**ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

**Психофармакотерапия аттенуированых психотических расстройств при эндогенных расстройствах в юношеском возрасте**

**Методические рекомендации**

д.м.н. В.Г.Каледа,

к.м.н. М.А.Омельченко,

аспирант А.О.Румянцев

**Москва, 2020**

**Аннотация**

В последние десятилетия в психиатрической литературе сформулирована концепция «критического» периода, который включает первые 2-5 лет с момента начала заболевания, когда формируются основные закономерности течения заболевания, что стало обоснованием для создания долгосрочных специализированных программ для пациентов с впервые выявленными психотическими расстройствами. При этом особое внимание уделяется т.н. аттенуированным[[1]](http://www.ncpz.ru/stat/434%22%20%5Cl%20%22_ftn1) психотическим симптомам (АПС), которые включают ослабленные по выраженности и продолжительности психотические симптомы, представленные бредовыми идеями отношения, особого значения, инсценировки, зрительными и слуховыми иллюзиями, отдельными галлюцинаторными расстройствами, явлениями «малой» кататонии и патогномоничными для шизофрении расстройствами мышления. АПС характеризуются крайней непродолжительностью (от нескольких секунд до нескольких минут, но не более часа), возникновением на фоне непомраченного сознания. Данные симптомы субъективно определяются пациентом, характеризуются наличием к ним критического отношения, имеют высокую коморбидность с аффективными расстройствами.

Выявление, диагностическая и прогностическая оценка АПС в структуре юношеских депрессий особо актуальны на начальных этапах психических заболеваний, когда своевременное выявление клинических и психобиологических маркеров может способствовать раннему терапевтическому вмешательству с последующим возможным уменьшением степени прогредиентности эндогенного процесса.

Настоящая технология разработана с учетом полученных данных о закономерностях формирования и течения юношеских депрессий с АПС, которые отражают гетерогенность изученных состояний и способствуют решению сложных прогностических задач, возникающих при диагностике данных состояний. Технология способствует решению задачи единого подхода к ведению больных юношескими депрессиями с АПС. Описаны основные подходы к этапности проведения психофармакотерапии с установлением препаратов первого выбора на этапах купирующей и поддерживающей терапии. Обоснована необходимость назначения препаратов различных фармакологических классов и предложены оптимальные их дозировки. Представлены основные подходы для повышения приверженности терапии. Результаты, полученные в настоящем исследовании, могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов. Методологические принципы, на базе которых построена технология, может применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

***Ключевые слова:****юношеские депрессии, аттенуированные психотические симптомы, высокий риск и ультравысокий риск развития шизофрении, раннее терапевтическое вмешательство*

**Содержание**

Введение……………………………………………………………………………………4

Сокращения………………………………………………………………………………...6

Показания к использованию технологии………………………………………………...6

Описание технологии……………………………………………………………………...7

Приложение (Шкала оценки продромальных симптомов SOPS)……………………...14

Литература………………………………………………………………………………....24

**Введение**

Терапевтическая тактика ведения пациентов с аттенуированной психотической симптоматикой в структуре юношеской депрессии в первую очередь определяется особым ее прогностическим значением в отношении риска манифестации эндогенных психозов. По результатам исследований [Kessler R. et al., 1993; Fusar-Poli P. et al., 2007, 2012; Rurhmann S. et al., 2010; Ziermans T. et al., 2011; Woodberry K. et al.,2016] манифестация психоза в течение 6 месяцев после возникновения аттенуированной психотической симптоматики составляет 18% (12-25%), в течение года – 22% (17-28%), в течение 2 лет – 29% (23-36%), в течение 3 лет - 32% (24-35%) и более 3 лет (3-5 лет) – 36% (30-43%). Так, по данным Mees L. (2011) у 40% из 377 пациентов, имеющих аттенуированную психотическую симптоматику, развилось манифестное психотическое состояние в течение 2,5 лет наблюдения.

Однако, даже при отсутствии манифестации психоза у исследуемых больных отмечается значительное снижение уровня социального и ролевого функционирования [Addington J. et al., 2011]. Кроме того, установлено, что аттенуированная психотическая симптоматика имеет тенденцию к персистенции. Средний уровень ремиссии у этих больных составляет от 15,4% до 54,3% [Simon A., Velthorst E., 2011]. Если говорить о симптоматической ремиссии, то она формируется в течение года лишь у 57,1% больных, а в течение 2 лет – у 59, 2% пациентов. Также установлено, что персистирующая аттенуированная психотическая симптоматика напрямую коррелирует не только с худшим функциональным исходом, но и снижением качества жизни, а также развитием резистентности к психофармакотерапии [Marshall M. et al., 2005; Perkins D. et al., 2005; Barnes T. et al., 2008].

По данным метаанализа нескольких сотен исследований [Heinssen R., Insell T.,2015] было показано, что раннее вмешательство на доманифестном этапе эндогенных психозов снижает риск манифестации, по некоторым данным, до 50% за 12 мес катамнестического наблюдения [Stafford M. et al., 2013; van der Gaag M. et al., 2013].

Полученные данные свидетельствуют, что применение низких доз атипичных антипсихотических препаратов в терапии больных с аттенуированными психотическими симптомами может отсрочить начало психоза. Так, в исследовании McGlashan T. (2006) уровень манифестации у таких больных при лечении оланзапином в течение года составил 16,1%, а у пациентов, получавших плацебо – 37,9%. Сходные данные были получены и McGorry P. (2002) при сравнительном исследовании двух групп пациентов, в первой из которых применялась когнитивно-бихевиоральная терапия, а во второй – ее сочетание с рисперидоном. В течение 6 мес в первой группе манифестный психоз развился у 35,7% больных, а во второй – лишь у 9,7%. Также подтверждена эффективность арипипразола [Woods S. et al., 2007] и амисульприда [Ruhrmann S. et al., 2007] в отношении снижения риска манифестации психоза. Назначение атипичных антипсихотиков также коррелирует с улучшением или, по крайней мере, отсутствием ухудшения конитивных функций у исследуемой когорты больных [Tandon R. et al., 2000; Keefe R. et al., 2007]. Имеются данные и о положительной корреляции между лечением и улучшением внимания и регуляторных функций, что связано с лучшим функциональным исходом [Green M. et al., 2000; McGurk S. et al., 2000].

Однако помимо терапевтической эффективности при назначении антипсихотиков пациентам этой группы по данным исследований [Kelly C. et al., 2010; McGorry P. et al., 2002; Rurhmann S. et al., 2007; McGlashan T. et al., 2006] часто встречались побочные эффекты – для амисульприда в 81% случаев развивалось повышение уровня пролактина, для арипипразола в 60% случаев акатизия, для оланзапина – увеличение веса в 61,3% и утомляемость в 29%, для рисперидона – ригидность мышц в 12% случаев.

Также имеются данные, что атипичные антипсихотики не имеют долгосрочного эффекта, и после прекращения лечения у пациентов вновь повышается риск манифестации психоза и достигает в среднем 35% [McGlashan T. et al., 2006]. А с другой стороны, длительное применение антипсихотиков, даже в малых дозах, способно вызвать сенсибилизацию клеток головного мозга, что способствует наступлению «гиперсенсибилизированного психоза» после отмены терапии [Moncrieff J. 2006].

Другие исследования показывают эффективность антидепрессантов в отношении манифестации психоза [Cornblatt B. et al., 2007; Fusar-Poli P. Et al., 2007; Walker E. Et al., 2009]. В целом, по результатам этих работ антидепрессанты могут рассматриваться как предпочтительная терапия подростков и юношей с аттенуированными психотическими симптомами.

Имеются данные о положительном влиянии психотерапии в отношении риска манифестации психоза. Рандомизированное исследование применения когнитивно-бихевиоральной терапии в течение 6 мес показало его снижение на 15%, при этом улучшение было длительным и сохранялось на протяжении 3 последующих лет [Morrison A. et al., 2007]. Также, помимо аттенуированной психотической симптоматики, есть еще и другие мишени терапии больных из этой группы, такие как психосоциальное функционирования, функциональный исход и когниция, для купирования которых широко применяется психотерапия [Pitschel-Walz G. Et al., 2001; Combs D. et al., 2007].

Также оценивалась эффективность лечения больных из обследуемой группы такими лекарственными средствами как малые дозы лития, модуляторы глутаматергической системы (ампакины, глицин, мемантин), эритропоэтин, N-ацетилцистеин, ингибиторы антиоксидазы [Berger G. et al., 2007]. Из представленных препаратов статистической достоверностью и возможностью стать альтернативой антипсихотикам обладали низкие дозы лития.

Обсуждается эффективность омега-3 жирных кислот (эйкозапентаеновая кислота и докозагексаеновая кислота) в отношении предупреждения манифестации психоза [Amminger G. et al., 2007]. По результатам катамнестического исследования за 12 мес в группе получавших омега-3 ЖК манифестировало 5%, против 29% в группе плацебо, также была показана не только редукция продуктивной, негативной и общей симптоматики, но и улучшение социального функционирования [Amminger G. et al., 2010], при этом различия оставались достоверными на протяжении всего 12-месячного периода наблюдения.

В целом, несмотря на большое количество данных, отсутствие единого подхода к ведению больных с юношескими депрессиями с аттенуированной психотической симптоматикой, неразработанность ее клинической типологии, четких, структурированных терапевтических ступеней, перечня препаратов первой линии выбора, обоснованных сроков проведения терапии, а также условий ее прекращения привело к необходимости проведения тщательного клинико-психопатологического анализа таких состояний и разработке единой тактики дифференциальной диагностики и курации.

**Сокращения**

ЭПП – эндогенный приступообразный психоз

УВР – ультравысокий риск по развитию ЭПП

ВР – высокий риск по развитию ЭПП

АПС – аттенуированные психотические симптом

**Показания к использованию технологии**

Технология применяется для лечения больных (16-25 лет) с юношескими депрессиями с АПС, относящихся к группам УВР и ВР по развитию шизофрении, которые первично обращаются за специализированной психиатрической медицинской помощью с предварительными диагнозами по МКБ-10: расстройства настроения (F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34.), расстройства личности (F60), шизотипическое расстройство (F21).

Рекомендуется использовать ранее предложенную медицинскую технологию по выявлению больных из групп УВР и ВР по развитию шизофрении («Оценка риска манифестации приступообразных психозов у больных юношеского возраста с непсихотическими формами психических расстройств», Каледа В.Г., Омельченко М.А., Румянцев А.О., Москва, 2015). Для первичного выявления признаков УВР и ВР все больные с юношескими депрессиями подлежат оценке по шкале SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms), которая предназначена для выявления скрытой или кратковременной шизофреноподобной симптоматики на продромальном этапе. Шкала является «непсихотическим» аналогом шкалы PANSS и BPRS и позволяет оценить степень выраженности симптоматики продромального этапа по 4 направлениям: позитивные, негативные симптомы, степень дезорганизации и общие симптомы. Выявление расстройств по субшкале негативных симптомов и общих симптомов SOPS при первичной оценке необходимо рассматривать в связи с депрессивными расстройствами, оцениваемыми по шкале Гамильтона для выявления депрессии (HDRS - Hamilton Depression Rating Scale) во избежание получения ложноположительных результатов.

Для выбора тактики купирующей терапии при психопатологическом анализе больных с юношескими депрессиями с АПС необходимо оценить к какому из представленных типов они относятся: I тип – с преобладанием бредовых расстройств, II тип - с элементами кататонической дезорганизации, III тип - с шизоформными расстройствами мышления. В связи с неоднородностью бредовых расстройств по механизму возникновения, среди I типа было выделяется два подтипа: 1 - с элементами острого чувственного бреда и 2 - с элементами интерпретативного бреда.

Поддерживающая терапия зависит в большей степени от полноты редукции имеющихся АПС, оцененных по шкале SOPS. На этом основании можно сделать вывод о том, возможно ли исключение пациента из групп ВР и УВР по развитию шизофрении или нет.

Технология предназначена для практического применения врачами психиатрами, как амбулаторного звена, так и стационаров.

**Описание технологии**

Тактика ведения больных юношеского возраста с АПС в структуре депрессии, у которых при проведении первичной оценке не было выявлено признаков ВР и УВР подразумевает после проведения курса купирующей терапии продолжение поддерживающего лечения антидепрессантами, что позволяет снизить возможность возникновения признаков дистресса и предотвратить повторное развитие активной фазы болезни.

При наличии признаков ВР рекомендовано как присоединение к основной схеме терапии мягких нейролептиков в небольших дозировках, так и последующее продолжение поддерживающей терапии ими, что способствует двойному действию, долечиванию активной фазы процесса и снижению степени его прогредиентности.

В случаях выявления отчетливых признаков УВР клинические рекомендации наиболее строгие. Для них рекомендовано проведение купирующей терапии с назначением средних в хлорпромазиновом эквиваленте терапевтических доз нейролептиков с продолжением амбулаторной сочетанной терапии нейролептиками и препаратами других классов, подобранных на этапе купирующего лечения.

Последовательно рассмотрим каждый из этапов (купирующей и поддерживающей) терапии применимо к пациентам изучаемых типов.

**Купирующая терапия.**

По результатам проведенного исследования были выявлены закономерности в назначении антипсихотической терапии у больных различных типов. Выявлена неэффективность монотерапии антидепрессантами подобных состояний. Для купирования аттенуированной психотической симптоматики все больные нуждались в назначении антипсихотиков. По результатам ретроспективного анализа проведенного (без учета разделения больных на изучаемые типы АПС) лечения были выявлены следующие закономерности оказавшихся эффективными терапевтических тактик:

Для больных I типа 1 подтипа - препаратами выбора оказались преимущественно атипичные антипсихотики (кветиапин, оланзапин, арипипразол) в средней суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 263,4 мг/сут. Установлено, что психопатологические феномены I типа 1 подтипа на фоне проведения психофармакотерапии редуцируются довольно быстро и не склонны к последующей персистенции. Учитывая благоприятный 5-тилетний исход таких состояний можно сделать предположение, что наличие этой симптоматики требует назначения только курсового купирующего лечения. Проведение длительной противорецидивной терапии представляется необоснованным.

Для лечения пациентов с расстройствами I типа 2 подтипа применялся широкий спектр нейролептиков, начиная от классических (бутирофенон, зуклопентиксол), заканчивая современными антипсихотиками последнего поколения (палиперидон, азенапин) суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 243,2 мг/сут. Наличие в структуре психического расстройства I типа 2 подтипа психопатологических симптомов демонстрирует наиболее неблагоприятный, в плане неполной редукции и последующей длительной персистенции психопатологической симптоматики, исход у больных с таким типом расстройств. Такие больные требуют проведения динамического наблюдения с обязательным назначением поддерживающего лечения.

В терапии пациентов с II типом расстройств, применялись как атипичные, так и традиционные нейролептики (рисперидон, клозапин, флупентиксол, трифлуоперазин, перициазин). При этом средняя суточная доза составила 188,7 мг/сут в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент. Для лечения пациентов с состояниями III типа применялись атипичные антипсихотики (кветиапин, оланзапин, арипипразол) в средней суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 152,6 мг/сут. Симптоматика II и III типов оказывала выраженное негативное влияние лишь в момент ее экзацербации. Проведение длительной противорецидивной терапии таких больных не дало однозначного результата. Учитывая в целом относительно благоприятный исход таких состояний можно предположить, что оптимальной терапевтической тактикой будет наблюдение этих больных с решением вопроса о назначении психофармакотерапии в каждом конкретном случае и проведении психотерапевтических мероприятий для улучшения показателей социально-трудовой адаптации пациентов. Такой подход к терапии позволил существенно снизить частоту манифестаций по сравнению с результатами наблюдений за аналогичными группами больных без антипсихотической терапии.

Так же был проведен анализ эффективности краткосрочной психотерапии данных больных в условиях стационара.

Многими исследователями было показано, что раннее психотерапевтическое вмешательство способствует своевременному заложению основ приспособительного поведения, во многом определяющего уровень последующей социальной адаптации, к ним относятся как формы эмоционального реагирования на начало заболевания, варианты личного, субъективного отношения к перенесенному состоянию, особенности внутренней объяснительной модели болезни, так и дальнейший выбор направленности и содержания приспособительного поведения, диапазон вариаций которого колеблется в широких пределах от защитно-компенсаторного отказа от лечения до принятия роли хронического пациента. Это представляется особенно значимым для больных юношеского возраста с их особой уязвимостью к самостигматизации, низкому уровню комплаентности и формированию осложнений социального характера. Таким образом, определяется актуальность проведения краткосрочной психотерапии в условиях стационара с определением мишеней психосоциального вмешательства на основании особенностей клинико-психопатологической структуры аттенуированных психотических расстройств, соответствующих критериям высокого риска по шизофрении.

Известно, что психотерапевтическая помощь в период лечения больного в психиатрическом стационаре имеет ряд особенностей, одной из которых является непродолжительное время психотерапевтического консультирования, ограниченное, с одной стороны, возможным наличием острого состояния у пациента, а с другой стороны, его выпиской при наступлении ремиссии. Таким образом, психотерапевтическое вмешательство может состоять всего из нескольких сеансов, что, наряду с самим наличием психического заболевания, ограничивает круг возможных техник и подходов поддерживающей психотерапии.

Больные с I типом 1 подтипом психопатологических феноменов по механизму развития острого чувственного бреда, характеризующиеся быстрой редукцией симптомокомплексов субпсихотического спектра и, практически, полной нормализацией психического состояния, а так же пациенты с III типом расстройств по механизму патогномоничных для шизофренического спектра расстройств мышления, характеризующиеся относительно благоприятным прогнозом в сфере дальнейшей социальной адаптации и субъективной оценкой качества жизни, были отнесены к одной категории, т.к. являются наиболее благоприятными с точки зрения прогнозов динамики АПС, и предусматривают широкое применение психотерапевтических методов, содержание, цели и задачи которых определяются той концепцией, которой придерживается психотерапевт. Иногда с больными I типа 1 подтипа и III типа было целесообразно смещать акцент с индивидуальной психотерапии на групповую, которая позволила более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности путем активного участия в межличностных отношениях. Групповая психотерапия могла использоваться в различных формах: арт-терапия, танцевальная терапия, групповая дискуссия, психодрама и др. Возможно так же было использование рациональной психотерапии, т.к. больные I типа 1 подтипа и частично III типа доступны в плане апелляции к логическому мышлению, где в качестве лечебных факторов выступает разъяснение, переубеждение, авторитет психотерапевта. В комплексе с индивидуальной и групповой терапией может применяться так же семейная терапия, направленная на изменение межличностных отношений, и имеющая своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье.

Ко второй категории были отнесены больные I типа 2 подтипа психопатологических феноменов по механизму развития интерпретативного бреда, являющиеся наиболее неблагоприятными с точки зрения редукции аттенуированной психотической симптоматики, даже при условии проведения длительной адекватной профилактической психофармакотерапии, а так же пациенты II типа расстройств, развивающихся по механизму острой кататонической дезорганизации с неблагоприятным исходом в рамках АПС. Основными задачами психотерапии таких больных было максимально возможная социальная адаптация и смягчение реакция пациентов в ответ на болезненные ситуации, предотвращение изоляции больных в обществе, формирование критического отношения к болезни и т.д. С такими больными было целесообразно проводить краткосрочную психотерапию с установлением реалистичных целей. Такими целями могли выступать, например, помощь в преодолении каких-то проблемных жизненных ситуаций, в приобретении нового опыта, разъяснении механизмов ухудшения состояния больного. Опыт групповой психотерапии (психодрама, поведенческая, психотерапия, групповой психоанализ, психодинамическая образная психотерапия) для пациентов II и III типов так же мог быть полезен с точки зрения активации дополнительных возможностей изменения своего поведения. Поведение психотерапевта с такими больными должно было быть более побуждающим, директивным, терапевт должен был брать на себя большую ответственность за события и т.п.

Таким образом, разработка методов психологической помощи в зависимости от типа расстройств АПС способствует более глубокому пониманию и расширению представлений о механизмах психотерапевтического воздействия у больных психиатрического стационара, как с относительно благоприятным, так и особенно с неблагоприятным прогнозом. Модель комбинированной терапии, объединяющая психофармакотерапию и психотерапию, позволит в практической медицине значительно повысить эффективность лечебно-реабилитационного воздействия у пациентов психиатрического стационара и способствовать оптимизации психотерапевтической помощи больным.

**Поддерживающая терапия.**

Больным, показавшим хороший терапевтический эффект при проведении купирующей терапии, вышедшим из группы ВР по развитию шизофрении (1-ая группа) рекомендован поддерживающий прием антидепрессивной терапии с приемом антипсихотиков низких дозировках (или полной отмене антипсихотической терапии во время ремиссии, в зависимости от степени редукции АПС), с возобновлением антипсихотической терапии во время рецидива аффективного состояния. Больным с неполным эффектом от купирующей терапии, которые продолжают находится в группе ВР по развитию шизофрении, (2-ая группа) рекомендован прием поддерживающей терапии в виде адекватной перенесенному депрессивному эпизоду антидепрессивной терапии в сочетании с постоянным приемом низких дозировок нейролептической терапии. Больным с минимальным эффектом купирующей терапии, с персистирующими АПС, продолжающими находится в группе УВР по развитию шизофрении (3 группа), рекомендовано долгосрочное продолжение приема комплексной поддерживающей терапии в сочетании нейролептиков и антидепрессантов в дозах, оказавшимися достаточными для купирования состояния и не вызвавшими ухудшения при снижении дозировок препаратов.

Следующей методической рекомендацией является учет фактора комплаенса при проведении длительной поддерживающей терапии. Так, в процессе создания медицинской технологии установлено, что на этапе становления ремиссии у больных не была достигнута полная приверженность терапии (35,9±2,6 баллов из возможных 55) (см. табл. 1). При анализе уровня комплаенса было выявлено, что основным фактором, снижающим комплаентность, было «отношение к медикации». Больные были уверены во «вредном» влиянии психофармакотерапии на здоровье, считали, что лекарства могут «зомбировать», «превратить в овощ», имелась склонность относить имеющуюся остаточную психопатологическую симптоматику на счет побочных явлений терапии. Больные пытались на этапе назначения лечебных отпусков самостоятельно снизить дозы препаратов, уменьшали кратность приема, объясняя такое поведение тем, что выздоровели и более не нуждаются в высоких дозах терапии. Некоторые имели установку принимать назначенную схему лечения в течение 1-2 месяцев с последующим полным прекращением лечения. При изучении факторов, связанных с пациентом, было выявлено, что больные признавали эффективность текущей психофармакотерапии и значительное уменьшение психопатологических расстройств за время лечения. В меньшей степени на комплаентность влияли факторы, связанные с близким окружением и лечащим врачом.

***Таблица 1* Результаты обследования больных по Шкале медикаментозного комплаенса**[**[2]**](http://www.ncpz.ru/stat/434#_ftn2)**(указаны средние баллы со стандартным отклонением)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Пункты шкалы | 1 группа | 2 группа | 3 группа | Всего |
| Всего: | 45,2±2,2 | 26,6±2,9 | 35,9±2,8 | 35,9±2,6 |
| 1.Отношение к медикации | 24,5±4,2 | 13,8±3,8 | 21,6±4,7 | 19,9±4,2 |
| 2 Факторы, связанные с пациентом | 12,7±2,1 | 8,2±4,3 | 8,5±3,5 | 9,8±3,3 |
| 3 Факторы, связанные с близким окружением | 4,6±1,5 | 2,3±1,9 | 2,9±1,8 | 3,2±1,7 |
| 4 Факторы, связанные с лечащим врачом | 3,4±0,9 | 2,3±1,7 | 2,9±1,4 | 2,9±1,3 |

Помимо общих черт, присущих всем пациентам, были выявлены особенности формирования комплаенса по группам больных. У больных 1 группы комплаентность была наилучшей, при этом достоверно более высокие результаты (р<0,05) были получены фактору «отношение к медикации». У пациентов в целом была сформирована установка на прием поддерживающей терапии. Несмотря на высокие значения по субшкале «факторы, связанные с пациентом», больные легкомысленно относились к возможности рецидивирования заболевания, полагали, что достаточный отдых и рациональный режим дня даже в большей степени, чем лекарства способны стабилизировать состояние. Пациенты считали, что они самостоятельно могли бы справиться с болезнью, не прибегая к помощи врача, а уж тем более к стационированию. По фактору, связанному с близким окружением были получены достоверно (р<0,05) более высокие результаты. В семьях больных 1 группы устанавливалось адекватное отношение к болезни с полным пониманием необходимости продолжения терапии и с настроенностью на создание эффективного терапевтического альянса.

Комплаентность больных 2 группы была наиболее низкой. Отношение к медикации характеризовалось попытками уклонения от терапии. Больные либо негативно относились к факту лечения, либо нарочито бравировали этим. Имела место парадоксальная стигматизация, когда больные сами охотно рассказывали о своем заболевании в компании сверстников. Также выявлялось формирование вторичной выгоды от болезни, когда пациенты добивались от родственников освобождения от ответственности и нагрузок, повышенного внимания или материальных ценностей. Больным нередко была свойственна симуляция тяжести состояния и формирование госпитализма. Комплаенс снижали и факторы, связанные с пациентом - коморбидные злоупотребления психоактивными веществами. Близкие родственники больных этой группы наиболее негативно относились к приему длительной поддерживающей психофармакотерапии, они утверждали, что длительное лечение «разрушает» здоровье, утрировали тяжесть побочных явлений и требовали дополнительных обследований для установления и немедленного устранения причины заболевания. Родственники демонстрировали резко протестные реакции на советы врача, имели установку на нетрадиционные способы терапии и достоверно реже (р<0,05), чем из других групп были настроены на создание терапевтического альянса.

Несмотря на более высокую общую комплаентность, больные 3 группы в целом были схожи с пациентами 2 группы, но имели свои особенности. У них выявлялось своеобразное отношение к медикации с парадоксальным сочетанием положительной установки на лечение и существенных погрешностей в приеме психофармакотерии. У таких больных нередко развивался страх стигматизации, когда прием терапии подтверждал наличие психического заболевания перед окружающими, при этом степень самостигматизации была невысока. Негативно влияли на комплаенс и факторы, связанные с пациентом – наличие когнитивных расстройств, а также формальная критика к перенесенному состоянию или ее отсутствие. Близкие родственники также имели неоднозначную реакцию на необходимость проведения длительной психофармакотерапии, избирательно приобретали препараты, отказывались от покупки тех лекарств, которые, по их мнению, имели выраженные побочные явления. При этом из-за слабого терапевтического альянса, родственники не стремились консультироваться с врачом, больше доверяя средствам массовой информации и знакомым.

Таким образом было установлено, что у больных с АПС в структуре депрессии юношеского возраста на этапе становления ремиссии не достигается полная комплаентность. В первую очередь, это связано с общим негативным отношением к медикации. Также немаловажную роль играют психопатологические особенности больных, не позволяющих установить адекватную внутреннюю картину болезни. Сопутствующее дискредитирующее влияние на комплаенс оказывает неадекватное отношение ближайших родственников и трудности в создании терапевтического альянса. Знание особенностей формирования комплаенса у больных из группы высокого риска по шизофрении способствует проведению дополнительных реабилитационных мероприятий как для самого больного, так и для его окружения, способствующих проведению успешной профилактике развитию такого высокоинвалидизирующего заболевания как шизофрения.

В рамках изучаемой типологии длительность приема поддерживающей терапии распределилась следующим образом: Больные с I типом 1 психопатологических феноменов по механизму развития острого чувственного бреда, после выписки принимали поддерживающую терапию в среднем 8 мес (±1,5 мес), далее самостоятельно прекращали лечение. У больных с I типом 2 подтипом симптомов субпсихотического спектра по механизму развития интерпретативного бреда длительность поддерживающего лечения была наибольшей (61,5% случаев принимали психофармакотерапию на протяжении всего периода катамнеза). Пациенты с II типом расстройств, развивавшихся по механизму острой кататонической дезорганизации после выписки принимали поддерживающую терапию в среднем 1,8 мес ± 1,5 мес. У пациентов с III типом расстройств по механизму патогномоничных для шизофренического спектра расстройств мышления, длительность поддерживающей терапии была различной от 6 мес ± 1,4 мес (у 66,7%) до постоянного приема на всем протяжении катамнестического наблюдения (33,3%).

**Выводы**

Таким образом было установлено, что больные с АПС в структуре юношеской депрессии нуждаются в комплексном терапевтическом подходе. Антидепрессивная терапия для больных с отсутствием высокого риска, что позволяет снизить возможность возникновения признаков дистресса и предотвратить повторное развитие активной фазы болезни.

Присоединение к основной (антидепрессивной) схеме терапии мягких нейролептиков в небольших дозировках и последующее продолжение поддерживающей терапии ими, рекомендовано при наличии признаков ВР, что способствует двойному действию - долечиванию активной фазы процесса и снижению степени его прогредиентности.

В случаях выявления отчетливых признаков УВР клинические рекомендации наиболее строгие. Для них рекомендовано проведение купирующей терапии с назначением средних в хлорпромазиновом эквиваленте терапевтических доз нейролептиков с продолжением амбулаторной сочетанной терапии нейролептиками и препаратами других классов, подобранных на этапе купирующего лечения.

Купирующая терапия проводилась в виде сочетания медикаментозной терапии и краткосрочной психотерапии в условиях стационара, которая потребовала различных подходов для различных выделенных типов.

Для больных I типа 1 подтипа - препаратами выбора оказались преимущественно атипичные антипсихотики в средней суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 263,4 мг/сут. Психопатологические феномены I типа 1 подтипа, на фоне проведения психофармакотерапии быстро редуцируются и не склонны к последующей персистенции. Наличие этой симптоматики требует назначения только курсового купирующего лечения.

Для лечения пациентов I типа 2 подтипа применялся широкий спектр нейролептиков в суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 243,2 мг/сут. Психопатологические симптомы I типа 2 подтипа демонстрируют наиболее неблагоприятный исход, в плане неполной редукции и последующей длительной персистенции психопатологической симптоматики. Такие больные требуют проведения динамического наблюдения с назначением поддерживающего лечения.

В терапии пациентов с II типом расстройств, применялись как атипичные, так и традиционные нейролептики, средняя суточная доза составила 188,7 мг/сут в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент. Для лечения пациентов III типа применялись атипичные антипсихотики в средней суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 152,6 мг/сут. Симптоматика II и III типов оказывала негативное влияние лишь в момент ее экзацербации. Проведение длительной противорецидивной терапии таких больных не дало однозначного результата. Таким образом, оптимальной терапевтической тактикой является наблюдение этих больных с решением вопроса о назначении психофармакотерапии в каждом конкретном случае и проведении психотерапевтических мероприятий для улучшения показателей социально-трудовой адаптации пациентов.

Такой подход к терапии позволил существенно снизить частоту манифестаций по сравнению с результатами наблюдений за аналогичными группами больных без антипсихотической терапии.

Для проведения краткосрочной терапии в условиях стационара больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили больные с I типом 1 подтипом, ввиду быстрой редукции АПС и практически полной нормализацией психического состояния, а так же пациенты с III типом расстройств, характеризующиеся благоприятным прогнозом в сфере дальнейшей социальной адаптации и субъективной оценкой качества жизни, т.к. являются наиболее благоприятными с точки зрения прогнозов динамики АПС, и предусматривают широкое применение психотерапевтических методов, таких как арт-терапия, танцевальная терапия, групповая дискуссия, психодрама, рациональная и семейная психотерапия.

Ко второй категории были отнесены больные I типа 2 подтипа, являющиеся наиболее неблагоприятными с точки зрения редукции АПС, а так же пациенты II типа расстройств, с неблагоприятным исходом в рамках АПС. Основными задачами психотерапии таких больных было максимально возможная социальная адаптация и смягчение реакция пациентов в ответ на болезненные ситуации, предотвращение изоляции больных в обществе, формирование критического отношения к болезни, установление реалистичных например, помощь в преодолении каких-то проблемных жизненных ситуаций, в приобретении нового опыта, разъяснении механизмов ухудшения состояния больного. Групповая психотерапия для таких пациентов полезна больше с точки зрения активации возможностей изменения своего поведения. Поведение психотерапевта с такими больными должно было быть более побуждающим, директивным, чем с пациентами предыдущей группы, врач должен был брать на себя большую ответственность за события.

За время проведения катамнестического исследования было установлено, что у больных с АПС в структуре депрессии юношеского возраста на этапе становления ремиссии не достигается полная комплаентность. В первую очередь, это связано с общим негативным отношением к медикации. Также немаловажную роль играют психопатологические особенности больных, не позволяющих установить адекватную внутреннюю картину болезни. Сопутствующее дискредитирующее влияние на комплаенс оказывает неадекватное отношение ближайших родственников и трудности в создании терапевтического альянса. Знание особенностей формирования комплаенса у больных из группы высокого риска по шизофрении способствует проведению дополнительных реабилитационных мероприятий как для самого больного, так и для его окружения, способствующих проведению успешной профилактике развитию такого высокоинвалидизирующего заболевания как шизофрения.

**Приложение**

**ШКАЛА ОЦЕНКИ ПРОДРОМАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ**

**TheScaleofProdromalSymptoms (SOPS)**

**Milleretal. (1999) иMcGlashanetal. (2001)**

**СУБШКАЛА А**

**ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ**

**П1. Необычное содержание мыслей / бредовые мысли**

Наличие одного или нескольких из следующих признаков:

а) напряженное или бредовое настроение. Что-то странное приходит в голову. Фрагментарность элементы нереальности происходящего. Близкие кажутся странными, вызывающими смущение, предвещающими угрозу, представляющими опасность и пр. Ощущение измененности себя и окружающих. Изменение восприятия времени. Дэжа вю;

б) неперсекуторные идеи отношения (включая нестойкий бред отношения);

в) нарушение функции мышления (наплыв, обрыв мыслей, персеверации, вкладывание, открытость, чтение мыслей);

г) другие убеждения сверхценного характера, охваченность ими (религия, медитация, философия, другие экзистенциальные темы). Магическое мышление, определяющее поведение и выходящее за пределы общепринятых в данной культуре норм (суеверие, ясновидение, «шестое чувство», необычные религиозные убеждения);

д) бредовые идеи относительно своего тела, вины, нигилизма, ревности, религиозного содержания, внешнего контроля, получение посланий посредством радио- и телепередач. Бредовые идеи могут присутствовать, но не постоянны и не достигают степени систематизированных.

Степень тяжести:

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

**П2. Подозрительность / идеи преследования.**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) чрезмерная озабоченность причинами, определяющими поведение окружающих, недоверчивость;

б) подозрительность или параноидное мышление;

в) настороженность или открытая недоверчивость, отражающая бредовые установки и отражающаяся в общении и поведении.

Степень тяжести:

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

**П3 Идеи величия**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) чрезмерная самооценка и нереалистичное чувство превосходства;

б) экспансивность и хвастливость;

в) возможно наличие отчетливых бредовых идей величия, определяющих поведение.

* отсутствие;
* сомнительная степень: чувство собственного превосходства;
* слабая степень: идеи талантливости, исключительности, сохраняется чувство превосходства;
* умеренная степень: ощущение обладания особой силой, способностями, временами возникает экспансивность;
* сильно выраженная степень: нестойкие, быстро проходящие идеи особой силы, богатства;
* очень сильно выраженная непсихотического уровня: убежденность в неестественно высоком интеллекте, собственной привлекательности, силе, популярности. Критика может быть неполной, но убеждения не влияют на поведение;
* очень сильно выраженная психотического уровня: бредовые идеи величия как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение.

**П4 Перцептивные расстройства / галлюцинации**

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

а) необычные сенсорные явления, усиление или притупление чувств, яркие представления, искажения, иллюзии;

б) псевдогаллюцинации или галлюцинации при сохранении осознания болезненности состояния;

в) периодическая потеря критики к состоянию, не влияющая на мышление и поведение.

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: изменения в перцептивной сфере, усиление или ослабление чувств;

2- слабая степень: необычные, неоформленные перцептивные расстройства (шумы, вспышки и пр.), беспокойство;

3- умеренная степень: необычные отчетливые перцептивные расстройства (образы, геометрические фигуры, отчетливые звуки), аффект недоумения, беспокойство;

4- сильная степень: перцептивные искажения, иллюзии, псевдогаллюцинации (лица, фигуры, голоса), которые определяются как нереальные, не вызывающие сильного страха или охваченности;

5- очень сильная степень непсихотического уровня: одна или две отчетливые непродолжительные галлюцинации, могут сопровождаться другими слабовыраженными перцептивными расстройствами, не определяющие мышление и поведение;

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

**П5 Расстройства мышления**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) странности мышления или речи, неопределенность, метафоричность, преувеличение, стереотипность;

б) беспорядочное или путаное суждение о чем-либо, ускорение или замедление мыслей, использование неправильных слов для описания, соскальзывание и нецеленаправленность речи;

в) стереотипное, бесцельное или паралогичное мышление, трудности в упорядочивании и выражении мыслей;

г) растормаживание ассоциативного процесса делает речь малопонятной.

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

**СУБШКАЛА Б**

**НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ**

**Н1 Социальная изоляция и избегание**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) недостаток близких друзей или знакомых кроме родственников первой степени родства;

б) чрезмерная социальная тревога, не уменьшающаяся при дружеском общении и больше имеющая тенденцию к связи с параноидным страхом, чем с заниженной самооценкой;

в) болезненная симптоматика ослабляется в одиночестве, к которому больной и стремиться, хотя, если требуется, проявляет социальную активность, в общении инициативы не проявляет;

г) пассивно соглашается с проявлением социальной активности, но без интереса, механически с тенденцией пасовать перед малейшими трудностями.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: некоторая «неуклюжесть» в социальном плане при сохранении социальной активности;

2- слабая степень: снижение заинтересованности в общественной деятельности, при сохранении социализации;

3- умеренная степень: неохотное участие в социальной деятельности, отсутствие интереса, социальная пассивность;

4- сильно выраженная степень: круг общения ограничен преимущественно семьей, дефицит дружеских связей, социальная апатия, минимальное участие в общественной деятельности;

5- очень сильно выраженная степень: значительные трудности во взаимоотношениях, отсутствие близких друзей, большую часть времени проводит в одиночестве или с родственниками первой степени родства;

6- крайняя степень выраженности: друзей нет, общение носит только формальный характер, практически все время одинок.

**Н2 Самоустранение**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) нарушения в начале, поддержании и контроле целенаправленной деятельности;

б) потеря активности, энергичности, продуктивности;

в) отсутствие интереса к занятиям, требующим усилий или длительного времени выполнения.

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: снижение способности целенаправленной деятельности;

2- слабая степень: низкий уровень энергии, простые задачи требуют больших затрат времени и усилий, чем это необходимо в норме;

3- умеренная степень: низкий уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, снижение инициативности в постановке и выполнении задач, решение задачи требует дополнительной внешней стимуляции;

4- сильно выраженная степень: минимальный уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, требуется постоянная внешняя стимуляция;

5- очень сильно выраженная степень: выраженная недостаточность влечений и энергии, что отражается на достижении поставленной цели, большинство целенаправленных действий не доводятся до конца, требуется постоянная внешняя стимуляция, которая не всегда оказывается успешной;

6- крайняя степень выраженности: внешняя стимуляция безуспешна, целенаправленной активности нет

**Н3 Уменьшение эмоциональной экспрессии**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) уплощение, снижение, сокращение продолжительности эмоционального ответа, что характеризуется мимикой, модуляцией голоса (монотонная речь) и жестикуляцией (однообразное положение тела);

б) недостаток спонтанной речи, продолжительности монолога, сокращение количества слов в беседе, проявляет небольшую инициативу в общении при наличии тенденции к односложным ответам, краткости;

в) недостаток речи, обеднение проявлений эмпатии, уменьшение открытости в беседе, чувства сопричастности к собеседнику, интереса и вовлеченности в беседу, что свидетельствует о дистанцировании и сокращении процессов вербально и невербальной коммуникации;

0- отсутствие;

1- сомнительная степень: отсроченный или притупленный эмоциональный отклик;

2- слабая степень: в беседе наблюдается недостаток живости, неестественность;

3- умеренная степень: минимальная степень экспрессии эмоций при сохранении способности продолжать разговор;

4- сильно выраженная степень: трудности в поддержании беседы, монотонная речь, минимальная эмпатия, избегание зрительного контакта;

5- очень сильно выраженная степень: начало и поддержание беседы требует активных вопросов со стороны собеседника, аффект уплощен, полное отсутствие жестикуляции;

6- крайняя степень выраженности: уплощенный монотонный аффект, не принимает участия в разговоре, несмотря на активные вопросы.

**Н4 Уменьшение эмоциональной чувствительности**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) эмоциональная чувствительность и экспрессия становятся трудно распознаваемыми, искусственными, неадекватными ситуации;

б) ощущение дистанцированности в беседе, затруднение взаимопонимания;

в) притупление эмоций, ослабления чувства радости и горя;

г) чувство бесчувствия, ангедония, апатия, потеря интереса, скука;

д) ощущение измененности, нереальности или странности;

явления деперсонализации, отстраненности от окружающего;

е) потеря чувства собственного «я».

0- отсутствие

1- сомнительная степень: чувство отгороженности от окружающих, стойкое ощущение эмоциональной притупленности, сглаженности, тусклости;

2- слабая степень: недостаток сильных эмоций или ясно определяемых чувств;

3- умеренная степень: эмоции переживаются как приглушенные, притупленные или с трудом различаемые;

4- сильно выраженная степень: чувство «омертвения», уплощенности или недифференцированного отвращения к себе, трудности в переживании эмоций, в том числе острых (радость, горе);

5- очень сильно выраженная степень: чувство потери собственного «Я», деперсонализация, чувство собственной измененности, странности, может чувствовать себя отчужденным от собственного тела, окружения, времени, эти ощущения фиксируются постоянно;

6- крайняя степень выраженности: ощущение глубокой собственной измененности и чуждости, полное отсутствие переживания эмоций.

**Н5 Ослабление идеаторной активности:**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) трудности абстрактного мышления, нарушения абстрактно-символической сферы проявляются в трудностях классификации, обобщении, прибегании к конкретному и эгоцентрическому типам мышления при решении сложных задач, часто использование конкретного мышления;

б) упрощение структуры речи, исчезновение причастных оборотов, дополнений;

в) стереотипное мышление, нарушение плавности речи, спонтанности, застревание на одном предмете, что свидетельствует о ригидности, повторяемости и бесплодности содержания мышления, некоторая ригидности установок и убеждений, может отказываться от рассмотрения альтернативы или испытывать трудности при переходе с одного предмета беседы на другой;

г) как слушатель не может различить по смыслу сходные по звучанию фразы, уловить суть беседы.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: некоторые затруднения, неловкость в беседе;

2- слабая степень: трудности понимания нюансов беседы, снижение способности к диалогу;

3- умеренная степень: неверная интерпретация многих пословиц, использование простых предложений, пропуск абстрактных абзацев при выполнении заданий;

4- сильно выраженная степень: периодически теряет «нить» беседы, стереотипная и персеверационная речь, небогатый словарный запас, используются простые слова и предложения, конкретность суждений;

5- очень сильно выраженная степень: трудности в описании событий при относительной сохранности способности следить за вопросами и реагировать на простые утверждения, словарный запас ограничен, вербальная продукция ограничивается простыми словами и короткими предложениями, может испытывать трудности в интерпретации пословиц и выполнении сравнений;

6- крайняя степень выраженности: временами не способен поддержать разговор, независимо от его сложности, словарный запас значительно ограничен самыми простыми словами или односложными ответами (да/нет).

**Н6 Нарушения в ролевом функционировании**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) трудности осуществления ролевого функционирования (как работник, студент, домохозяйка), что раньше не вызывало сложностей;

б) нарушения продуктивных взаимоотношений с коллегами, одноклассниками, сокурсниками.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: для поддержания работоспособности требуются определенные усилия;

2- слабая степень: трудности производственного или учебного функционирования, очевидные ля окружающих;

3- умеренная степень: отчетливые проблемы в решении производственных задач или сдаче экзаменов;

4- сильно выраженная степень: неудачи в одном или нескольких занятиях, замечания, испытательные сроки на работе;

5- очень сильно выраженная степень: прогулы и другие значительные проблемы в следовании требованиям, отсутствие на работе в связи с проблемами, неспособность работы в коллективе;

6- крайняя степень выраженности: тотальное непосещение, отчисление с учебы, увольнение за прогулы.

**СУБШКАЛА В**

**СИМПТОМЫ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ**

**Д1 Странное поведение и явления**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) странное, эксцентричное или своеобразное поведение (например, коллекционирование мусора, разговор с самим собой на людях, накопление пищевых продуктов, импульсивное поведение);

б) неадекватный ситуации аффект;

в) манерность и позирование, неестественные движения и позы, неуклюжие движения, высокопарность, напыщенность, дискоординированность, диспластичность.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: особенности поведения и внешнего вида;

2- слабая степень: поведение и внешний вид необычные и странные;

3- умеренная степень: странное, необычное поведение, внешний вид, интересы, хобби и занятия, которые выходят за рамки культуральной нормы, может вести себя неадекватно ситуации;

4- сильно выраженная степень: поведение и внешний вид не соответствуют общепринятым нормам, пациент может казаться растерянным, дискоординированым, движения разлажены, диспластичны;

5- очень сильно выраженная степень: значительные странности в поведении и внешнем виде, периодическая охваченность собственными переживаниями, ответы вне контекста беседы, неадекватный ситуации аффект, неприятие окружающими;

6- крайняя степень выраженности: грубо нелепые внешний вид и поведение (собирание мусора, разговор с самим собой на людях), несоответствие аффекта содержанию речи.

**Д2 Причудливое мышление**

Мышление характеризуется наличием странными, фантастическими или нелепыми идеями (искаженность, алогичность или абсурдность).

0- отсутствие

1- сомнительная степень: редкие кратковременные причудливые идеи;

2- слабая степень: случайные идеи необычного содержания, алогия, искажения в мышлении;

3- умеренная степень: постоянные идеи необычного содержания, алогия и искажения мышления, которые можно квалифицировать как убеждения или философское мировоззрение, не выходящее за рамки культуральных норм;

4- сильно выраженная степень постоянные идеи необычного содержания, охватывающие пациента и выходящие за рамки общепринятых религиозных или философских представлений;

5- очень сильно выраженная степень: алогичные конструкции странных идей, не понятных окружающим;

6- крайняя степень выраженности: охваченность фантастическими абсурдными неструктурированными идеями, недоступными для понимания окружающими.

**Д3 Трудности концентрации внимания и сосредоточения**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) повышенная отвлекаемость на внешние и внутренние раздражители;

б) ухудшение формирования и удерживания внимания на предмете или смещение фокуса внимания на новый раздражитель;

в) повышенная отвлекаемость;

г) сложности в удержании в памяти предмета разговора.

0- отсутствие;

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

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

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

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

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

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

**Д4 Нарушения в соблюдении личной гигиены и выполнении социальных требований**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) неопрятность, неухоженность, запущенность внешнего вида;

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

0- отсутствие

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

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

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

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

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

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

**СУБШКАЛА Г**

**ОБЩИЕ СИМПТОМЫ**

**О1 Нарушение сна**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) трудности засыпания;

б) ранние пробуждения без последующего засыпания;

в) дневная сонливость;

г) инверсия суточного ритма.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: сон не приносит чувства отдыха;

2- слабая степень: небольшие трудности засыпания или ночные пробуждения с последующим засыпанием;

3- умеренная степень: дневная сонливость, как результат трудностей засыпания или ранних пробуждений, более длительный сон, чем в норме;

4- сильно выраженная степень: сон значительно нарушен, что влияет на функционирование (ухудшение успеваемости или опоздания из-за сонливости);

5- очень сильно выраженная степень: значительные трудности засыпания или ранние пробуждения становятся ежедневными, может иметь место инверсия ритма сна, обычно пропускает дела, распланированные на день;

6- крайняя степень выраженности: невозможность заснуть в течение более чем двое суток.

**О2 Дисфоричное настроение**

Наличие одного или более из следующих пунктов, характеризующих депрессию:

а) снижение интереса к прежним увлечениям;

б) нарушения сна;

в) повышение или снижение аппетита;

г) анергия;

д) трудности концентрации внимания;

е) суицидальные мысли;

ж) чувство собственной никчемности и/или вины.

*И наличие одного или более из следующих пунктов:*

а) тревога, паника, различные страхи и фобии;

б) раздражительность, враждебность, гнев;

в) невозможность расслабиться, напряженность, ажитация;

г) нестабильный фон настроения.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: часто чувствует себя подавленным или раздражительным;

2- слабая степень: ситуационно нестабильные и/или непредсказуемые периоды печали, плохого настроения, мрачных мыслей, которые могут сочетаться с тоской, раздражительностью или тревогой;

3- умеренная степень: чувства грусти, тревоги и недовольства;

4- сильно выраженная степень: периодически возникающие эпизоды грусти, раздражительности или подавленности;

5- очень сильно выраженная степень: постоянное присутствие сочетания подавленности, тревоги и раздражительности, расстройство влечений (злоупотребление ПАВ);

6- крайняя степень выраженности: выраженное сочетание подавленности, раздражительности и тревоги, что определяет поведение (суицидальные мысли/намерения/поступки, самоповреждения).

**О3 Двигательные нарушения**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) субъективные или объективные признаки диспластичности, дискоординация, появившиеся трудности моторики при отсутствии их в прошлом;

б) появление новых движений, таких как невротические привычки, стереотипии, характерные особенности при выполнении какого-либо дела, позирование или копирование движений кого-либо из окружающих;

в) скованность, прерывистость движений;

г) утеря автоматизма движений;

д) компульсивные двигательные ритуалы.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: некоторая неловкость в движениях;

2- слабая степень: субъективная и объективная неуклюжесть движений;

3- умеренная степень: нарушение координации, обеднение движений, трудности в мелкой моторике;

4- сильно выраженная степень: стереотипии в двигательной сфере, нередко нелепые, неадекватные ситуации;

5- очень сильно выраженная степень: навязчивые движения (невротические привычки), ритуалы, позерство, гримасничанье;

6- крайняя степень выраженности: утеря естественности движений, кататонические явления, эхопраксия, дискинезия.

**О4 Снижение толерантности к стрессу**

Наличие одного или более из следующих пунктов:

а) избегание стрессовых ситуаций или их непереносимость и высокая истощаемость при сохранной стрессоустойчивости в прошлом;

б) явные признаки тревоги в ответ на повседневные раздражители;

в) усиление эмоциональных реакций на раздражительности при способности держать себя в руках в прошлом.

0- отсутствие

1- сомнительная степень: усталость, истощенность в конце дня;

2- слабая степень: повседневные неурядицы вызывают неожиданно сильные приступы тревоги;

3- умеренная степень: замешательство в ситуации повседневных неурядиц;

4- сильно выраженная степень: усиленное противодействие повседневному стрессу;

5- очень сильно выраженная степень: избегает ситуаций, вызывающих стресс или чувствует подавленность вследствие повседневных раздражителей;

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

Литература

1. Addington J Epstein I Liu L French P Boydell KM Zipursky RB . A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis . Schizophr Res . 2011 ; 125 : 54 – 61
2. AmmingerGP, SchaeferMR, PapageorgiouK, etal. Omega 3 fatty acids reduce the risk of early transition to psychosis in ultra-high risk individuals: a double-blind randomized, placebo-controlled treatment study. Schizophr. Bull. 2007;33 Suppl:418–419
3. Amminger GP, Schaefer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Cotton SM, Harrigan SM. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychiatric disorders. Arch. Gen. Psychiatry. 2010;67:146–154
4. Barnes TRE, Leeson VC, Mutsatsa SH, Watt HC, Hutton SB, Joyce EM. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. Br. J. Psychiatry. 2008;193:203–209
5. Berger GE, Proffitt T-M, McConchie M, Yuen JP, Wood SJ, Amminger P. Ethyl-eicosapentaenoic acid in first-episode psychosis: a randomized, placebo-controlled trial. J. Clin. Psychiatry. 2007;68:1867–1875
6. Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stern P. Social cognition and interaction traning (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. Schizophr. Res. 2007;91:112–116
7. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. J. Clin. Psychiatry. 2007;68:546–557
8. Fusar-Poli P, Valmaggia L, McGuire P: Can antidepressants prevent psychosis? The Lancet, 2007; 370: 1746-1748
9. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, Barlati S, Yung AR, Howes O, et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. (2012) 69(6):562–71. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1592
10. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the ‘right stuff?’ Schizophr. Bull. 2000;26:119–136
11. Heinssen RK, Insel TR. Preventing the onset of psychosis: not quite there yet. Schizophr Bull 2015;41:28–9.
12. Jaspers K. / Allgemeine Psychopatologie // Springer, 3. -Berlin.- 1923.-498 S
13. Keefe RSE, Sweeney JA, Hongbin G, Hamer RM, Perkins DO, McEvoy JP. Effects of olanzapine, quetiapine, and risperidone on neurocognitive function in early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. Am. J. Psychiatry. 2007;164:1061–1071
14. Kelly C, Hadjinicolaou AV, Holt C, Agius M, Zaman R.Meta-Analysis of Medical and Non-Medical Treatments of the Prodromal Phase of Psychotic Illness in At-Risk Mental States. PsychiatriaDanubia 2010: 22(1); 56-62
15. Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M. et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence // J Affect Disord. 1993. - Vol. 29, № 2-3. - P. 85-96.
16. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review. Arch. Gen. Psychiatry. 2005;62:975–983
17. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller T, Woods SW, et al. Randomized, Double-Blind Trial of Olanzapine Versus Placebo in Patients Prodromally Symptomatic for Psychosis.Am J Psychiatry 2006: 163; 790-799
18. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al: Randomised controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with sub threshold symptoms Archives of General Psychiatry 2002; 59:921-928
19. McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. Schizophr. Res. 2000;45:175–184
20. Mees L., Zdanowicz N., Reynaert C., Jacques D. Adolescents and young adults at ultrahigh risk of psychosis: detection, prediction and treatment. A review of current knowledge. Psychiatr Danub. 2011; 23(suppl 1):118-122
21. Moncrieff J. Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. Acta Psychiatr. Scand. 2006;114:3–13
22. Morrison AP, French P, Parker S, Roberts M, Stevens H, Bentall RP, et al. Three Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for the Prevention of Psychosis in People at Ultrahigh Risk. Schizophrenia Bulletin 2007: 33(3); 682-687
23. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am. J. Psychiatry. 2005;162:1785–1804
24. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. Schizophr. Bull. 2001;27:73–92
25. Ruhrmann S, Bechdolf A, Kühn KU, Wagner M, SchultzeLutter F, Janssen B, Maurer K,Häfner H, Gaebel W, Möller HJ,Maier W, Klosterkötter J: LIPS study group, “Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis”, British Journal of Psychiatry 2007; 191(suppl. 51):s88-s95
26. Rurhmann S., Schultze-Lutter F., Salokangas R., Heinimaa M., Linszen D., Dingemans P., Birchwood M., Patterson P., Juckel G., Heinz A., Morrison A., Lewis S., von Reventlow H., Klosterkotter J. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European Prediction of Psychosis Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(3):241-251
27. Simon AE, Velthorst E, Nieman DH, et al. Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: A systematic review. Schizophr Res. 2011;132:8–17.
28. Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;346:f185
29. Tandon R, DeQuardo J, Taylor S, et al. Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: Biological markers and relationship to outcome. Res. 2000;45:191–201
30. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. SchizophrRes. 2013;149:56–62
31. Walker EF, Cornblatt BA, Addington J, et al. The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and symptom progression: a naturalistic study of the North American Prodrome Longitudinal sample. Schizophr. Res. 2009;115:50–57
32. Woodberry K.A., Shapiro D.I., Bryant C., Seidman L.J. Progress and Future Direction in Research on the Psychosis Prodrome: A Riview for Clinicias Harvard Review of Psychiatry 2016;24(2).
33. Woods SW, Tully EM, Walsh BC, Hawkins KA, Callahan JL, Cohen SJ, et al. Aripiprazole in the Treatment of the Psychosis Prodrome. An Open-Label Pilot Study.The British Journal of Psychiatry 2007: 191(s51); 96-101
34. Ziermans T., Schothorst P., Sprong M., van Engeland H. Transition and remission in adolescents at ultra-high risk for psychosis. Schizophr Res. 2011;126(1-3): 58-64 doi:10.1016/j.schres.2010.10.022

[[1]](http://www.ncpz.ru/stat/434#_ftnref1)*Аттенуированный от англ. attenuated – ослабленный, смягченный*

[[2]](http://www.ncpz.ru/stat/434#_ftnref2) Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии. Методические рекомендации // Спб, НИПНИ им. В.М.Бехтерева – 2007 - С.26.