуно-тест»)**

Комплексное определение ряда показателей иммунитета – воспалительных и аутоиммунных маркеров для оценки активности и тяжести патологического процесса в мозге [55].

Анализ крови, включенные в протокол: определение активностей лейкоцитарной эластазы (LE, локализованной в нейтрофилах) и альфа1-протеиназного ингибитора (альфа1-PI), а также уровня аутоантител к белкам S-100бета и основному миелиновому белку (MBP) [56, 57, 58].

Биологическая роль LE и её вклад в патологию мозга описана в обзоре [59, 60].

Уровни аутоантител к белковым антигенам S-100 и MBP, происходящим из нервной ткани, и их соотношение в сыворотке крови характерны для каждого возрастного диапазона, они могут изменяться при различных расстройствах и свидетельствуют об активации приобретённого иммунитета [61].

Биомаркёры, относящиеся к иммунной системе определяются посредством рутинных анализов с использованием сертифицированных стандартных наборов, производимых ООО «Биофарм-тест», Россия (<http://www.biopharmtest.ru>). Будучи неспецифическими нейроиммунными маркёрами, биомаркёры, характеризующие воспаление (LE и альфа1-PI), связаны с тяжестью деструктивного процесса в мозге больных с ДШ косвенно, что создаёт ограничение применения технологии, поскольку они отражают неспецифический патофизиологический процесс, вовлечённый не только в психическую патологию, но и в острые инфекционные процессы, аллергические реакции.

**Тест тромбодинамики введен недавно, является дополнительным современным методом исследования патогенеза ДШ. Изучается также при инсультах и инфарктах.**

*Комментарии: в последнее время появились данные, что ДШ, возможно, возникает вследствие наличия в мозге больных очагов асептического воспаления.*

*Тест вводится в ведущих учреждениях МЗ РФ, Министерства науки и высшего образования РФ. После доказательства практической целесообразности планируется введение в регионах РФ.*

*Тест тромбодинамики предназначен для исследования in vitro пространственно-временной динамики свертывания крови, иницированной локализованным активатором свертывания. Тест производится без перемешивания в тонком слое плазмы. Для его проведения образцы плазмы крови помещают в каналы измерительной кюветы. Затем в каналы кюветы вводят специальную вставку (активатор), на торце которой нанесено покрытие с активатором свертывания (тканевый фактор). Как только плазма крови соприкасается с активатором, начинается процесс свертывания, т.е. от локализованного на торце вставки тканевого фактора в объем плазмы начинает расти фибриновый сгусток, как на поврежденной стенке сосуда in vivo. Процесс возникновения и роста фибринового сгустка регистрируется цифровой видеокамерой в рассеянном свете. На основе этих данных с помощью специального программного обеспечения рассчитываются численные параметры пространственно-временной динамики роста фибринового сгустка: время задержки роста сгустка ( $T_{lag}$ , мин), инициальная, стационарная и скорректированная на нелинейность скорости роста сгустка ( $V_{in}$ ,  $V_{st}$  и  $V$  мкм/мин соответственно). Кроме того, рассчитываются величина сгустка после 30 мин проведения теста тромбодинамики ( $Clot\ size - CS$ , мкм), плотность сгустка ( $Density - D$ , усл. ед.), а также время появления спонтанного тромбообразования вдали от активатора [17].*

*Особо следует отметить появление у большей части больных раннего спонтанного тромбообразования сгустков (время появления сгустков в объеме кюветы -  $T_{sp} < 30$  мин). Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных детской формой шизофрении имеется повышенный риск тромботических событий [18, 19, 20, 21].*

## **2.5 Другие диагностические исследования**

### **Уровень убедительности рекомендаций В**

(уровень достоверности доказательств – 2)

### **Донозологическая диагностика – скрининг**

Скрининг (первичное выявление риска заболевания) – краткий сбор информации о психологическом, социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, оценки их потребности в дальнейшей

углубленной клинической диагностике и оказании необходимой лечебно-коррекционной помощи (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы аутистических расстройств в детстве. Скрининг проводится специалистами учреждений первичного звена здравоохранения (педиатрами, неврологами, медицинскими психологами).

### **Скрининговый инструментарий**

«Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» [23] (смотри **приложение**).

Анкета направлена на первичное выявление детей раннего возраста общей популяции, имеющих риск возникновения нарушений психического развития (НПР) разного генеза (эндогенного, органического, психогенного). Анкета рассчитана для заполнения родителями детей 1,5-4-летнего возраста и старше.

Структура анкеты: 35 вопросов, затрагивающих психопатологические проявления в раннем возрасте и основные сферы психического и психологического развития ребенка: инстинктивно-вегетативную сферу; сенсорную сферу; биопсихосоциальную систему (диаду) «мать-дитя»; эмоциональную сферу; познавательную сферу (в том числе психомоторику и речь, а также навыки самообслуживания); социальное взаимодействие.

Процедура проведения: опрос/анкетирование родителей детей раннего возраста начиная с 1,5 летнего возраста до 4 лет в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Авторы анкеты отмечают достаточно высокую надежность и валидность скринингового инструмента и подтверждают ее чувствительность к выявлению детей широкой группы риска, возможного возникновения психических расстройств (состояния предболезни).

Результаты скринингового анкетирования не могут использоваться для установления медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска (состояние предболезни). Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра, прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии.

### **Комментарий:**

*В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. N 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» для выявления группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития проводится скрининговое анкетирование родителей в рамках профилактического медосмотра двухлетних детей.*

*Врач-психиатр осматривает только тех детей, которые включены в указанную группу риска по результатам анкетирования. Нормативная база. Serbsc.ru/*

## **2.6 Экспериментально-психологическое исследование**

### **Уровень убедительности рекомендаций А**

(уровень достоверности доказательств – 1+)

Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование является дополнительным методом исследования, показания к его проведению определяет лечащий врач. Патопсихологическое исследование проводится медицинским (клиническим) психологом учреждения (отделения) и направлено на выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристику его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и должно дать информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики.

Среди задач, которые стоят перед клиническим психологом в работе с детьми и подростками, больными шизофренией, выделяются как диагностические, так и коррекционные:

1. Клинико-психологическая диагностика, включающая оценку различных сфер психической деятельности (когнитивной, эмоционально-личностной, мотивационно-потребностной и т.п.). По результатам психологической диагностики проводится оценка состояния психических функций пациента, описание патопсихологического регистра-синдрома.

2. Оценка динамики состояния когнитивной, эмоционально-личностной и мотивационной сфер в ходе лечения пациента.

3. Разработка и проведение психокоррекционных мероприятий (индивидуальных и групповых занятий с психологом).

4. Работа с родственниками пациентов с шизофренией.

При решении данных задач клинический психолог должен опираться на следующие клинико-психологические принципы:

– ведение протокола обследования и написание заключения по его материалам;

- использование индивидуального подхода к испытуемым в соответствии с возрастными, образовательными, социально-психологическими и иными особенностями, а также с учетом клинической картины и состояния пациента;
- перекрестное использование дополняющих методик, с целью объективизации полученных данных;
- адаптация процедуры исследования и психокоррекции к возрастным особенностям испытуемых;
- установление доверительного контакта по возможности с испытуемым и учет его отношения к проводимому обследованию и проводимым психокоррекционным мероприятиям;
- сочетание качественных и количественных методов оценки отклонений в психическом состоянии с преимущественной опорой на качественный клинико-психологический анализ;
- сопоставление полученных данных с нормативными данными о развитии тестируемой психологической функции;
- системный подход в работе в команде с другими специалистами при оказании помощи пациенту.

Диагностическая и клинико-динамическая задачи при работе с пациентами больными шизофренией решаются посредством использования как стандартизированных психологических методик, так и с моделированием известных методик под специфику задач обследования. Материалы обследования анализируются в полном объеме, проводится оценка выполнения методик по их «широкой» и «узкой» направленности, данные сопоставляются с результатами наблюдения и анамнестическими сведениями.

В зависимости от состояния пациента рекомендуется проводить обследование в несколько приемов, в том числе для решения задач динамического наблюдения. Проведению обследования должна предшествовать работа с имеющейся в наличии документацией. Используются материалы беседы с родителями, и материалы клинической беседы.

В рамках клинико-психологического обследования детей и подростков с шизофренией могут быть использованы как классические патопсихологические, так и нейропсихологические методики и приемы. В ряде случаев требуется количественная (психометрическая) оценка состояния психики пациентов, для этого используют классические тесты на IQ (детский вариант цветных прогрессивных матриц Равена, тест интеллекта Д. Векслера – оригинальный вариант WISC-IV, и его отечественные

модификации для детей от 5 лет до 15 лет 11 месяцев и для дошкольников от 4 до 6,5 лет; Психологообразовательный тест – англ. абрр. PEP – Psychoeducational Profile и т.п.).

Медицинский (клинический) психолог должен провести тщательное клинико-психологическое обследование и провести анализ нарушений психической деятельности, который предполагает системный качественный анализ деятельности испытуемого. Этот анализ включает оценку не только результата выполнения задания пациентом, но и всего процесса деятельности. Важно анализировать ошибки, допущенные пациентом, которые указывают на механизм нарушений психической функции.

Рекомендуемый список методик, которые могут использоваться для обследования ребенка и подростка с шизофренией по сферам:

- **исследование слухоречевого запоминания** посредством методик «две группы по 3 слова», «10 слов»;
- **исследование ассоциативной памяти** с помощью методики «парные ассоциации»;
- **исследование опосредованного запоминания** с помощью методики «пиктограмма»;
- **исследование зрительного внимания** посредством использования методик «таблицы Шульте», «тест Струпа», «корректирующая проба», «совмещение признаков – методика Когана», «шифровка»;
- **исследование зрительного восприятия** посредством методик «фигуры Липера», «идентификация формы», «фигуры Поппельрейтера»;
- **исследование мышления** с помощью методик «малая предметная классификация», либо «классификация», «пересечение классов», «включение подкласса в класс», «конструирование объектов», «сравнение понятий», «вербальные ассоциации», «исключение 4-лишнего». Первые четыре методики направлены, в первую очередь, на оценку уровня сформированности операционной стороны мышления (логических операций), оставшиеся – преимущественно на анализ предметно-содержательных аспектов мышления и его избирательности;
- **исследование социальной перцепции и эмоциональной сферы** проводится с помощью методик «распознавание эмоционально-выразительных движений, поз и жестов», «распознавание эмоций» и т.п.

Помимо указанных методик, используются графические пробы «рисунок себя – автопортрет», «рисунок человека», «рисунок несуществующего животного» и т.п.).

Необходимо отметить, что **специфические нарушения мышления** являются «ядром» шизофренического регистр-синдрома. Предложенные психологические методики

позволяют исследовать две стороны мыслительной деятельности – операционную и избирательность мышления, которые характеризуются изменением соотношения и динамики развития существенных сторон познавательной деятельности (операционной и аспекта избирательности) у больных шизофренией детей по сравнению с нормой развития. Сравнительный анализ уровня развития мыслительной и перцептивной деятельности у детей, больных шизофренией, показывает усиление диссоциации формально-логического и предметно-содержательного аспектов развития в мыслительной деятельности. Можно полагать, что нарушение элементарного звена – восприятия – вторично влечет за собой нарушение сложного звена.

Дисгармонию, асинхронию развития мыслительной и перцептивной деятельности детей, больных шизофренией, выявляемую экспериментально-психологическими методиками, можно рассматривать как один из вариантов аномального психического развития, дизонтогенеза [24, 25].

#### **Использование диагностических шкал**

#### **Уровень убедительности рекомендаций В**

(уровень достоверности доказательств – 2+)

Наряду с классическим экспериментально-психологическим исследованием практикуется использование диагностических шкал, которое сокращает время работы специалистов и позволяет работать с большими группами пациентов в ущерб валидности. Используются: шкала оценки позитивных и негативных синдромов – **PANSS** (по С.П. Кею, Л.А. Оплеру и А. Фицбейну, 1987), адаптированная для детского возраста [Приложение Г]; **Шкала общего клинического впечатления** (Clinical global impression scale, CGI-S, Guy W., 1976) [Приложение Г], **Шкала повседневного социального функционирования** (Personal and social functioning scale, PSP, Morosini, P. L., et al. 2000), адаптированная для применения в детском возрасте от 3-х до 16-ти лет (приложение Г) [47]; Шкала выраженности кататонических расстройств (приложение Г) [26].

### **2.7 Дифференциальная диагностика детской шизофрении**

Детскую шизофрению следует дифференцировать с другими психическими расстройствами. Для этого необходимо изучение анамнеза, выделения ведущего синдрома и катamnестическое наблюдение с целью уточнения характера течения болезни. До настоящего времени дифференциация детской шизофрении (F20.8xx3) и психотических форм РАС

(«детских психозов»: инфантильного психоза (F84.02) и атипичного детского психоза (F84.11) наиболее актуальна во всем мире.

### **Комментарий:**

*В мире и в России с 2016 года активно используется понятие континуума РАС и ДШ. Понятие континуума введено с целью оптимального маршрута ведения пациентов с данными расстройствами и прогноза течения заболевания.*

1. Наиболее сложно разграничить **злокачественную детскую шизофрению и атипичный детский психоз**. По феноменологической картине они близки, имеют сходный клинический уровень продуктивных кататонических синдромов [15, 28] социальную дезадаптацию. Однако при ДШ, помимо продуктивных кататонических нарушений, согласно диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10 (1994), могут отмечаться бред, галлюцинации, элементы синдрома Кандинского-Клерамбо и другие позитивные симптомы и синдромы болезни. Негативная симптоматика является определяющей при постановке диагноза детской шизофрении. Начиная с доманифестного этапа у этих больных прослеживается нарушение психического развития (дизонтогенез), дефицит активности, речевое обеднение, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций. В ремиссии выступает нажитой аутизм, при котором пациенты находятся в гармонии с собственным миром болезненных переживаний и в силу аутизации не стремятся к гармонизации (социализации) с миром внешним, не тяготеют к отсутствию друзей.

При АДП манифестации заболевания предшествуют проявления аутистического дизонтогенеза, которые усугубляются после перенесения АДП. У больных отсутствует осмысление отношений с окружающим миром. В рамках когнитивных нарушений при ДШ отмечаются нарушения процесса мышления, приводящие к разорванности (обрывы, отвлекаемость, остановка мыслей), резонерству, разноплановости в речи. Для АДП характерны конкретность, торпидность мышления, опора на латентные признаки, тяжелые речевые нарушения. Познавательная сфера страдает и при ДШ и при АДП в разной степени выраженности. Олигофреноподобный дефект является определяющим для диагноза ДШ, для АДП характерно формирование когнитивного дефекта, который на фоне реабилитации в процессе развития может частично компенсироваться.

Полученные биологические нейрофизиологические данные свидетельствуют о том, что в клиническом аспекте ДШ и АДП близки, пересекаются при тяжелых формах болезни, имеют сходные биологические маркеры. В периоде регресса в психозах наблюдается

дезорганизация ЭЭГ, доминирование дельта и тета-ритмов при слабой выраженности альфа-ритма. В ремиссии выраженность обоих медленноволновых диапазонов уменьшается, но сохраняется их достоверное отличие от нормы. Альфа-ритм восстанавливается (частично или полностью), но его частота ниже возрастных нормативов.

Тяжелое поражение психической деятельности, характерное для АДП и детской шизофрении, сопровождается признаками активации как врожденного, так и приобретенного иммунитета (увеличение уровня аутоантител к нейроантигенам в периферической крови больных). Показано, что активация иммунной системы при АДП связана с остротой болезни в психозе. Патопсихологические исследования подтверждают устойчивый олигофреноподобный дефект при ДШ, а при АДП – когнитивный дефект.

**2. ДШ следует дифференцировать с инфантильным психозом (ИП).** Сходные по дезинтегративному дизонтогенезу, наличию неспецифических кататонических нарушений в приступах, эти два вида психоза различаются по наличию регресса в манифестных приступах болезни. Кататонические нарушения при ДШ проходят сквозным синдромом в течении болезни - в форме протопатических двигательных стереотипий. Кататонический синдром при ИП занимает основное место в структуре приступа, заменяется нажитым гиперкинетическим, обсессивно-компульсивным в ремиссии. Для ДШ характерны и другие продуктивные синдромы в структуре болезни (бред, галлюцинации), что не прослеживается при ИП. Для ДШ свойственно раннее формирование олигофреноподобного и, в части случаев, псевдоорганического дефекта. При ИП отмечается положительная динамика течения заболевания, благоприятный исход в 84% случаев.

ДШ и ИП значительно различаются по функциональным характеристикам ЦНС. На ЭЭГ больных с ДШ, переносящих регрессивно-кататонический приступы, характерно присутствие во всех областях полушарий выраженной ритмической тета-активности (5-7 Гц) в период клинического регресса. Альфа-ритм представлен фрагментарно, но его частота соответствует возрасту. В ремиссии отмечалось значительное уменьшение тета-активности и повышение индекса альфа-ритма. При ИП тета-ритм не регистрируется. Особенностью ЭЭГ данных больных ИП было появление выраженного роландического ритма в ремиссии. При обеих формах нозологически разных психозов примерно одинаково (в 40%) случаев наблюдается усиление бета-активности, коррелирующее с остротой состояния в приступах.

При ИП имеет место преимущественно активация врожденного иммунитета (увеличение активности ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ), при ДШ страдают и приобретенный и врожденный иммунитет.

По данным патопсихологических исследований ДШ и ИП имеют разные исходы когнитивных нарушений: сохранение стабильного олигофреноподобного дефекта и сниженного уровня социальной адаптации при ДШ; нивелировку когнитивного дизонтогенеза с преодолением «нажитой» задержки в развитии, улучшением эмоционального взаимодействия на фоне абилитации при ИП.

**3. ДШ необходимо дифференцировать с умственной отсталостью (УМО).** При ДШ на всех этапах развития болезни присутствует диссоциированный дезинтегративный дизонтогенез. При УМО на первом месте следует отметить равномерное тотальное недоразвитие. При УМО с аутистическими чертами – синдромальными формами атипичного аутизма (Мартина-Белл, Дауна, Ретта) у детей и подростков в меньшей степени нарушено или не нарушено совсем эмоциональное отношение к одушевленным или неодушевленным предметам окружающего мира. Двигательные нарушения в форме стереотипий имеют свои особенности и отличаются от двигательных стереотипий при ДШ. Нейрофизиологическими маркерами синдромальных форм атипичного аутизма является выраженность тета-ритма и отсутствие альфа - ритма на протяжении болезни. При ДШ тета-ритм отмечается на этапе регресса в манифестном приступе и отсутствует в ремиссии.

**4. ДШ дифференцируют с дезинтегративным расстройством (синдром Геллера),** который характеризуется нормальным развитием до возраста 3-4 лет, после чего наблюдается регрессирующая утрата уже полученных способностей. Соответственно от ДШ синдром Геллера можно отличить по двум признакам: ранняя потеря приобретенных навыков, раннее начало.

**5. ДШ дифференцируют с органическими заболеваниями мозга,** при которых неврологическое обследование, данные нейровизуализации, наличие двигательных нарушений, снижение когнитивных функций могут быть решающими в отграничении детской шизофрении от органических психозов при энцефалите, опухоли мозга, эпилепсии, ЧМТ.

**6. ДШ нужно дифференцировать с аффективными психозами** (психотическая депрессия, биполярное расстройство, мании), которые можно отличить в первые 6 месяцев наблюдения.

**7. ДШ дифференцируют с лекарственно обусловленными психозами,** что представляет большие трудности, так как подростковая шизофрения может быть спровоцирована злоупотреблением лекарственными средствами, наркотиками. Подробный анамнез и лабораторные тесты являются необходимыми доказательствами, как и то что диагноз шизофрении можно подтвердить после нескольких месяцев воздержания.

### **3. Лечение детской шизофрении**

#### **Общие принципы лечения**

Следует придерживаться единого подхода в терапии больных, целью которого является общее развитие детей, подростков, страдающих шизофренией. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (дефектологическая, психологическая, педагогическая, нейропсихологическая коррекция) является одним из основополагающих принципов курации больных ДШ.

**Абилитационные усилия** направлены на купирование позитивных симптомов болезни, уменьшение когнитивных нарушений, смягчение аутизма, формирование социального взаимодействия, стимуляцию развития функциональных систем, создание предпосылок к возможности обучения. В зависимости от ведущей причины поведенческих расстройств, структура терапевтических мероприятий смещается в сторону либо преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления коррекционно-педагогической и психотерапевтической составляющих комплексного лечения.

#### **Принципы терапии:**

- персонализированный подход с учетом установленной или предполагаемой этиологии, всех звеньев патогенеза, клинических составляющих заболевания, наличия дополнительных по отношению к шизофрении коморбидных расстройств;
- комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения;
- «мультиmodalность» с участием в команде специалистов: врачей-психиатров, врачей-педиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов.

#### **3.1 Психофармакологическое лечение детской шизофрении**

##### **Уровень убедительности рекомендаций А**

(уровень достоверности доказательств – 1+)

Лечение проводится с учетом психопатологической структуры манифестного приступа или обострения болезни в рамках основного заболевания, что определяет выбор психотропной терапии, а также с учётом особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдромов в процессе лечения, с чем может быть связано изменение схемы проводимой терапии, и присоединением других методов лечения. Выбор конкретного препарата осуществляют с учетом спектра психотропной активности антипсихотика и

характера возникающих побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточные дозы и возможный путь введения конкретного нейролептика определяется характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, соматическим состоянием и возрастом больного. При назначении терапии учитываются все риски, что позволяет избежать полипрогмазии. Эффективность проводимой терапии оценивается на основании редукции психопатологических симптомов, что приводит к положительной динамике в состоянии больного. Значимыми показателями являются скорость развития положительной динамики состояния, с наступлением или становлением терапевтической ремиссии и отсутствием нежелательных побочных явлений.

Основной группой психофармакологических средств, применяемых для лечения шизофрении у детей являются антипсихотики (нейролептики) – (см. таблицу 1 и 2).

Антипсихотическое действие нейролептиков связывают преимущественно с блокадой D<sub>2</sub>-дофаминовых рецепторов и изменением дофаминергической нейротрансмиссии, что в свою очередь может вызвать экстрапирамидные расстройства и гиперпролактинемия. Развитие тех или иных клинических эффектов блокады D<sub>2</sub> рецепторов зависит от воздействия на различные дофаминергические пути в ЦНС.

Угнетение нейротрансмиссии в мезолимбической системе ответственно за развитие собственно антипсихотического эффекта, в нигростриальной области – за экстрапирамидные побочные эффекты (нейролептический псевдопаркинсонизм), а в тубероинфундибулярной зоне – за нейроэндокринные нарушения, в том числе гиперпролактинемия. В мезокортикальных структурах у больных шизофренией наблюдается снижение дофаминергической активности. Антипсихотические препараты не одинаково связываются с D<sub>2</sub> рецепторами в разных структурах мозга. Одни вещества обладают сильным сродством и блокируют рецепторы на длительное время, другие, напротив, быстро высвобождаются из мест связывания. Если это происходит на уровне нигростриальной области и блокада D<sub>2</sub> рецепторов не превышает 70%, то экстрапирамидные побочные эффекты (паркинсонизм, дистония, акатизия) либо не развиваются, либо выражены незначительно. Антипсихотики, обладающие антихолинергической активностью, реже вызывают экстрапирамидную симптоматику, поскольку холинергическая и дофаминергическая системы находятся в реципрокных отношениях, и блокада мускариновых рецепторов I типа приводит к активизации дофаминергической передачи. На том же механизме действия основана способность центральных антихолинергических препаратов (тригексифенидил, бипериден)

корректировать нейролептические экстрапирамидные нарушения. Некоторые препараты в зависимости от применяемой дозы способны блокировать пресинаптические D<sub>2/3</sub> рецепторы и парадоксально облегчать дофаминергическую нейротрансмиссию, в том числе на корковом уровне (сульпирид, амисульприд). В клинике это может проявляться в виде дезингибирующего или активирующего эффекта. Атипичные антипсихотики могут также блокировать 5-HT<sub>2</sub> серотониновые рецепторы, с чем связывают их способность уменьшать выраженность негативной симптоматики и когнитивных нарушений у больных шизофренией, поскольку серотониновые рецепторы 2 типа расположены преимущественно в коре головного мозга (особенно во фронтальных областях) и их блокада приводит к опосредованной стимуляции дофаминергической передачи. Частичные агонисты дофаминовых рецепторов (арипипразол) нормализуют дофаминовую нейротрансмиссию, уменьшая ее при гиперфункции D<sub>2</sub> рецепторов и увеличивая – при гипофункции. В настоящее время имеются существенные возрастные ограничения при назначении нейролептиков. При выборе препарата следует руководствоваться современным научно – обоснованными достижениями в области фармакологии, в соответствии с законами РФ, при лечении психических заболеваний.

Для лечения детской формы шизофрении применяются нейролептики следующих групп (смотри таблицы 1 и 2):

1. Фенотиазины и другие трициклические производные:
  - Алифатические (алимемазин, промазин, хлорпромазин)
  - Пиперидиновые (перициазин, тиоридазин)
  - Пиперазиновые (перфеназин, трифлуоперазин)
2. Тиоксантены (хлорпротиксен, зуклопентиксол)
3. Бутирофеноны (галоперидол).
4. Замещенные бензамиды (сульпирид)
5. Производные дибензодиазепина (клозапин)
6. Производные бензизоксазола (рисперидон, палиперидон)

Алифатические фенотиазины обладают сильной адренолитической и холинолитической активностью, что клинически проявляется выраженным седативным эффектом и мягким действием на экстрапирамидную систему. Пиперазиновые фенотиазины и бутирофеноны обладают слабыми адренолитическими и холинолитическими, но сильными дофаминблокирующими свойствами, т.е. наиболее выраженным глобальным антипсихотическим действием и значительными экстрапирамидными и нейроэндокринными побочными эффектами. Пиперидиновые

фенотиазины, тиоксантены и бензамиды занимают промежуточное положение и обладают преимущественно средним антипсихотическим действием и умеренно или слабовыраженными экстрапирамидными и нейроэндокринными побочными явлениями. Отдельную группу составляют атипичные антипсихотики (амисульприд, клозапин, рисперидон, палиперидон), которые обладают достаточно выраженным общим антипсихотическим действием и отсутствием или дозозависимыми экстрапирамидными и нейроэндокринными побочными эффектами.

В спектре клинической активности антипсихотиков выделяют несколько определяющих параметров:

- **глобальное антипсихотическое (инцизивное) действие** – способность препарата равномерно редуцировать различные проявления психоза и препятствовать прогрессивности заболевания;
- **первичное седативное (затормаживающее) действие**, необходимое для быстрого купирования галлюцинаторно-бредового или маниакального возбуждения, сопровождается глобальным депримирующим действием на ЦНС, в том числе явлениями брадипсихизма, нарушениями концентрации внимания, снижением вегилитета (уровня бодрствования) и гипнотическим действием;
- **избирательное (селективное) антипсихотическое действие** – связано с преимущественным воздействием на отдельные симптомы-мишени состояния, например, на бред, галлюцинации, расторможенность влечений, нарушения мышления или поведения; обычно развивается вторично вслед за глобальным антипсихотическим эффектом;
- **активирующее (растормаживающее, дезингибирующее и антиаутистическое) антипсихотическое действие** – обнаруживается, прежде всего, у больных шизофренией с негативной (дефицитарной) симптоматикой;
- **когнитотропное действие** проявляется при применении атипичных антипсихотиков в их способности улучшать высшие корковые функции (память, внимание, исполнительскую деятельность, коммуникативные и другие познавательные процессы);
- **депрессогенное действие** – способность некоторых, преимущественно седативных антипсихотиков при длительном применении вызывать специфические (заторможенные) депрессии. Некоторые препараты (напр., рисперидон, кветиапин, zipразидон, тиоридазин, флупентиксол, сульпирид и др.) обладают определенной способностью редуцировать вторичную депрессивную симптоматику у больных шизофренией.

- **неврологическое (экстрапирамидное) действие** – связано с влиянием на экстрапирамидную систему мозга и проявляется неврологическими нарушениями – от острых (пароксизмальных) до хронических (практически необратимых); неврологическое действие минимально у атипичных антипсихотиков;
- **соматотропное действие** – связано, в основном, с выраженностью адренолитических и антихолинергических свойств препарата. Проявляется в нейровегетативных и эндокринных побочных эффектах, в т.ч. гипотензивных реакциях и гиперпролактинемии.

Наибольшее значение при выборе нейролептика имеет соотношение первых двух параметров, т.е. глобального антипсихотического и первичного седативного эффектов, на основании чего выделяют: 1) группу *седативных антипсихотиков* (левомепромазин, хлорпромазин, хлорпротиксен, алимемазин, перициазин и др.), которые независимо от дозы, сразу вызывают определенный затормаживающий эффект; 2) препараты с мощным глобальным антипсихотическим действием или *инцизивные антипсихотики* (галоперидол, трифлуоперазин), которым при применении в малых дозах свойственны активирующие эффекты, а с нарастанием дозы возрастают и их купирующие психотическую (галлюцинаторно-бредовую) и маниакальную симптоматику свойства; 3) *дезингибирующие антипсихотики* (сульпирид), преимущественно (т.е. в большом диапазоне доз) обладающие растормаживающим, активирующим действием; 4) в силу особого механизма действия и спектра психотропной активности отдельную группу составляют *атипичные антипсихотики* (клозапин, рисперидон, палиперидон и др.), которые, обладая отчетливым антипсихотическим эффектом, не вызывают или вызывают дозозависимые экстрапирамидные расстройства и способны корригировать негативные и когнитивные нарушения у больных шизофренией.

Дифференцированный подход к назначению антипсихотиков осуществляется с учетом возраста, веса, соматического состояния пациента, и наличия психопатологической симптоматики, определяющей клиническую картину заболевания. Учитывается возможность индивидуальной непереносимости препаратов, риски возникновения побочных действий. Эффективность проводимой терапии оценивается на основании редукции клинических проявлений и становления терапевтической ремиссии. Основными показателями является безопасность проводимой терапии и купирование психопатологической симптоматики. (убедительность доказательств В).

При отсутствии экстренных показаний (острый психоз, сильное возбуждение) дозу нейролептика обычно назначают минимальную, и повышают постепенно, при наличии

показаний, до достижения терапевтического результата. При возникновении побочных явлений проводимая терапия отменяется. Адекватная доза подбирается индивидуально эмпирическим путем. В начале вводят минимально тестовую дозу, и при отсутствии в течение 2 часов аллергических или других реакций (повышение температуры тела, острые дискинезии) дозу постепенно увеличивают. Психомоторное возбуждение купируется. В зависимости от тяжести заболевания и нозологической формы, как правило, антипсихотический эффект развивается не ранее, чем через 2 недели от момента назначения терапии.

В случае развития острого психоза (обострения процесса) с актуализацией и генерализацией психопатологической симптоматики, нарастанием ее выраженности, явлениями страха, тревоги, выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью, враждебностью следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (клозапин, хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен и др.), в том числе парентерально.

При преобладании в структуре психоза галлюцинаторно-параноидных расстройств (явления психического автоматизма, псевдогаллюцинации, бред воздействия, преследования) предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол, рисперидон).

Полиморфизм психопатологических расстройств с наличием симптоматики более глубоких регистров (кататонической, гебефренической) требует назначения нейролептиков с мощным общим антипсихотическим (инцизивным) действием, таких как клопиксол. Наряду с этим можно применять и атипичные антипсихотические препараты, такие как клозапин, рисперидон. Дезингибирующие антипсихотики (сульпирид) назначают с учетом растормаживающего, активирующего действия. Для улучшения когнитивных функций рекомендуется использовать как типичные (трифлуоперазин, перфеназин), так и атипичные нейролептики (рисперидон, палиперидон, арипипразол, клозапин). Палиперидон, как и рисперидон, оказывает достоверное влияние на негативные и позитивные симптомы шизофрении. Переход от рисперидона к палиперидону способствует дальнейшему улучшению когнитивной составляющей – познавательной активности и социального функционирования.

В случае приступов с наличием в структуре продуктивных расстройств невротоподобной симптоматики (обсессивно-компульсивные, истероформные и другие расстройства), а также сомато-вегетативных нарушений и умеренно выраженных тревожных

расстройств назначаются транквилизаторы: диазепам.

Чтобы правильно оценить эффективность терапии и подобрать нужную дозу, следует, по возможности, избегать применения комбинаций различных нейролептиков. Однако в случае сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с возбуждением иногда применяют два нейролептика – один седативным и другой – с мощным антипсихотическим эффектом. Наиболее часто применяют комбинацию галоперидола с левомепромазином, хлорпромазином или хлорпротиксеном.

При наличии в структуре шизофренического психоза выраженного депрессивного аффекта обоснованным является присоединение антидепрессантов в дозах, достаточных для купирования патологически измененного аффекта; при этом следует учитывать возможность обострения других продуктивных расстройств при применении серотонинергических средств, поэтому предпочтительно применение антидепрессантов с седативным компонентом действия.

Наиболее частыми и тяжелыми побочными эффектами антипсихотической фармакотерапии являются экстрапирамидные расстройства. Риск их развития выше при лечении нейролептиками из группы пиперазиновых фенотиазинов и бутирофенонов. Они легко распознаются, однако, их возникновение весьма трудно предвидеть, так как оно связано отчасти с дозировкой, отчасти с особенностями самого препарата, отчасти с индивидуальной чувствительностью пациента. Они включают *паркинсонические симптомы* (например, тремор, мышечная ригидность, в том числе симптом «зубчатого колеса», двигательная заторможенность, гипомимия), которые могут нарастать постепенно; *дистоническую симптоматику* (гиперкинезы лица и туловища, например, тортиколис, окулогирный криз), которая может наблюдаться уже после первых дозировок; *акатизию* (неусидчивость), которая может быть ошибочно расценена как усиление психомоторного возбуждения вследствие основного заболевания; и *позднюю дискинезию*, развивающуюся, как правило, при длительном применении инцизивных нейролептиков.

Паркинсоническая симптоматика исчезает после отмены препарата или может быть уменьшена присоединением центральных холинолитических средств, так называемых корректоров нейролептической терапии. При ДШ вне обострений болезни в комплексной терапии широко используются ноотропы и вещества с ноотропным действием.

**Таблица 1. Наиболее часто применяемые психотропные средства для лечения шизофрении у детей и подростков**

Код	Класс*	Наименование	УПЧП**	ВРП***	ССД 4*	СКД 5*	Ссылки
N05AA	Алифатические производные фенотиазина		0,35				
		Левомепромазин		С 12 лет	50 мг	1500 мг	[29]
		Хлорпромазин		С 3 лет – таблетки. Р-р для в/м применения с 6 мес.	50 мг	1500 мг	
N05AB	Пиперазиновые производные фенотиазина		0,6				
		Перфеназин		С 12 лет	8 мг	240 мг	[29]
		Трифлуоперазин		С 3 лет с осторожностью	10 мг	300 мг	
N05AC			0,51				
		Перициазин		С 3 лет – капли С 18 лет – капсулы	6 мг	180 мг	
		Тиоридазин		С 4 лет	50 мг	1500 мг	[29]
N05AD	Производные бутирофенона		0,2				
		Галоперидол		с 3 лет	2 мг	60 мг	[30, 31]
N05AF	Производные тиоксантена		0,1				
		Хлорпротиксен		с 18 лет	50 мг	1500 мг	
N05AH	Диазепины, оксазепины, тиазепины оксепины		0,05				
		Клозапин		С 5 лет	25 мг	750 мг	[32, 33, 34]
N05AL	Бензамиды		0,2				
		Сульпирид		Капсулы с 6 лет, таблетки с 18 лет, р-ор для в/м применения с 18 лет	50 мг	1500 мг	
N05AX	Другие антипсихотические средства		0,1				
		Арипипразол		от 13 лет по FDA, с 18 лет Россия	20 мг	840 мг	[35, 36, 37]
		Рисперидон		С 13 лет	1 мг	30 мг	[38, 39]

		Палиперидон		С 12 лет по FDA, с 18 лет Россия	3 мг	126 мг	[40, 41]
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов		0,1				
		Амитриптилин		с 6 лет	25 мг	750 мг	
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина		0,02				
		Сертралин		ОКР с 6 лет, депрессии с 18 лет	50 мг	1500 мг	
		Флувоксамин		ОКР с 8 лет, депрессии с 18 лет	100 мг	4200 мг	
R06AD	Производные фенотиазина		0,3				
		Алимемазин		С 6 лет	15 мг	450 мг	[29]
N06BX	Психостимуляторы и ноотропные препараты другие						

\* в рамках анатомо-терапевтической-химической классификации

\*\* усредненный показатель частоты предоставления

\*\*\* возраст разрешенного применения

\*\*\*\* средняя суточная доза

\*\*\*\*\* средняя курсовая доза

**Комментарий.** Ниже приводится таблица с данными Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) США [42].

**Таблица 2. Международная доказательность применения ряда психотропных средств при детской и подростковой шизофрении**

Препарат	Класс	Механизм действия	Одобен FDA* для применения у детей	Назначается off-label**
Хлорпромазин	Антагонист дофаминовых и серотониновых рецепторов Типичный антипсихотик, нейролептик фенотиазинового ряда	Блокирует дофаминовые D2 рецепторы, уменьшает выраженность продуктивной симптоматики психоза Сочетанная блокада дофаминовых D2,	Тяжелые поведенческие нарушения, связанные с протестным, вызывающим или разрушительным поведением СДВГ у детей с чрезмерной двигательной	У взрослых: шизофрения (внутри) Острые психотические состояния (в/м) Возбуждение или бред у госпитализированных пациентов без психического расстройства Биполярное расстройство Мигрень

		гистаминовых H1 и холинергических M1 рецепторов рвотного центра, может уменьшать тошноту и рвоту	активностью и сопутствующими расстройствами поведения (внутрь, в/м при остром, выраженном возбуждении). Тошнота/рвота (внутрь, ректально, в/м, в/в) Непрекращающаяся икота (подросткам: внутрь, в/м, в/в) Острая перемежающаяся порфирия (подросткам: внутрь, в/м)	абстинентный синдром новорожденных
Галоперидол	Типичный антипсихотик, нейролептик, производное бутирофенона	Блокада дофаминовых D2 рецепторов в мезолимбическом пути приводит к уменьшению продуктивной симптоматики, а также купированию взрывного, агрессивного поведения Блокада дофаминовых рецепторов nigrostriарного пути приводит к улучшению состояния при с-ме Туретта	Тики и вокальные нарушения при с-ме Туретта (внутрь) Препарат второй линии при коррекции выраженных поведенческих расстройств, связанных с чрезмерной возбудимостью и агрессией (внутрь) Препарат второй линии для краткосрочного лечения гиперактивности у детей (внутрь)	У взрослых: Тики и вокальные нарушения при с-ме Туретта (в/м) Шизофрения/обострение психотических расстройств (внутрь, в/м) Лечение пациентов с шизофренией, требующих пролонгированного парентерального введения (Галоперидола деканоат, в/м) Биполярное р-во
Клозапин	Атипичный антипсихотик, стабилизатор настроения	Блокада дофаминовых D2 рецепторов уменьшает продуктивную симптоматику Блокада серотониновых 2A рецепторов улучшает высвобождение дофамина в зонах, ответственных за развитие двигательных осложнений, таким образом предотвращая их Взаимодействие со множеством других рецепторов может влиять на	Не одобрен	У взрослых: Шизофрения, резистентная к другим антипсихотикам Снижения риска повторного суицидального поведения у пациентов с шизофренией и ШАР Другие психотические р-ва Жестоко агрессивные пациенты с психозом и другими мозговыми нарушениями, не поддающимися лечению

		действие, в частности, связь с серотониновыми 2С и 1А рецепторами приводит к улучшению когнитивных и аффективных симптомов		
Рисперидон	Атипичный антипсихотик, стабилизатор настроения	Блокирует дофаминовые D2 рецепторы, уменьшая продуктивную симптоматику Блокада серотониновых 2А рецепторов улучшает высвобождение дофамина в зонах, ответственных за развитие двигательных осложнений, таким образом предотвращая их Антагонизм в отношении серотониновых 7 рецепторов играет роль в развитии антидепрессивного эффекта	Шизофрения (от 13 лет) Острая мания/смешанная мания (от 10 лет, в качестве монотерапии и дополнения) Раздражительность при аутизме (от 5 до 16 лет)	У взрослых: Шизофрения Предотвращение рецидива при шизофрении Другие психотические р-ва Поддерживающая терапия БАР Р-ва поведения у детей и подростков Р-ва, связанные с нарушением импульс-контроля
Палиперидон	Атипичный антипсихотик, стабилизатор настроения	Блокирует дофаминовые D2 рецепторы, уменьшая продуктивную симптоматику Блокада серотониновых 2А рецепторов улучшает высвобождение дофамина в зонах, ответственных за развитие двигательных осложнений, таким образом предотвращая их Антагонизм в отношении серотониновых 7 рецепторов играет роль в развитии антидепрессивного эффекта	Шизофрения (Инвега, с 12 лет)	У взрослых: Шизофрения, в т.ч. в качестве поддерживающей терапии Шизоаффективное р-во (в качестве монотерапии и дополнения) Другие психотические р-ва Острая мания/смешанная мания БАР (поддерживающая терапия) Р-ва поведения у детей и подростков Р-ва, связанные с нарушением импульс-контроля

Арипипразол	<p>Частичный агонист дофаминовых D2 рецепторов</p> <p>Атипичный антипсихотик, стабилизатор настроения</p>	<p>Как частичный агонист дофаминовых рецепторов он теоретически уменьшает высвобождение дофамина, когда его концентрация слишком высока, таким образом оказывая свой антипсихотический и антиманиакальный эффект, а также увеличивает высвобождение дофамина там, где его концентрация низка, улучшая таким образом настроение, негативные и когнитивные симптомы</p>	<p>Шизофрения (от 13 лет) Острая мания/смешанная мания (от 10 лет в качестве монотерапии или допoolsнения) Раздражительность при аутизме (от 6 до 17 лет) С-м Туретта (от 6 до 18 лет)</p>	<p>У взрослых: Шизофрения, в т.ч. в качестве поддерживающей терапии Биполярное р-во в качестве поддерживающей терапии Депрессия (как дополнение) Депрессия при БАР Другие психотические р-ва Р-ва поведения при деменции Р-ва, связанные с нарушением импульс-контроля ПТСР ОКР (в дополнении к СИОЗС)</p>
Сертралин	СИОЗС	<p>Повышает высвобождение серотонина путем блокады его обратного захвата, что проявляется десенситизацией серотониновых рецепторов, особенно типа 1А Также обладает некоторой способностью к блокаде обратного захвата дофамина, что может сказываться на терапевтическом эффекте Обладает умеренной аффинностью к сигма 1 рецепторам.</p>	ОКР (с 6 лет)	<p>У взрослых: Депрессивное р-во Паническое р-во ПТСР Социальная фобия Предменструальная дисфория Генерализованное тревожное р-во</p>
Кломипрамин	ТЦА	<p>Само лекарство является сильным ингибитором обратного захвата серотонина, в то время как его активный метаболит обладает свойствами ингибитора обратного захвата</p>	ОКР (с 10 лет)	<p>У взрослых: Тяжелая депрессия, резистентная к терапии Каталепсия Бессонница Выраженная тревога Синдром хронической/нейропатической боли</p>

		норадреналина, что приводит к десенситизации 1А серотониновых и бета-адренорецепторов Поскольку дофамин инактивируется обратным захватом норадреналина в лобной коре, где недостаточно дофамина, кломиправмин увеличивает передачу дофамина в этой области		
Флуоксетин	СИОЗС	Повышает высвобождение серотонина путем блокады его обратного захвата, что проявляется десенситизацией серотониновых рецепторов, особенно типа 1А Также проявляет антагонистические свойства в отношении серотониновых 2С рецепторов, что может повышать передачу дофамина и норадреналина	Депрессивное р-во (с 8 лет) ОКР (с 7 лет) БАР (в комбинации с оланзапином с 10 лет)	У взрослых: Паническое р-во Нервная булимия Резистентная депрессия Социальная фобия Генерализованное тревожное р-во ПТСР
Флувоксамин	СИОЗС	Повышает высвобождение серотонина путем блокады его обратного захвата, что проявляется десенситизацией серотониновых рецепторов, особенно типа 1А Обладает умеренной аффинностью к сигма 1 рецепторам.	ОКР (с 8 лет)	У взрослых: Социальная фобия Депрессивное р-во Паническое р-во ПТСР Генерализованное тревожное р-во

\* **FDA – Food and Drug Administration** (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов – агентство Министерства здравоохранения и социальных служб США)

\*\* **off-label** – использование по показаниям, не утверждённым государственными регулирующими органами, не упомянутым в инструкции по применению.

### **3.2 Психотерапия и психокоррекция детской шизофрении**

#### **Уровень убедительности рекомендаций В**

(уровень достоверности доказательств – 2++)

Психотерапевтическая помощь больным ДШ осуществляется при купировании остроты состояния, наступления терапевтической ремиссии. По минованию острого состояния терапевтическая тактика должна включать психотерапевтические аспекты, ставящие своей задачей укрепление личности. Используются различные методы психотерапевтического воздействия, включающие рациональную психотерапию. Психообразовательную работу необходимо проводить с родственниками и людьми, ухаживающими за больным, привлекая их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений (смотри приложение В). Следует стимулировать больных путем развития различных форм проведения досуга. В периоды стабилизации процесса или достижения ремиссии на первый план должны выступать социореабилитационные мероприятия.

Психокоррекционная помощь является обязательной составляющей абилитации больных с ДШ, так как направлена на формирование навыков социального взаимодействия и адаптации. Выбор реабилитационных методик, осуществляемых в отношении пациентов с ДШ, зависит от совокупности исходных диагностических показателей: клинического диагноза (нозологически-ориентированные техники), типа психической дезадаптации и обусловленных им мишеней терапевтической и коррекционной работы (таргетно-ориентированные техники), ситуации в которой находится больной (ситуационно-ориентированные техники), актуальных профилактических задач (профилактические техники). Несомненным достоинством терапевтических и коррекционных техник является их высокая пластичность, приспособляемость под различные условия работы. Все меньше становится роль отдельных, изолированных методов терапии, наблюдается тенденция интеграции их в комплексный подход, если они принципиально не противоречат друг другу.

Психотерапевтическая и психореабилитационная помощь выполняет разноуровневые задачи, начиная с развития личности самих пациентов, их социализации, и заканчивая работой с родственниками. Большая часть реабилитационной и психокоррекционной работы находится в компетенции медицинского (клинического) психолога, а непосредственно психотерапевтическая работа, как наиболее ответственный этап – в компетенции врача-психотерапевта.

Полноценная работа требует, чтобы медицинский (клинический) психолог владел большим арсеналом диагностических средств, дополняющих и взаимозаменяющих друг друга. В зависимости от состояния пациента рекомендуется проводить обследование в несколько приемов, в том числе для решения задач динамического наблюдения. Проведению обследования должна предшествовать работа с имеющейся в наличии документацией. Используются материалы беседы с родителями, и материалы клинической беседы. Последовательность диагностической работы, осуществляемой психологом, изложена выше.

Одна из основных ролей в лечении ДШ у детей с целью максимальной социализации больных принадлежит психолого-педагогической коррекции. Проводимые мероприятия заключаются в направлении ребенка в специализированные дошкольные и школьные учреждения (инклюзивное обучение, ресурсные классы и т.п.) с возможностью образования его по программе, доступной его интеллектуальному уровню, обучение жизненным и трудовым навыкам, выработка умения общаться с другими детьми и взрослыми. Прежде чем приступить к психокоррекционной работе, специалист – медицинский (клинический) психолог должен провести тщательное клинико-психологическое обследование и провести анализ нарушений психической деятельности, который предполагает системный качественный анализ деятельности испытуемого. Этот анализ включает оценку не только результата выполнения задания пациентом, но и всего процесса деятельности. Важно анализировать ошибки, допущенные пациентом, которые указывают на механизм нарушений психических функций.

При разработке индивидуальной психокоррекционной программы для детей с ДШ необходимо опираться на сохраненные психические функции (сохраненные формы вербальной и невербальной деятельности пациента). Занятия обязательно должны включать собственную деятельность пациента (как вербальную, так и невербальную) и проводиться с учетом опыта жизни и деятельности пациента, его мотивации. Большое значение имеют устойчивые эмоционально-личностные особенности ребенка, структура познавательной деятельности и навыки, наличие или отсутствие стратегий регуляции поведения, особенности когнитивного функционирования. Контроль может осуществляться в процессе деятельности, а также по окончании выполнения заданий. Самостоятельный контроль у больных ДШ снижен, поэтому важно введение внешнего контроля (со стороны клинического психолога). Включаются задания на хорошо упроченные, автоматизированные виды деятельности и произвольный уровень реализации психической деятельности. Работа строится «от простого к сложному», применительно к каждому

пациенту, так как степень сложности задания зависит от возможностей каждого пациента. Только в случае проведения регулярных коррекционных занятий можно ожидать существенного эффекта.

У детей и подростков, больных ДШ, в первую очередь наблюдается диссоциированная ретардация интеллектуального развития, наряду с грубыми нарушениями в отдельных сферах интеллектуального развития, отставанием речевых функций. Ядром шизофренического регистр-синдрома являются нарушения мышления, отмечаются явления расщепления (схизиса). При ДШ в силу достаточно быстрого формирования интеллектуального дефекта их не всегда удается выявить и верифицировать. При патопсихологическом обследовании больные опираются на второстепенные (латентные) признаки, детали при невозможности выделить существенные, главные, категориальные признаки. У больных отмечалась сниженная способность к окончательной формулировке, наблюдается соскальзывание по линии побочных связей, часто приводящее к неправильным выводам. При выполнении теста Векслера, в случае его доступности ребенку, дети с ДШ обычно показывают низкие результаты, общий интеллектуальный показатель значительно снижен, имеется диссоциация между показателями невербального и вербально-логического интеллекта. Больной ДШ ребенок получает балл, соответствующий детям с выраженной/умеренной умственной субнормальностью.

Существуют диагностические патопсихологические маркеры, характерные для данной нозологии [53]. Профиль больных ДШ квалифицируется в рамках регрессивного с дефектом вида когнитивного дизонтогенеза. Исследования состояния восприятия, мышления и мелкой моторики больных, посредством применения Психологообразовательного теста (англ. аббр. РЕР - Psychoeducational Profile) и батареи патопсихологических методик, подтверждают соответствие результатов РЕР и патопсихологических методик в диагностике когнитивного дизонтогенеза. По материалам оценки выделен регрессивный с выраженным когнитивным дефектом вид когнитивного дизонтогенеза, который проявляется выраженным регрессом когнитивных функций и формированием олигофреноподобного (псевдоорганического) дефекта и характерен для больных ДШ. Дети с регрессивным видом когнитивного дизонтогенеза имеют выраженную дезинтеграцию и грубое отставание операционного и предметно-содержательного компонентов мышления и восприятия. При этом предметно-содержательный аспект мышления у всех больных имел более выраженное отставание, чем аналогичный компонент гнозиса (явления схизиса, диссоциации, отмеченные выше), когнитивный дефект был стабильным.

#### **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

##### **Уровень убедительности рекомендаций С**

(уровень достоверности доказательств – 2+)

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо психотерапии, стимуляцию физической и социальной активности, разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психообразовательная работа с родственниками больных, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. Необходим правильный выбор формы и вида обучения, рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо психолого-медико-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия. Специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) пациента в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его социального положения и социального функционирования. Следует отмечать не только проблемы и трудности, но и благоприятные и положительные особенности. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: семейное положение и особенности семьи; ближайшее (лично-значимое) окружение; материальное положение; самообслуживание; жилищные условия; досуг; проблемы медицинского обслуживания; характеристика периода обучения (в прошлом и настоящем) и уровень соответствия полученных знания возрастным нормам; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными (в том числе правоохранительными) органами; другие психосоциальные проблемы.

Указанные сведения являются социальными составляющими функционального диагноза и учитываются в работе полипрофессиональной бригады. Дневниковые записи по мере заполнения прилагаются к истории болезни пациента. На основании выявленных

данных разрабатывается план психосоциальных мероприятий и поэтапного ведения случая с выделением целей и форм вмешательства.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов курации больных с шизофренией. Высокая эффективность комплексной терапии возможна только при тесном, эстафетном взаимодействии высококвалифицированных психиатров, неврологов, психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников [27].

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

### **Уровень убедительности рекомендаций С**

(уровень достоверности доказательств – 2+)

Шизофрения в большинстве случаев является генетическим заболеванием.

*Первичная профилактика* ранее казалась невозможной, однако введенный с 2019 года скрининг детей раннего возраста, направленный на выявление риска возникновения нарушений психического развития путем анкетирования (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. N 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» способствует выявлению риска (шизотипического диатеза, психоневрологического симптомокомплекса раннего возраста) и своевременному назначению профилактических и лечебно-абилитационных мероприятий. Это позволяет минимизировать экзогенные стрессовые воздействия, способные спровоцировать манифестацию данных расстройств. Родителям, воспитывающим детей группы риска возникновения НПР рекомендуется устранение неблагоприятно действующих психосоциальных факторов, коррекция родительской стратегии воспитания, семейное консультирование по вопросам развития и воспитания детей для первичной профилактики нарушений психического развития.

Лица, имеющие определенные стигмы в психическом статусе и особенностях развития, уязвимы к повреждающему действию различных факторов внешней среды.

Согласно современным представлениям, сочетанное воздействие неблагоприятных внутренних и внешних факторов способствует раннему развитию заболевания. Гипотеза расстройств шизофренического спектра получила дальнейшее развитие в концепции психического диатеза. Зарубежными и отечественными исследователями выделены разные типы диатеза, такие как шизотипический [44, 45] и психопатологический [46]. В этом же ракурсе рассматривается нейроинтегративный дефект, исследованный и описанный в свое время В. Fish [47]. Анализ результатов катамнестического наблюдения показывает, что шизотипический диатез как гипотетическое выражение генетического носительства шизофрении может быть предшественником разных форм расстройств эндогенного круга – шизофрении, аутизма, но также может оказаться вариантом раннего развития, которое к пубертатному возрасту может перейти в практическое здоровье [48].

**Вторичная профилактика** ДШ предполагает значимость ранней диагностики и своевременных мер терапевтического вмешательства для предотвращения формирования тяжелого личностного и когнитивного дефекта. В связи с совершенствованием психиатрической помощи, расширением спектра показаний при назначении психотропных средств, появлением новых лекарственных форм, особенностями лекарственного патоморфоза, влиянием возрастного фактора на результаты терапии особую актуальность приобретают вопросы раннего начала фармакотерапии. Раннее начало медикаментозной терапии имеет значение, как прогностический благоприятный фактор. Это обусловлено закономерностями развития головного мозга, положительными тенденциями онтогенеза при остановке активного течения болезни.

Общая стратегия превентивного вмешательства направлена на сокращение длительности нелеченного психоза путем раннего выявления больных, в том числе находящихся в продромальном, предпсихотическом состоянии. О пользе превентивной терапии свидетельствуют результаты исследований последствий нелеченного психоза в форме большей продолжительности госпитализации, повышенного риска рецидива, отставленную и неполную ремиссию симптомов, сниженный комплаенс, более тяжелое бремя для семьи, повышенное употребление ПАВ и делинквентное поведение, более высокую стоимость лечения, ухудшение социализации

После проведения медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентов с ДШ, определяется комплекс необходимых мероприятий **третичной профилактики**, задачами которой является решение вопросов социальной защиты (социальной поддержки и социального обслуживания), определение маршрута реабилитации и социальной

адаптации, определение профиля обучения, межведомственное взаимодействие (совместно с ПМПК, БМСЭ).

## 6. Организация медицинской помощи

Специализированная медицинская помощь больным при шизофрении (детский и подростковый возраст) включает 4 модели пациента (см. таблицу 3).

**Таблица 3. Модели специализированной ведения больных**

Показатель	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Категория возрастная	Несовершеннолетние			
Пол	Любой			
Фаза	Обострение (приступ) амбулаторного уровня	Ремиссия, фармакологическая ремиссия	Обострение	
Стадия, степень тяжести	Легкая и средняя степени		Средняя	Тяжелая
Осложнение	Без осложнений			
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь			
Условие оказания	Амбулаторно		Стационарно	
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная	Плановая		Экстренная
Технология	Консервативное лечение			
Конкретизация технологии		Консервативное лечение: медикаментозная терапия и психотерапия	Иное	
Конкретизируйте технологию, если не найден вариант			Консервативное лечение: медикаментозная терапия	
Продолжительность лечения (дней)	3	60	30	60

В рамках оказания консультативной помощи для первичной верификации диагноза, определения маршрута ведения больного предусмотрена **модель 1** амбулаторной помощи пациенту. При сохранении относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных для самого больного и окружающих тенденций психические нарушения могут купироваться во внебольничных амбулаторных условиях – **модель 2**. При средней степени тяжести (остроты) состояния и для обеспечения преемственности в оказании помощи при переводе из стационара в амбулаторную сеть применяется дневной стационар – **модель 3**. При выраженности и остроте психопатологических расстройств, грубом нарушении социально приемлемых форм поведения, опасности для себя или окружающих больные нуждаются в лечении в стационарных условиях – **модель 4**.

Повторный прием врача-психиатра проводится для окончательной диагностики заболевания (шизофрении) и определения динамики психического состояния, контроля эффективности лечебных мероприятий. Обращается внимание на наличие характера сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного после проведенной терапии, отношение пациента к ней, соблюдение предписанного режима лечения, наличие побочных эффектов.

Оценивается выраженность психопатологических расстройств и степень их редукции. Обращается внимание на темп редукции симптоматики, равномерность уменьшения выраженности отдельных компонентов синдрома, исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного и его окружения, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям.

Планируемый стандарт специализированной медицинской помощи больным при шизофрении (детский и подростковый возраст) регламентирует виды диагностических и лечебных мероприятий, включая число и кратность осмотров специалистами, виды и характер обследований, анализов, лечебных процедур.

После достижения ремиссии повторные осмотры проводятся для определения ее стойкости, упорядоченности поведения, готовности к контакту с врачом, констатации изменения в критике к болезненным расстройствам и своему положению. Проводится коррекция поддерживающей фармакотерапия, назначается поддерживающее психосоциальное лечение, проводятся реабилитационные мероприятия, групповые и/или индивидуальные психосоциальные интервенции, мероприятия по социально-трудовой реабилитации, активизации больного в социальной среде, осуществляется контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом обращается внимание на наличие и характер сохраняющихся или впервые появившихся жалоб и на изменения психического состояния больного, на соблюдение предписанного режима лечения, появление побочных эффектов и выраженность их. Повторные осмотры психиатром в амбулаторных условиях проводятся в зависимости от стойкости ремиссии: обычно 1 раз в 1-3 месяца. При длительных стабильных ремиссионных состояниях – не реже 1 раза в год. При затяжном, с частыми обострениями или хроническом течении комиссионно определяется диспансерное наблюдение.

В стационаре (дневном стационаре) осмотр психиатра проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня; в амбулаторных условиях – 1 раз в 10 дней.

При обострениях, приступах или затяжном, хроническом течении фармакотерапия

является методом выбора. Применяемое лечение должно ориентироваться на фазу заболевания в которой находится больной.

В системе лечебных мероприятий выделяют три относительно самостоятельных этапа:

- купирующая терапия, направленная на лечение текущего состояния;
- долечивающая или стабилизирующая (поддерживающая) терапия, направленная на предупреждение обострения предшествующего состояния;
- профилактическая терапия, направленная на предупреждение рецидива (повторного состояния).

Терапевтическими стратегиями на этапе купирования являются:

- 1) назначение специфической антипсихотической нейролептической терапии
- 2) стабилизация соматического состояния больного;
- 3) назначение препаратов направленных на лечение сопутствующих расстройств (депрессивных, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных и т.д.).

Лечение при шизофрении обычно стационарное, длительность пребывания в стационаре зависит от скорости редукции симптоматики (в среднем 2 мес). Лечение проводится с учетом психопатологической структуры обострения (приступа), которая определяет выбор психотропных средств, а также особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с чем может быть связана замена или присоединение других методов лечения. В каждом случае перед назначением медикаментозной терапии требуется проведение детальной диагностики и тщательного выбора между желательным эффектом и нежелательными побочными действиями. Выбор препарата проводится с учетом психопатологической структуры расстройства, наличия или отсутствия сопутствующих неврологических и соматических нарушений.

Существует корреляция между возрастом начала лечебно-коррекционных воздействий и клинико-социальным прогнозом для больных ДШ.

Долечивание на стадии стабилизации и формирования ремиссии возможно в полустационарных или амбулаторных условиях. Профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания, может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года. При этом следует помнить, что даже на фоне полного благополучия прекращение профилактической терапии может привести к развитию повторного приступа и дальнейшему утяжелению течения заболевания по сравнению с периодом до начала лечения. В связи с этим в случаях, когда нет объективных медицинских показаний для отмены профилактической терапии (подобные действия, возникновение сопутствующих

интеркуррентных заболеваний, требующих назначения медикаментов, несовместимых с используемыми для профилактики препаратами и т.п.), тактика врача должна быть направлена на продолжение терапии неопределенно долго. Алгоритм ведения больных ДШ помещен в приложение.

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

По данным длительного катамнеза в отличие от шизофрении, манифестирующей у взрослых, рано манифестирующая шизофрения у детей и подростков имеет «плохой» прогноз и исход. По данным двойного длительного катамнеза (20-25 лет), показано что формы злокачественной и приступообразно-прогредиентной шизофрении в детстве сохраняют устойчивость прогредиентности на всем этапе наблюдений, завершаясь формированием дефектных и конечных состояний [28]. При систематическом обзоре длительного катамнеза ранней детской шизофрении показано, что прогноз рано начавшейся шизофрении (EOS) был хуже чем при других формах психозов (MIX). В пользу неблагоприятного течения ДШ свидетельствуют: раннее начало заболевания; семейно отягощенный анамнез, подспудное начало; длительность первого эпизода (манифестного приступа). Важную роль играет личность в преморбиде: социально активные, гипертимные личности имеют лучший прогноз, чем скрытые интроверты, малоактивные личности в преморбиде [15].

## **8. Критерии оценки качества медицинской помощи**

Эффективность проводимой терапии оценивается на основании положительной динамики клинических проявлений. Основными показателями являются быстрота развития и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные клинического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, когнитивных нарушений.

Дополнительными критериями служат результаты экспериментально-психологического исследования в динамике больного шизофренией ребенка или подростка, ориентированные на анализ познавательной деятельности пациента, внимания, мышления. Эффективность купирования осложняющей симптоматики в мире оценивают по шкале общего клинического впечатления – Clinical Global Impression (CGI, National Institute of

Mental Health Maryland, 1976) (смотри приложение Г). Критерии оценки качества помощи приведены в таблице.

### Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
<b>Этап постановки диагноза</b>			
1	Выполнен сбор объективного анамнеза заболевания	1 +	A
2	Выполнено клиничко-психопатологическое обследование пациента	1 +	A
3	Выполнено клиничко-патопсихологическое обследование больного	1+	A
4	Выполнена оценка когнитивных психических расстройств	1+	A
5	Выполнено неврологическое и соматическое обследование	3	C
6	Выполнено нейрофизиологическое обследование - ЭЭГ		C
6	Выполнено нейроиммунологическое обследование пациента	2++	B
7	Выполнены лабораторные параметры (гемограмма, биохимия крови, общий анализ мочи)	3	C
<b>1. Психофармакотерапия продуктивных расстройств в остром периоде болезни</b>			
1	Назначены нейролептики	1++	A
	Назначен антидепрессанты	1++	A
	Назначен корректоры	2++	B
<b>2. Поддерживающая психофармакотерапия</b>			
1	Назначены нейролептики	2++	B
2	Назначены антидепрессанты	1+	A
3	Назначены ноотропы	2++	B
4	Назначены корректоры	1+	A
<b>3. Немедикаментозные методы терапии и реабилитации</b>			
1	Клиничко-психологическая коррекция	2++	B
2	Социальная адаптация	2+	C

## Список литературы

- 1 Weinberger D.R. On the plausibility of « neurodevelopmental hypothesis» of schizophrenia || Neuropsychopharmacology.- 1996.- Vol.14(Suppl.3).-1S-11S\$ Rapoport J.L. et al. «The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005// ».2005.- Vol.10.-№5.-P.434-449
- 2 Симашкова Н. В. Особенности клиники и терапии заболеваний шизофренического спектра в детском и подростковом возрасте // Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 280-298
- 3 Hanson D.R. Gottesman I.I. Theories of Schizophrenia: a genetic-inflammatory-vascular synthesis // BMC Medical Genetics.-2005.-Vol.6.-P.7[PubMed:<http://www.biomedcentral.com/1471-2350/6/7/>];
- 4 Полетаев А.Б. Иммунологический гомункулус (Иммункулус) в норме и патологии // Биохимия. 2002. Т. 67. № 5. С. 721-731;
- 5 Андросова Л.В, Симашкова Н.В., Шушпанова О. В., Отман И.Н., Ключник Т.П. Возможности использования некоторых иммунологических показателей для оценки тяжести клинического состояния пациентов, с начавшейся в детском возрасте шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 2. № 2. С. 85-89. doi: 10.17116/jnevro20161162185-89
- 6 Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М., 2016. 288с.
- 7 Симашкова Н. В. Особенности клиники и терапии заболеваний шизофренического спектра в детском и подростковом возрасте // Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 280-298.
- 8 Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: Введение в практику. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 624 с.
- 9 Hafner F., Heiden W. Epidemiology of Schizophrenie. Canadian Journal of Psychiatry, vol. 42 (1997): pp. 139-151.
- 10 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. С. 3-11
- 11 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. С. 4-15.

- 12 Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. 132 с.
- 13 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.
- 14 Психиатрия: Научно-практический справочник. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Издательство: Медицинское информационное агентство, 2016. 608 с.
- 15 МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина – СПб.: Оверлайн, 1994. – 303 с.
- 16 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
- 17 Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Шушпанова О.В., Отман И.Н., Ключник Т.П. Возможности использования некоторых иммунологических показателей для оценки тяжести клинического состояния пациентов, с начавшейся в детском возрасте шизофренией // Журн. неврол. и психиатр. 2016. Т.116, №2. С. 85-89
- 18 Применение теста тромбодинамики для оценки состояния системы гемостаза. Учебно-методические рекомендации. Под ред. А.М. Шулушко. М., 2015.
- 19 Ключник Т.П., Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Зозуля С.А., Отман И.П., Шушпанова О.В., Брусов О.С. Клинико-лабораторная диагностика расстройств аутистического спектра у детей. *Лабораторная служба*. 2016;5(2):22-27.
- 20 Siniscalco D, Schultz S, Brigida AL, Antonucci N. Inflammation and NeuroImmune Dysregulations in Autism Spectrum Disorders. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2018;11(2):E56.
- 21 Nakagawa Y, Chiba K. Involvement of Neuroinflammation during Brain Development in Social Cognitive Deficits in Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia. *J Pharmacol Exp Ther*. 2016;358(3):504-515/
- 22 Брусов О.С., Симашкова Н.В. Карпова Н.С., Фактор М.И., Никитина С.Г., Тромбодинамические показатели гиперкоагуляции крови у детей с детским аутизмом и детской шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; Том 119; № 1; С. 59-63.

- 23 Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) / Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. С. 212-221.
- 24 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.
- 25 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.
- 26 Bush G., Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination // *Acta Psychiatr Scand.* 1996 Feb; 93(2):129-36
- 27 Simashkova N.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P., Iakupova L.P., Ivanov M.V., Mukaetova-Ladinska E.B. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical–Biological Approaches. *Journal of Autism and Developmental Disorders* September 2019, Vol. 49, Issue 9, pp 3906-3914.
- 28 Башина В.М., Симашкова Н.В. Систематика детской шизофрении // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 1989, Т.89, в.8, С. 69-75.
- 29 Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: (Руководство для врачей). М.: Медицина, 1981. 496 с.
- 30 Anderson L.T., Campbell M., Grega D.M., et al. (1984). Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms. *Am J Psychiatry*, 141 (10), P. 1195-1202.
- 31 Campbell M., Anderson L.T., Meier M. (1979) A comparison of haloperidol, behavior therapy, and their interaction in autistic children [proceedings]. *Psychopharmacol Bull*, 15(2), 84-86
- 32 Beherec L., Lambrey S., Quilici G., et al. (2011). Retrospective review of clozapine in the treatment of patients with autism spectrum disorder and severe disruptive behaviors. *J Clin Psychopharmacol*, 31(3), 341-344.
- 33 Chen N.C., Bedair H.S., McKay B., Bowers M.B., Jr., Mazure, C. (2001). Clozapine in the treatment of aggression in an adolescent with autistic disorder. *J Clin Psychiatry*, 62(6),

479-480.

- 34 Gobbi G., Pulvirenti L. (2001). Long-term treatment with clozapine in an adult with autistic disorder and severe disruptive behaviors. *J Clin Psychopharmacol*, 31(3), 341-344.
- 35 Owen R., Sikich L., Marcus R.N., et al. (2009). Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics*, 124 (6), 1533-1540
- 36 Marcus R.N., Owen R., Manos G., et al. (2011). Aripiprazole in the treatment of irritability in pediatric patients (aged 6-17 years) with autistic disorder: results from a 52-week, open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 21(3), 229-236
- 37 Wink L.K., Badran I., Pedapati E.V., et al. (2016). Clozapine for drug-refractory irritability in individuals with developmental disability. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 26(9),843-846
- 38 Aman M., Rettiganti M., Nagaraja H.N., et al. (2015). Tolerability, safety, and benefits of risperidone in children and adolescents with autism: 21-month follow-up after 8-week placebo-controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 25(6), 482-493
- 39 McCracken J.T., McGough J., Shah B., et al. (2002). Risperidone in children with autism and serious behavior problems. *N Engl J Med*, 347(5), 314-321
- 40 Kowalski J.L., Wink L.K., Blankenship K., et al. (2011). Paliperidone palmitate in a child with autistic disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 21 (5), 491-493
- 41 Stigler K.A., Mullett J.E., Erickson C.A., Posey D.J., McDougle C.J. (2012). Paliperidone for irritability in adolescents and young adults with autistic disorder. *Psychopharmacology (Berl)*, 223(2), 237-245.
- 42 Stahl S.M. Prescriber's Guide. Children and Adolescents. UK: Cambridge University, 2019. 502 p.

- 43 Remschmidt H., Theisen F.V. Schizophrenie and Related Disorders in Children and Adolescents. Journal of Neural (Transmission Supplement, no. 69 2005). pp 121-141.
- 44 Козловская Г.В., Скобло Г.В., Горюнова А.В., Римашевская Н.В. Клинико-психопатологические аспекты пограничных психических расстройств в младенчестве. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1991;91(8):62–66
- 45 Снежневский А.В. Клиническая психиатрия (избранные труды). М.: Издательство «Медицина», 2004:200–213
- 46 Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. 3-е изд. Москва: Изд-во Бином, 2012.
- 47 Fish B. Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. Schizophrenia Bull. 1987;13(3):395–409
- 48 Калинина М.А. Отдаленный катамнез детей из группы высокого риска развития шизофрении. Психиатрия. 2018;(78):41-47
- 49 Симашкова Н.В., Ключник Т.П., и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. – М.: Гэотар-Медиа, 2016. – 288с.
- 50 Rapoport J.A. et al., Autism spectrum disorders and childhood-onset Schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009, 48(1), 8-10.
- 51 Сухотина Н.К. и др. Пантогам® как средство лечения нервно-психических заболеваний в детском и подростковом возрасте (пособие для врачей). М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2009. – 43 с.
- 52 Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 5-2. С. 3-11.
- 53 Никитина С.Г., Зозуля С.А. Клинико-биологические аспекты социального функционирования детей, перенесших эндогенный психоз. Тезисы XIV Юбилейной всероссийской школы молодых психиатров "Суздаль-2019", г. Суздаль, 17-22 апреля 2019 года. с. 224-227.
- 54 Башина В.М., Симашкова Н.В. Систематика форм течения детской шизофрении в свете отдаленного катамнеза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989. Т. 89, Вып. 8. С. 69-75
- 55 Ключник Т.П., Андросова Л.В., Симашкова Н.В. и др. Иммунологический кластер при диагностике расстройств аутистического спектра (технология «аутизм-

- иммунно-тест»). Технология диагностики, методические рекомендации. М.: ФГБНУ НЦПЗ, Москва, 2017. 24 с
- 56 Ключник Т.П., Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Патент №218.016.2саб. Способ определения необходимости использования психотерапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра на момент их обследования. 2017, ФГБНУ НЦПЗ. <https://edrid.ru/rid/218.016.2саб.html> (дата доступа: 15.12.2019);
- 57 Klyushnik T.P., Androsova L.V., Simashkova N.V. et al. The State of Innate and Acquired Immunity in Children with Psychotic Forms of Autistic Spectrum Disorders // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2013. № 43 (1). P. 84-88;
- 58 Андросова Л.В, Симашкова Н.В., Шушпанова О. В., Отман И.Н., Ключник Т.П. Возможности использования некоторых иммунологических показателей для оценки тяжести клинического состояния пациентов, с начавшейся в детском возрасте шизофренией // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016. Т. 2. № 2. С. 85-89. doi: 10.17116/jnevro20161162185-89
- 59 Shimakura, A., Kamanaka, Y., Ikeda, Y. et al. Neutrophil elastase inhibition reduces cerebral ischemic damage in the middle cerebral artery occlusion // *Brain Res*. 2000. 858, P. 55-60. DOI: 10.1016/S0006-8993(99)02431-2].
- 60 Stockley R.A. Alpha1-antitrypsin review // *Clin Chest Med*. 2014. № 35. P. 39-50. DOI: 10.1016/j.ccm.2013.10.001
- 61 Полетаев А.Б. Иммунологический гомункулус (Иммункулус) в норме и патологии // *Биохимия*. 2002. Т. 67. № 5. С. 721-731

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

**Макушкин Евгений Вадимович** доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского» Минздрава России, главный детский психиатр Минздрава России, заместитель Председателя правления Российского общества психиатров.

**Симашкова Наталья Валентиновна** доктор медицинских наук, зав. отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Главный внештатный детский специалист ЦФО РФ, член межведомственной рабочей группы по вопросам комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи лицам с расстройствами аутистического спектра при Минздраве России.

**Пережогин Лев Олегович** доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского» Минздрава России.

**Балакирева Елена Евгеньевна** кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

**Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич** кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

**Иванов Михаил Владимирович** кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Все члены рабочей группы являются членами Российского общества психиатров

**Конфликт интересов отсутствует.**

## **Приложение А 2. Методология разработки клинических рекомендаций**

### **Целевая аудитория клинических рекомендаций:**

1. Врач –психиатр детский; Врач –психиатр подростковый.
2. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

### **Таблица А 2.1. Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-*	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры контролируемых или когортных исследований. Высококачественные обзоры контролируемых или когортных исследований с очень низким риском эффектов перекрытия или систематических ошибок и высокой вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные контролируемые исследования со средним риском эффектов перекрытия или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-*	Контролируемые исследования со средним риском эффектов перекрытия или значимой вероятностью отсутствия причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описание случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств

Исследования оценивали с использованием методологического перечня для рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) в соответствии с принятыми критериями для исследований в психиатрии. На основании этих критериев и типа

---

\* исследования, классифицированные как 1- и 2- не использовались в процессе разработки рекомендаций в связи с их высокой возможностью систематической ошибки оценки

исследования определяли уровень доказательств от 1++ до 4 (таб. 1), что приводило к классу рекомендаций от А до D (таб. 2).

Данная система позволяет обосновать сильные рекомендации доказательствами низкого или значительно реже очень низкого качества, полученными в РКИ более низкого уровня или наблюдательных исследованиях. Одновременно слабые рекомендации могут основываться на высококачественных доказательствах. Первая ситуация складывается в редких случаях, когда не доказательства из включенных исследований, а другие факторы определяют силу рекомендаций, в то время как вторая ситуация отмечается не так редко.

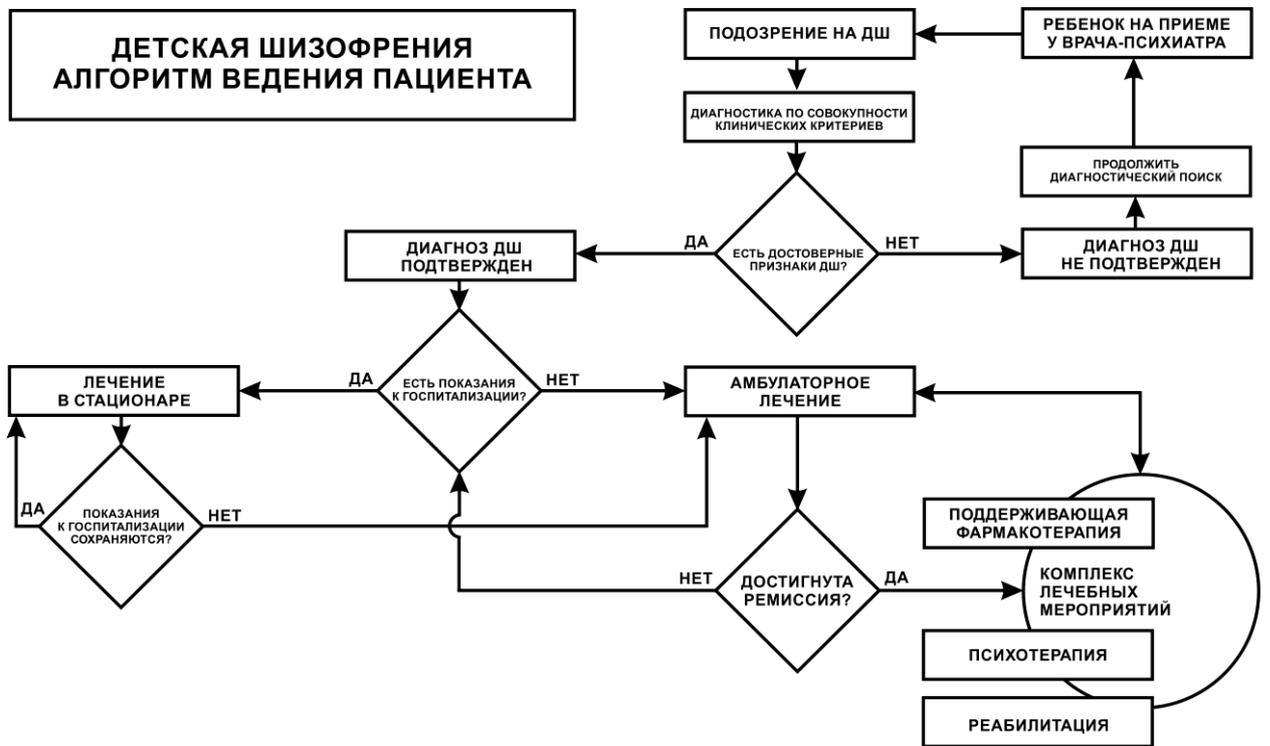
**Таблица А 2.2.** – Уровни убедительности рекомендаций

<b>Уровень убедительности</b>	<b>Описание</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
<b>В</b>	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуются мониторинг побочных явлений
<b>С</b>	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
<b>Д</b>	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство	Не рекомендовано

	пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	
--	---	--

**Порядок обновления клинических рекомендаций** – пересмотр 1 раз в 3 года.

## Приложение Б. Алгоритм ведения пациента



## Приложение В. Информация для пациента

### Детская шизофрения. Информация для родителей.

Детская шизофрения – вариант течения шизофрении. История изучения начинается в конце XIX века, как отечественными, так и зарубежными школами, хотя со времени описания *dementia praecocissima de Sanctis* 1908 прошло много лет, представления о детской шизофрении остаются противоречивыми, когда Эмиль Крепелин (1856-1926) выделил особую категорию психических расстройств – «преждевременное слабоумие». Наряду с «преждевременным слабоумием» у взрослых в те же годы стали появляться клинические описания расстройства у детей. В 1908 году исследования шизофрении были обобщены Эугеном Блейлером (1857-1939), тогда же он предложил современное название (шизофрения). Дать точное определение шизофрении трудно. Классическое определение принадлежит А. В. Снежневскому: «Шизофрения – прогрессивное психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами» позволяет сделать ряд важных выводов.

- Шизофрения характеризуется прогрессивностью, т.е. по ходу течения заболевания больному становится хуже. Следует отметить, что прогрессивность касается прежде всего негативных симптомов (симптомов обеднения психической деятельности)

- У шизофрении нет специфических позитивных симптомов, но это не значит, что клиническая картина ее формируется хаотично, напротив, изучение шизофрении привело к выделению нескольких типичных сценариев ее развития (форм) с известным порядком возникновения и смены синдромов.

В МКБ-10 симптомы для удобства сгруппированы в 9 групп, в основном по формальным признакам:

(а) «Эхо» мыслей (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей окружающим;

(b) бред овладения, воздействия или пассивности, отчётливо относящийся к телу или конечностям, мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

(с) галлюцинаторные «голоса», комментирующие или обсуждающие поведение больного; другие типы «голосов», идущих из различных частей тела;

(d) устойчивые бредовые идеи, которые культурно неадекватны, нелепы, невозможны и/или грандиозны по содержанию

(e) стойкие галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;

(f) неологизмы, шперрунги (перерывы в мышлении), приводящие к разорванности или несообразности в речи;

(g) кататоническое поведение, например возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;

(h) «негативные симптомы» (но не обусловленные при этом депрессией или фармакотерапией), как правило, приводящие к социальному отчуждению и снижению социальных показателей; симптомы, которые могут быть выражены: апатией, речевым обеднением или сглаженностью, неадекватностью эмоциональных реакций;

(i) достоверные и последовательные изменения общего качества поведения, проявляющиеся утратой интересов, бесцельностью, поглощённостью собственными переживаниями, социальным отчуждением.

В клинической практике симптомокомплексы (синдромы) иные, и все сказанное выше оказывается очень трудно соотнести с детским возрастом, поскольку для него характерно незавершенное развитие, развитие, протекающее одновременно с течением болезни, искажающееся в ходе болезни, приобретающее в ходе болезни гротескные черты. Поэтому многие психиатры, работающие с детьми, продолжают опираться в диагностике на достижения клинической психиатрии.

Распространенность шизофрении среди взрослых составляет около 1% населения, однако из всех случаев шизофрении в детском возрасте начинается не более 5% (по некоторым данным – до 30%). В детском возрасте мальчики болеют в 2-3 раза чаще девочек.

Причина шизофрении не известна. Бесспорно, что риск ее возникновения передается из поколения в поколение, но речь идет именно о наследовании предпосылок к возникновению болезни, а не болезни, как о облигатном состоянии. Даже у однояйцевых близнецов, точных генетических копий друг друга, риск заболеть вдвоем составляет лишь 50%. Генетическая предрасположенность в совокупности с провоцирующими внешними факторами, может привести к возникновению шизофрении. Ряд исследователей соотносит генетические факторы при шизофрении с шансами на формирование аутоиммунных повреждений мозга. Не исключено и определяющее воздействие повреждающих факторов при беременности и родах. Значительно реже современные исследователи уделяют внимание теориям психогенного происхождения шизофрении.

Диагностика шизофрении основана прежде всего на клиническом методе. Врач-психиатр изучает объективный и субъективный анамнез заболевания, оценивает клиническую картину в процессе наблюдения за больным, в процессе беседы. Для оценки состояния пациента важным является проведение экспериментально-психологического исследования. Дополнительные данные дает врачу изучение заключения (протокол) экспериментально-психологического исследования. В качестве дополнительных диагностических обследований проводятся ЭЭГ, лабораторные исследования, консультации специалистов, при показании КТ, МРТ.

### **Клиника детской шизофрении**

Как мы уже отмечали выше, клиническая картина детской шизофрении носит чрезвычайно полиморфный характер и существенно образом зависит от возраста. Вместе с тем давно известно, что очевидные симптомы шизофрении редко приходят без предвестников. Эти предвестники принято называть доклиническими проявлениями, распознавать которые должны уметь и доктора, и ответственные родители.

**Продромальный этап** детской шизофрении включает «зарницы» – предвестники заболевания. Большая длительность продромального периода коррелирует с плохим прогнозом.

**Инициальный этап** детской шизофрении может включать – фактическое начало болезни, ее дебют. В клинической картине преобладают: проявления астении, аффективные расстройства, особенно – депрессии, сопровождающиеся отчетливо сниженным настроением, усталостью, тревогой, страхами, в частности – за свое здоровье, чувство собственной измененности, необычное, как правило, приглушенное, восприятие окружающего мира («через грязное стекло, через пленку»); нарастание аутизации, пренебрежение элементарными социальными обязанностями, включая личную гигиену, могут развиваться нарушения поведения.

Вслед за доклиническими проявлениями детской шизофрении следует собственно этап болезни. Существует несколько подходов к классификации шизофрении. Многие из них не учитывают особенности течения шизофрении у детей, оперируя формальными категориями, описывающими эндогенные процессуальные расстройства у взрослых (в частности, такой подход характерен для МКБ-10). Более того, ряд исследователей избегает в последнее время и самого термина «шизофрения», употребляя общий термин «расстройства шизофренического спектра». Возможно, это верное решение с позиций биологической психиатрии, но понимание клинической диагностики, а значит – принципов лечения, прогноза, подходов к реабилитации – в связи с размытостью границ

страдает. Ниже мы будем описывать клиническую картину детской шизофрении, исходя из классических представлений о ее формах.

**Злокачественная непрерывнотекущая** (кататоническая, гебефренная) детская шизофрения возникает, как правило, в возрасте 2-5 лет. Для злокачественного течения характерно преобладание негативных симптомов, их высокий полиморфизм, резистентность к терапии и быстрое формирование грубых нарушений психики (то, что в конце XIX века называли «ранним слабоумием»). Как правило, раннее психическое развитие у этих детей может проходить обычно, но уже к 2 годам резко нарушается речь (грамматически искажается, становится обезличенной, а порой просто исчезает), утрачиваются интересы, эмоциональные привязанности, навыки самообслуживания. Формируется процессуальная аутизация. Вскоре к этим проявлениям присоединяются страхи и галлюцинаторная (обычно, зрительная) симптоматика, кататонические симптомы, грубые нарушения поведения. Кататоническая симптоматика в раннем детском возрасте является ведущей, представлена мутизмом, эхолалиями, бегом по кругу, манерностью, стереотипными движениями, особенно – рук, двигательным возбуждением или заторможенностью. Параллельно развиваются эпизоды гебефренного возбуждения с манерностью, дурашливостью, вычурными позами. В качестве исходного состояния формируется олигофреноподобный дефект различной глубины.

**Параноидная непрерывнотекущая и приступообразно-прогредиентная детская шизофрения** начинается преимущественно в подростковом возрасте, клиническая картина отличается полиморфизмом, включает бред, галлюцинации, элементы синдрома Кандинского-Клерамбо.

К расстройствам шизофренического спектра отнесены **шизотипическое расстройство и шизоаффективное расстройство**. Прогноз при них благоприятный.

### **Лечение детской шизофрении**

Лечение детской шизофрении является длительным и носит комплексный характер. Психотерапия обязательно сочетается с абилитацией/реабилитацией и социальной коррекцией.



## **Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

### **ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ СИНДРОМОВ (PANSS)** (по С.П. Кею, Л.А. Оплеру и А. Фицбейну, 1987) адаптированная для детского возраста

Шкала оценивает следующие клинические показатели:

#### **Шкала позитивных синдромов (П)**

##### **П 1. 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.

##### **П 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.

### **П 3. Галлюцинации**

Высказывания или поведение, указывающие на восприятие без соответствующего внешнего раздражителя. Патологическое восприятие может иметь место в слуховой, зрительной, обонятельной или соматической сферах. 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” (нев्यразительный) 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 самоустраивается 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.

### **НЗ. 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. Больной старается избегать смотреть в глаза собеседника.

6. Очень сильная выраженность: больной в высшей степени безразличен к окружающему, держит себя на расстоянии от собеседника. Избегает смотреть ему в глаза и не выдерживает ответного взгляда. Ответы односложные, поверхностные. Попытки невербального контакта 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 мелкоразмашистый тремор рук, потливость.

5. Сильная выраженность: больной сообщает о наличии тревоги, что сопровождается появлением соматических и поведенческих реакций, таких как заметная напряженность, ослабление концентрации внимания, сердцебиение 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 взаимоотношениях 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 удастся 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 замедлены, 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. Старается избегать разговоров на нежелательные темы.

4. Умеренная выраженность: временами больной откровенно отказывается выполнять элементарные требования общежития, например, убирать постель, следовать распорядку дня и т.п.; может давать враждебные, 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.

## Скрининговая анкета для родителей детей раннего возраста

(М.В. Иванов, Н.В. Симашкова, Г.В. Козловская, 2018)

**Инструкция.** Родителям предлагается ответить на вопросы шкалы. Дается следующая инструкция: «Если Вы наблюдали (или не наблюдали) у своего ребенка нижеописанное поведение, выберите соответствующий ответ: «да», «нет», «затрудняюсь ответить»».

### Скрининговая анкета для родителей детей раннего возраста

Дата заполнения

Ф.И.О. родителя

Ф.И.О. ребенка

Дата рождения

Возраст ребенка

Пол

Номер вопроса	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
1	Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) или лице взрослого (со второго месяца жизни)?			
2	Смотрел ли ребенок в глаза – в течение 1-2 сек. сам или при привлечении внимания словом или прикосновением со второго мес. жизни?			
3	Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни?			
4	Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители?			
5	Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но			

	при этом, сцеженное молоко принимал охотно?			
6	Тянулся ли ребенок на руки матери, или другим близким, радовался пребыванию на руках?			
7	На первом году жизни, в период бодрствования, ребенок НЕ требовал к себе внимание матери (мог лежать один в кроватке, не реагировать на уход матери, занимая себя предметами, игрушками, собственными пальцами и т.д. или пассивно лежал, не реагируя на окружение)?			
8	Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость, удивление, недовольство и т.д.), начиная с возраста 5-6 мес.?			
9	Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительный или игровой контакт?			
10	Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам – 5-6 мес.?			
11	Соответствуют ли показатели моторного развития ребенка нормативным срокам: - удерживает головку – с 2 мес., - сидит – с 6 мес., - ползает – с 8 мес., - ходит без поддержки – с 12-14 мес.			
12	Соответствуют ли показатели речевого развития ребенка нормативным срокам? - агуканье – с 1 мес. - гуление – с 2-3 мес. - лепет (ба-ба-ба, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) – с 6-8 мес. - первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие, адресованные к конкретному лицу) – к 1 году.			

13	Отмечались ли у ребенка неоднократно на первом году жизни: нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания; запоры/поносы? не связанные с физическим заболеванием (имеющееся подчеркнуть)			
14	Использует ли ребенок указательный жест?			
15	Умеет ли ребенок пить из чашки?			
16	Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне», «дай мне»), после года?			
17	Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы из высказываний взрослых («как эхо»)?			
18	Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность к внешним раздражителям (шум от бытовых приборов, фейерверков, звукам издаваемых животными; повышенный тон взрослых и др.)?			
19	Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры (стрижка ногтей, волос, купание и др.)?			
20	Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плохо видит»?			
21	Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку: рассматривает, облизывает, обнюхивает? (нужное подчеркнуть).			
22	Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки, кастрюли), как игрушками, предпочитает ниточки, шнурки, пакетики, палочки и др.?			
23	Есть ли предметы (игрушки) с которыми ребенок НЕ расстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)?			
24	Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды (горизонтальные /			

	вертикальные), однообразно возит, катает предметы (игрушки)?			
25	Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке, предпочитает играть один?			
26	Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам?			
27	Имеются ли у ребенка второго года жизни эпизодические или частые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования, частые пробуждения?			
28	Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек, игрушек, предметов определенного цвета и т.п.)?			
29	Есть ли у ребенка однообразные движения (grimасы, повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружение на месте и др.)?			
30	Замечали ли, что у ребенка имеются двойственные проявления в поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; не терпит постороннего шума, однако, сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)?			
31	Задавал ли ребенок вопросы к концу второго года жизни?			
32	Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетом величины, формы и цвета?			
33	Отмечаются ли у ребенка следующие признаки: (проходящие косоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония, «ходьба на цыпочках», кружение вокруг себя, игра пальцами перед лицом,			

	перебирание пальцами, потряхивание кистями рук? (имеющееся подчеркнуть).			
34	Используете ли Вы для успокоения ребенка электронные гаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)?			
35	Сколько времени ребенок проводит у телевизора/компьютера: - до 0,5 часа, - более 0,5 часа. (нужное подчеркнуть)			

«Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.) Анкета предназначена для использования в учреждениях здравоохранения, образования, оказывающих помощь детям раннего возраста, с целью организации системы ранней помощи, для использования в практической деятельности педиатрами, неврологами, клиническими (медицинскими) психологами, психиатрами, педагогами-психологами. Анкета рассчитана на родителей детей 1,5–4-летнего возраста. Анкета представляет собой перечень из 35 вопросов, затрагивающих психопатологические проявления в раннем возрасте и основные сферы психического и психологического развития ребенка:

- инстинктивно-вегетативную сферу;
- сенсорную сферу;
- биопсихосоциальную систему (диаду) «мать-дитя»;
- эмоциональную сферу;
- познавательную сферу (в том числе психомоторику и речь, а также навыки самообслуживания);
- социальное взаимодействие.

Психометрическое исследование показало достаточно высокую надежность и валидность клинко-психологической анкеты и подтверждает ее чувствительность к выявлению детей широкой группы риска, возможного возникновения психических расстройств (состояния предболезни). Процедура проведения: анкетирование (опрос) родителей детей раннего возраста начиная с 1,5 летнего возраста. Обработка результатов проводится специалистом при помощи подсчета совпадений ответов с ключом методики.

**Ключ к методике для подсчета ответов.**

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	нет	13	да	25	да
2*	нет	14	нет	26	нет
3	нет	15	нет	27*	да
4	нет	16	нет	28*	да
5	да	17	да	29*	да
6	нет	18*	да	30	да
7	нет	19	нет	31	нет
8	нет	20	да	32	нет
9	нет	21	Облизывает, обнюхивает	33*	да
10	нет	22	да	34	да
11*	нет	23	да	35	Более 0,5 ч
12*	нет	24*	да		

Группа риска нарушений психического развития определяется в соответствии со следующими нормативами: - при совпадении 1 ответа на вопросы, отмеченные звездочкой – «\*» в ключе методики, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития; родителям дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому), медицинскому (клиническому) психологу. - при совпадении 4 и более ответов на вопросы с ключом методики (не отмеченные – «\*»), в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому). В частных случаях, за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет углубленную диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др. Результаты анкетирования не могут использоваться для установления медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска. Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра, прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии [17].

## Шкала повседневного социального функционирования

(Personal and social functioning scale, PSP, Morosini, P. L., et al. 2000)

(адаптированная для применения в детском возрасте от 3-х до 16-ти лет)

При использовании данной шкалы измеряется степень затруднения в 4-х основных областях функционирования с учетом возраста ребенка:

- (a) способность к обучению и усвоению речевых навыков;
- (b) отношения с близкими и окружающими людьми;
- (c) самообслуживание;
- (d) возбуждение и агрессивное поведение.

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

10-1 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).

Критерии для областей a-d:

Область (а).

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)

Оценка по критерию взаимоотношения с близкими и окружающими, производилась следующим образом: отсутствие проблем в данной сфере характеризовалось 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 (с)

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 выполнении 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)

Критериями для области d являлись следующие параметры: 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.

**Шкала общего клинического впечатления**  
(Clinical global impression scale, CGI, Guy W., 1976)

**Шкала тяжести (CGI-S)** – степень тяжести представляет собой 7-балльную шкалу, которая требует от клинициста оценки тяжести заболевания пациента

Возможные рейтинги:

1. Нормальный, совсем не болен
2. Граница психически больного
3. Легко болен
4. Умеренно болен
5. Заметно болен
6. Тяжело болен
7. Среди самых тяжелых пациентов

**Шкала улучшения (CGI-I)** – улучшение представляет собой 7-балльную шкалу, которая требует, чтобы врач оценил, насколько состояние пациента улучшилось или ухудшилось по сравнению с исходным состоянием в начале лечения. Оценивается как:

1. Очень улучшилось
2. Намного улучшилось
3. Минимально улучшенный
4. Без изменений
5. Минимально хуже
6. Намного хуже
7. Очень сильно хуже

**Индекс эффективности**

Клинический глобальный показатель впечатления-эффективность – это шкала оценки  $4 \times 4$ , которая оценивает терапевтический эффект лечения психиатрическими препаратами и связанные с ним побочные эффекты.

Терапевтический эффект	Побочные эффекты			
	НЕТ	Не оказывают существенного влияния на функционирование пациента	Значительно вмешиваются в функционирование пациента	Подавляют терапевтический эффект
Значительное улучшение.				

<b>Полная или почти полная ремиссия всех симптомов</b>				
<b>Умеренное улучшение. Частичная ремиссия симптомов</b>				
<b>Минимальное – Незначительное улучшение, которое не меняет состояние пациента</b>				
<b>Без изменений или хуже</b>				

## **Шкала оценки кататонических расстройств** (Bush-Francis Catatonia Rating Scale, BFCRS, 1996)

Шкала оценивает выраженность кататонических расстройств и позволяет оценить их динамику по мере течения приступа, а также степень редукции под влиянием психофармакотерапии.

1. Возбуждение – усиление и ускорение различных проявлений психической деятельности – мышления, речи, моторики, не являющиеся проявлением акатизии или целью направленного влияния.

0 – проявления отсутствуют;

1 – чрезмерная двигательная активность, перемежающаяся периодами нормальной активности;

2 – постоянная чрезмерная двигательная активность, без периодов отдыха;

3 – развернутое кататоническое возбуждение с хаотичностью бессмысленностью движений;

2. Неподвижность/ступор – чрезмерное снижение активности вплоть до полной обездвиженности, отсутствие или внешние реакции на внешние раздражители.

0 – проявления отсутствуют;

1 – принимает неестественные позы, с большим недлительный возможен контакт;

2 – фактически не реагирует на внешние стимулы;

3 – собственно ступор, состояние полной обездвиженности, отсутствует реакция на болевые стимулы;

3. Мутизм – отсутствие речевого контакта при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к ним речь;

0 – проявления отсутствуют;

1 – отсутствие вербального ответа на большинство вопросов, иногда неясно различимый шепот;

2 – употребляет менее 20 слов за 5 минут;

3 – полное отсутствие речевого контакта;

4. Подвижность взора – фиксация взгляда, минимальный или отсутствие визуального контакта с окружающей средой, снижение частоты моргания;

0 - проявления отсутствуют;

1 – недостаточный зрительный контакт, при переключении внимания фиксация взора на другой объект длится менее 20 секунд, редкое моргание;

2 – фиксация взора на объекте более 20 секунд, изредка возможно переключения внимания;

3 – фиксация взора, без реакции на внешние раздражители;

5. Поза/катаlepsия – способность к длительному сохранению позы ( в том числе сидеть или стоять длительное время без реакции)

0 – проявления отсутствуют;

1 – менее чем 1 минуту;

2 – более 1 минуты, но менее 15 минут;

3 – странные, причудливые позы или общепринятые позы, способные сохраняться без изменений более 15 минут;

6. Grimасничанье – странная, эксцентричная, необычная мимика пациента.

0 – проявления отсутствуют;

1 – длится менее 10 секунд;

2 - длится менее минуты;

3 – вычурная, причудливая экспрессия длительностью более минуты;

7. Эхопраксия/эхолалия – подражание речи, жестам, движениям исследователя.

0 - проявления отсутствуют;

1 – изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

8. Стереотипия – произвольное многократное повторение однообразных, лишенных смысла и ничем не вызванных движений (похлопывания, потирание рук)

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

9. Манерность – странные, утрированные, сохраняющие видимость целенаправленных движения (или общепринятые, но утрированные манеры, жесты, мимика)

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

10. Вербигерация – бессмысленное повторение слов, фраз или предложений (либо их написание)

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

11. Ригидность – недостаточная подвижность, инертность, необходимость приложения усилия к изменению позы, исключением является присутствие у больного феномена «зубчатого колеса», тремора.

0 - проявления отсутствуют;

1 – легкие проявления;

2 – умеренные проявления;

3 – серьезные проявления;

12. Негативизм – отрицательное отношение к идущим извне побуждениям, просьбам, попыткам исследовать пациента, отгораживание от внешних впечатлений или действия, поведение больного противоположны инструкциям.

0 - проявления отсутствуют;

1 – не явно выраженное отрицательное отношение и /или изредка действия противоположные инструкциям;

2 – умеренная степень выраженности негативного отношения и /или часто действия противоположные инструкциям;

3 – серьезно выраженное отрицательное отношение и /или постоянное совершение действий противоположные инструкциям;

13. Явления восковой гибкости - застывание больного в принятой им позе, при изменении позы больного сохраняет приданное положение.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

14. Отказ от сотрудничества – отказ пациента принимать пищу, пить, соблюдать правила личной гигиены и т.п.

0 - проявления отсутствуют;

1 – проявления минимально выражены и сохраняются менее одного дня;

2 - проявления минимально выражены и сохраняются более одного дня;

3 – полное отсутствие контакта с пациентом более одного дня;

15. Импульсивность – внезапно возникающие поступки, действия больного, порой носящие нелепый характер, совершающиеся в связи с непреодолимым влечениями, побуждениями (больные могут кричать, смеяться, бегать, в пункте не учитываются

проявления агрессии). Впоследствии остающиеся без объяснений или объяснения носят формальный характер.

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

16. Пассивная подчиняемость – преувеличенное сотрудничество на просьбу исследователя или спонтанное продолжение просимого движения.

0 - проявления отсутствуют;

1 - изредка;

2 – часто;

3 – постоянно;

17. Синхронность движений -сгибание руки в ответ на легкое нажатие пальца, после инструкции к противоположному действию

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

18. Противодействие (пассивный негативизм) - сопротивление пассивным движениям, которое соизмеримо по силе со стимулами и являющиеся скорее автоматическим, чем намеренным.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

19. Амбивалентность/амбитендентность – двойственность в принятии решений, поступков, антогонистическая реакция на внешние раздражители.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

20. Хватательный рефлекс – по данным неврологического обследования.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

21. Персеверации – склонность к повторению или к упорному продолжению однажды начатой темы или какого-либо рода деятельности.

0 – проявления отсутствуют;

3 – явление имеет место;

22. Проявления внешней агрессии – немотивированные вспышки с агрессивно-разрушительными действиями, бессмысленны, впоследствии не объясняются или объяснения носят формальный характер.

0 - проявления отсутствуют;

1 – проявления агрессии редки, низкая потенциальная опасность для окружающих (нанесению вреда, порчи);

2 - проявления агрессии часты, умеренно выраженная потенциальная опасность для окружающих;

3 – высокая опасность для окружающих;

23. Состояние жизненно важных показателей (температуры, артериального давления, пульса, состояние дыхательной систем, ЖКТ)

0 - проявления отсутствуют;

1 – нарушения одного показателя;

2 – нарушения двух показателей;

3 - нарушение 3 и более показателей;

Оценка пациента должна производиться на основе наблюдения за поведением больного в процессе лечения, непременно с учетом включения пунктов «отказ от сотрудничества» и «состояние жизненно важных показателей», которые могут быть основаны как на непосредственном наблюдении за больным так и на данных меддокументации. Общее правило, только в случае ясности симптома он оценивается как положительный, если симптом сомнителен, то его оценка производится как «0». Для констатации симптомов кататонии необходимо наличия 2-х и более критериев, постоянно, на протяжении 24 часов. На основании данных полученных другими исследователями (Cohen D., 1999\*, Kinrys P., Logan K., 2001\*\*) степень тяжести кататонии свыше 35 баллов определялась как тяжелая, 25-35 умеренная, и менее 25 легкая.

Для возможности более наглядного сопоставления анализа данных, указанная шкала была условно разбита по подшкалам по следующим градациям:

I) гиперкинетическая кататония, куда вошли пункты: 1- возбуждение, 8- стереотипии, 10-вербигерация, 14-отказ от сотрудничества, 15-импульсивность и 22 – проявление внешней агрессии.

---

\* Cohen D., Flament M., Dubos P.F. et al Case series catatonic syndrome in young people. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38 - p. 1040-1046; 205.

\*\* Kirby G. H. The catatonic syndrome and its relation to manic-depressive insanity. J. Nev. Ment Dis n.40, p. 694-704.

II) гипокинетическая кататония – 2-неподвижность, 3-мутизм, 4 – подвижность взора, 5- сохранение позы/катаlepsия, 11-ригидность,12-негативизм, 13-явления восковой гибкости, 18- противодействие (пассивный негативизм; 20 - хватательный рефлекс.

III) «симптомы малой кататонии» – 6-гримасничанье, 7-эхосимптомы, 9-манерность, 17- синхронность движений, 19-амбивалентность/ амбигендентность, 21 – персеверации.

IV) соматовегетативные нарушения – 23, где учитывалось наличие нарушение 1-2-3 и более показателей, отражающих состояние жизненно важных значений.