

Шишковская Т.И., Олейчик И.В.

**ДЕПРЕССИИ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЭНДОГЕННЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
(КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ)**

Учебно-методическое пособие

Москва, 2025

УДК 616.89-02

ББК 56.14-3

А К17

Депрессии на начальных этапах эндогенных психических расстройств (клинико-психопатологические и терапевтические аспекты) / Т.И. Шишковская, И.В. Олейчик: Учебно-методическое пособие. – М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2025, 38 с.

Т.И. Шишковская – старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, кандидат медицинских наук

И.В. Олейчик – руководитель отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, доктор медицинских наук

Рецензенты:

Заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства РФ, д.м.н., профессор Н.Н.Петрова

Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, д.м.н., доцент А.А. Шмилович

Аннотация

Учебное пособие подготовлено в соответствии с основными образовательными программами высшего образования: программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Психиатрия и наркология» и программой подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности «Психиатрия и наркология», реализуемыми в ФГБНУ НЦПЗ в соответствующих дисциплинах. Описана типология депрессий, развивающихся на начальных этапах эндогенных психических расстройств, их типология, основанная на психометрической оценке, а также подходы к терапии. Пособие предназначено для обучающихся ординаторов и аспирантов, также оно будет полезно для врачей психиатров, работающих в данной области.

Учебно-методическое пособие утверждено Ученым советом ФГБНУ НЦПЗ (протокол №9 от 15 апреля 2025).

ISBN 978-5-6051423-8-6



©ФГБНУ НЦПЗ

©Шишковская Т.И., Олейчик И.В.

Оглавление

Введение	4
Современное состояние проблемы	4
Типологические группы депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств.....	6
Динамика депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств.....	9
Подходы к терапии депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств.....	11
Заключение.....	25
Вопросы для самоконтроля.....	25
Список литературы.....	26
Приложение	29

Список сокращений

АПС – аттенуированная психотическая симптоматика

КИПС – кратковременные интермиттирующие психотические симптомы

КБТ – когнитивно-поведенческая терапия

НЯ – нежелательные явления

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ЭСТ – электросудорожная терапия

ХПЭ – хлорпромазиновый эквивалент

ПФТ - психофармакотерапия

HDRS – Hamilton depression rating scale (Шкала депрессии Гамильтона)

CGI – Clinical Global Impression Scale (Шкала общего клинического впечатления)

Введение

Данное учебно-методическое пособие посвящено описанию различных типов депрессий, наблюдающихся на начальных этапах эндогенных психических расстройств. Принадлежность депрессии к одному из выявленных типов позволяет более точно охарактеризовать ее прогноз и быстрее определить нозологическую принадлежность состояния, что особенно важно на ранних этапах психических расстройств, когда наибольшим потенциалом обладают превентивные вмешательства. Также в настоящем пособии описаны принципы терапии депрессивных состояний на начальных этапах эндогенных заболеваний, включая купирующий, стабилизирующий и противорецидивный этапы. Ознакомление с материалами пособия позволит врачам оказывать адекватную и персонализированную помощь пациентам с данными состояниями, приводящую, в конечном итоге, к восстановлению социального и трудового функционирования.

Цель учебного пособия – формирование знания врачей-психиатров о прогностически значимых клинико-психопатологических особенностях депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств, информирование о подходах к терапии в зависимости от этих особенностей.

Современное состояние проблемы

Исследование ранних этапов психических заболеваний является крайне актуальным и значимым, учитывая необходимость своевременного назначения психофармакотерапии и разработки превентивных лечебных мероприятий при данных расстройствах [Mei C., 2021]. Особенное внимание в последние годы уделяется исследованию состояний высокого риска психоза [Fusar-Poli P. et al., 2019]. Как известно, депрессивные расстройства широко распространены среди лиц молодого возраста [Shorey S., Neg E., Wong C.H.J., 2022], отличаются выраженным клиническим полиморфизмом и

разнообразием исходов [Weavers B., 2021]. Состояния высокого риска психоза могут сочетаться с депрессивной симптоматикой, такие больные составляют особую группу «пациентов с риском психоза, обращающихся за помощью» [Falkenberg I. et al., 2015]. У многих из пациентов, перенесших психоз, синдром высокого риска психоза на доманифестном этапе не выявлялся, в то же время развитию психотического состояния предшествовали депрессии [Guloksuz S. et al., 2020]. В связи с вышеизложенным, особое значение приобретает изучение клинических особенностей депрессивных состояний в молодом возрасте, которые могут иметь прогностическое значение в плане вероятности развития в последующем психотических эпизодов [Essau C.A. et al., 2020].

Концепция высокого риска психоза на современном этапе основана на выявлении позитивных психопатологических симптомов субклинической выраженности [Salazar de Pablo G., Catalan A., Fusar-Poli P., 2020]. Однако, следует отметить, что она в последнее время подвергается справедливой критике, так как процент пациентов, у которых произошло развитие манифестного психоза в выделенной таким образом группе риска, по данным недавних исследований последовательно снижается [Simon A.E. et al., 2014]. Также необходимо подчеркнуть, что в работах, посвященных состояниям высокого риска психоза [Schmidt S.J. et al., 2015], недостаточно внимания уделяется негативным симптомам и когнитивным расстройствам, наблюдающимся на преморбидном этапе течения шизофрении, несмотря на наличие ряда исследований, в которых показано определенное прогностическое значение этих симптомов [Mutlu E. et al., 2020]. При депрессивных состояниях в молодом возрасте прогностическое значение имеет также наличие т.н. базисных симптомов - субъективно воспринимаемых изменений мыслительного процесса, восприятия, аффекта, моторных и волевых функций, характерных для шизофрении [Schultze-Lutter F., 2009]. Разработаны два критерия, включающих симптомы с наибольшей прогностической значимостью: COGDIS (когнитивные искажения) и COPER (когнитивно-перцептуальные нарушения). Соответствие критериям

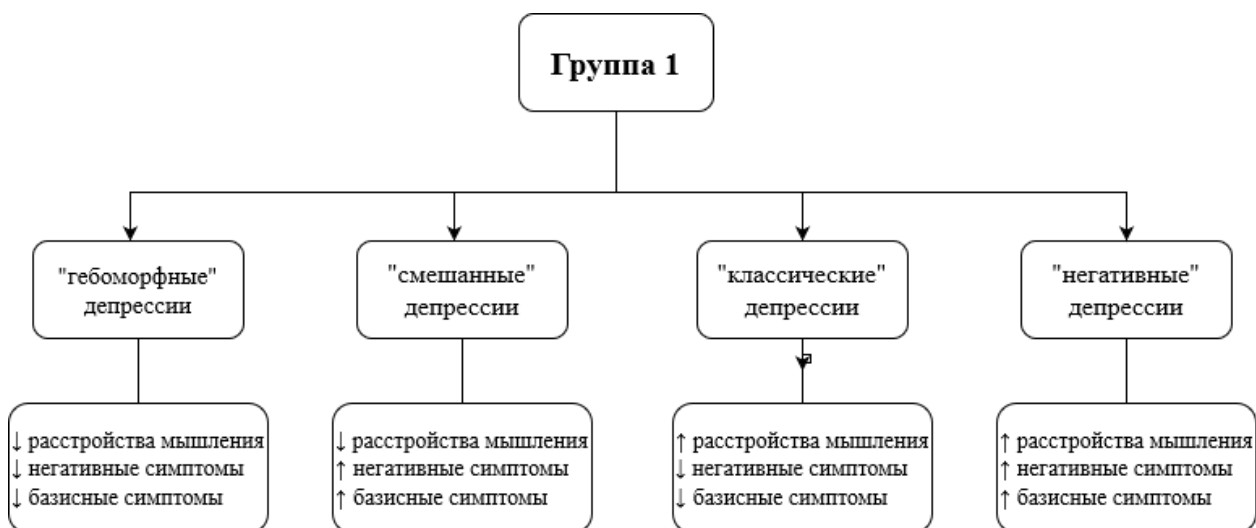
оценивается по результатам интервью SPI-A (Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version) [Schultze-Lutter F., 2007] /SPI-CY (Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth Version) [Fux L. et al., 2013].

На данный момент существуют только зарубежные рекомендации по терапии состояний высокого риска [Addington J. et al., 2017; Schmidt et al., 2015], отечественные рекомендации находятся в стадии разработки.

Типологические группы депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств

Пациентки юношеского возраста, страдающие депрессиями, развившимися на начальных этапах эндогенных психических заболеваний, были разделены на типологические группы с использованием метода иерархического кластерного анализа, в котором учитывалась выраженность симптомов по психометрическим шкалам: базисных симптомов, расстройств мышления, негативных симптомов.

В группе депрессий без риска психоза и психотических расстройств в анамнезе (группа 1) получено следующее распределение:



Первая подгруппа (**«гебоморфная»**) характеризуется с клинической точки зрения преобладанием психопатоподобных проявлений и выраженностью специфических юношеских симптомокомплексов,

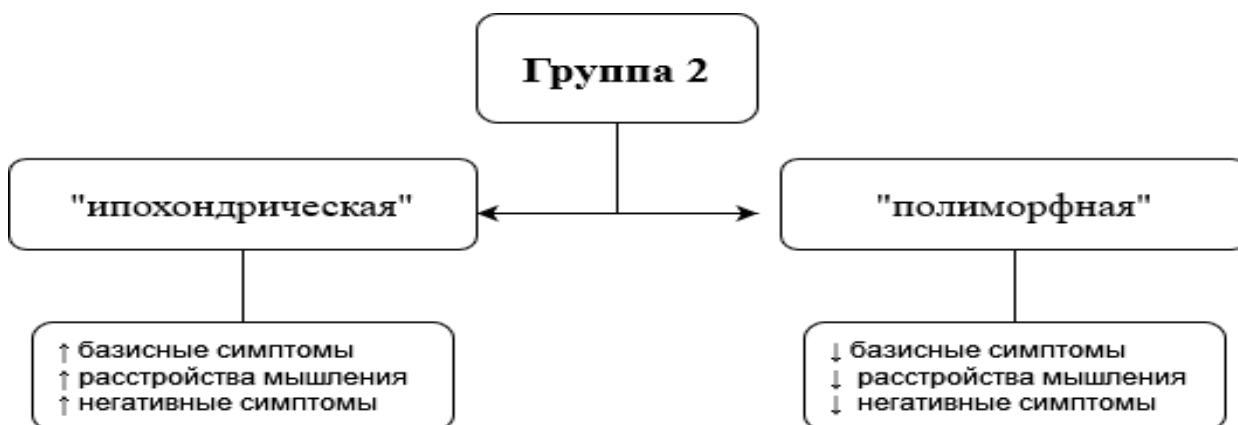
отсутствием отчетливых расстройств мышления и негативных симптомов; показатели базисных симптомов в этой подгруппе также невысоки.

Для второй подгруппы (**«смешанной»**) характерно наличие выраженной аффективной лабильности при отсутствии специфических юношеских симптомокомплексов; у данных пациенток не наблюдается выраженных расстройств мышления, но присутствует вторичная негативная симптоматика, обусловленная парциальной социальной дезадаптацией за счет дезорганизованного поведения. Уровни базисных симптомов в этой группе были наиболее высокими, преобладали когнитивно-перцептуальные искажения, которые возникали на высоте аффективных расстройств.

Для третьей подгруппы (**«классической»**) характерны проявления классических депрессивных синдромов без юношеской специфики и проявлений смешанности. Эмоционально-волевые негативные симптомы у этих пациенток были выражены слабо, но присутствовали отчетливые расстройства мышления, преимущественно негативные. Базисные симптомы в этой подгруппе выявлялись в незначительной степени.

Четвертая подгруппа (**«негативная»**) характеризовалась проявлениями юношеских специфических симптомокомплексов и преобладанием негативной аффективности. У пациенток данной подгруппы одновременно присутствовали как нарушения мышления, так и негативная симптоматика с массивными проявлениями базисных симптомов.

В группе депрессий с высоким риском психоза (группа 2) были выделены следующие подгруппы:



«Ипохондрическая» подгруппа характеризуется большей выраженностью расстройств мышления, базисных симптомов и большей тяжестью депрессии. В этой группе у пациенток присутствовали выраженные психопатоподобные расстройства с нарушениями поведения, высокими уровнями демонстративности и манипулятивности. Особенно следует отметить, что для этих пациенток был характерен сверхценный интерес к психиатрии, склонность бравировать своими жалобами, пассивная и рентная жизненная позиция. Это объясняет как высокие уровни позитивных и базисных, так и негативных симптомов: социальное функционирование у таких пациенток было значительно нарушено, за счет этого при разных предполагаемых причинах дезадаптации различия в уровнях негативных симптомов не были выраженными.

«Полиморфная» подгруппа характеризуется меньшими уровнями выраженности выявленных симптомов, что можно связать с отсутствием склонности к утрированному самоанализу и демонстративных тенденций; пациентки реже предъявляли соответствующие жалобы спонтанно, не преследовали цели гиперболизировать симптоматику. При этом они демонстрировали высокий уровень рефлексии, способности дифференцировать свои внутренние переживания; можно предположить, что проявления базисных симптомов у пациенток этой подгруппы связаны именно с субъективным переживанием реально имеющих место нарушений восприятия и мышления.

На основании этих наблюдений можно сказать, что группа пациенток, страдающих депрессиями, в структуре которых имеется симптоматика, соответствующая критериям риска манифестации психоза как с точки зрения позитивных субпсихотических симптомов, так и с точки зрения базисных симптомов, гетерогенна. Следует отметить, что у достаточно большой части пациенток данной группы яркость клинической картины субпсихотической симптоматики тесно связана с проявлениями психопатоподобных расстройств в виде демонстративности и манипулятивности.

В группе пациенток с постпсихотическими депрессиями, развившимися после перенесенного манифестного психоза в рамках расстройств шизофренического спектра (группа 3), были выделены следующие подгруппы:



«Тревожная» подгруппа представлена депрессиями с преобладанием тревожного типа аффекта, без проявлений специфических юношеских симптомокомплексов. Нередко при расспросе о наличии тех или иных базисных симптомов пациентки отрицали их не только на данный момент, но и когда-либо в жизни, но при этом они значились в жалобах, которые описаны с их слов в медицинской документации в прошлом. На момент осмотра отмечалась невысокая критика к перенесенному психотическому состоянию при отсутствии на момент осмотра развернутых психотических симптомов; текущее депрессивное состояние они также описывали с трудом, руководствуясь наводящими вопросами, не проявляя тенденции к рефлексии и самоанализу.

«Тоскливая» подгруппа представлена депрессиями с проявлениями специфических юношеских симптомокомплексов в клинической картине (несколько чаще встречались гебоидные депрессии, однако выявлялись также сверхценные дисморфобические и метафизические идеи, симптомокомплекс юношеской астенической несостоятельности). Все

пациентки этой подгруппы имели тоскливый тип аффекта. Несмотря на несоответствие критериям психотического синдрома в целом, у всех пациенток этой подгруппы выявлялись отдельные, изредка возникающие субпсихотические симптомы (ощущение открытости мыслей или слежки, звучания собственных мыслей). Симптомы настоящего депрессивного состояния они описывали подробно, демонстрируя высокую критику к перенесенному психозу, имели опасения вновь пережить подобное состояние, проявляли заинтересованность в обследовании, объясняя это желанием «разобраться в себе», «выявить все симптомы и полностью вылечиться».

Динамика депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств

Большую часть «гебоморфной» подгруппы группы 1 составляли пациентки с личностным расстройством. Динамика в этой подгруппе была относительно благоприятной: у пациенток редуцировались проявления депрессии, не отмечалось усложнения клинической картины, но сохранялись выраженные проявления личностного расстройства. Выраженность расстройств мышления, базисных и негативных симптомов в этой подгруппе оставалась низкой.

Большую часть «смешанной» подгруппы группы 1 составляли пациентки с диагнозом аффективного заболевания. На фоне лечения в этой подгруппе отмечалось снижение интенсивности и увеличение продолжительности аффективных колебаний, редукция сопутствующих непсихотических расстройств. Изначально высокие уровни негативной симптоматики, отражающие нарушения функционирования, снижались, так же, как и выраженность базисных симптомов.

В «классической» подгруппе группы 1 большую часть составляли пациентки с аффективными заболеваниями. У большинства больных этой подгруппы по истечении периода наблюдения сохранялись нерезко выраженные проявления депрессии, тем не менее, к данной подгруппе

относилось большинство пациенток, достигших на фоне лечения полной ремиссии. Изначально характеризовавшие этих пациенток негативные расстройства мышления за период наблюдения смягчились.

В «негативной» подгруппе группы 1 подавляющее большинство пациенток страдали аффективными расстройствами. Среди больных группы 1 эту подгруппу отличал наименее благоприятный прогноз: сюда относились все пациентки, у которых отмечалось присоединение аттенуированных психотических симптомов либо тревожно-фобических и деперсонализационных расстройств, депрессивная симптоматика у них сохранялась на прежнем уровне, отмечалась отрицательная динамика в плане расстройств мышления и негативных симптомов.

Нозологический спектр «ипохондрической» подгруппы группы 2 был разнородным, с некоторым преобладанием пациенток с расстройствами личности. Практически у половины пациенток данной подгруппы отмечалась положительная динамика с редукцией симптомов риска психоза. При некотором общем снижении выраженности депрессивной симптоматики у них, тем не менее, отмечалось ее усложнение с присоединением тревожно-фобических и деперсонализационных расстройств. По сравнению с «полиморфной» подгруппой группы 2, прогноз был более благоприятным в плане возможного перехода в развернутый психоз, но менее благоприятным в плане редукции депрессивных симптомов.

В «полиморфной» подгруппе группы 2 преобладали пациентки с аффективными заболеваниями и шизотипическим расстройством. Несмотря на ее нозологическую разнородность, прогноз данной подгруппы был менее благоприятным, чем у «ипохондрической»: к ней относились все пациентки, у которых произошло усугубление риска психоза либо он оставался прежним, а также все пациентки, которые по истечении периода наблюдения перенесли психоз. В плане редукции депрессивной симптоматики прогноз в этой подгруппе, однако, был лучше, чем в «ипохондрической» подгруппе.

К «тревожной» подгруппе группы 3 относились в основном пациентки с диагнозом постпсихотической депрессии в рамках шизофрении. Прогноз в этой группе был несколько более благоприятным, то есть отмечалась редукция депрессивных и психотических расстройств при условии аккуратного приема фармакотерапии.

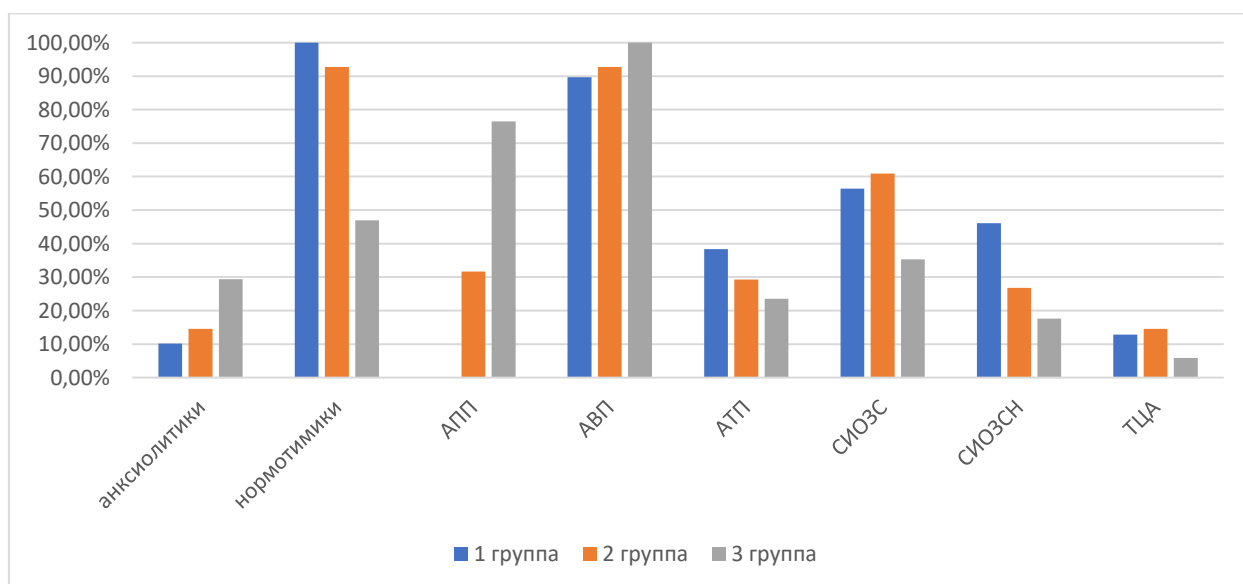
К «тоскливой» подгруппе группы 3 относились пациентки с диагнозом постпсихотической депрессии в рамках шизоаффективного расстройства. Прогноз в этой подгруппе парадоксальным образом был менее благоприятным, поскольку у пациенток длительное время сохранялись аффективные и субпсихотические симптомы.

Подходы к терапии депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств

Согласно имеющимся в зарубежной и отечественной практике рекомендациям [Lawton A., Moghraby O.S., 2016; Qaseem A., Barry M.J., Kansagara D. 2016; Zuckerbrot R.A. et al., 2018; Российское общество психиатров, 2021] по лечению депрессий юношеского возраста, с учетом таких характеристик, как: минимальная выраженность нейротропных и соматотропных воздействий, высокий индекс безопасности в случае передозировки, минимальная выраженность признаков поведенческой токсичности, удобный режим приема, низкий риск появления побочных эффектов (в том числе холинолитических, адренолитических и седативных), при проведении ПФТ отдавалось предпочтение селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС). При недостаточном терапевтическом ответе в течение двух-трех недель или выраженности НЯ, использовались препараты из группы СИОЗСиН, а в ряде случаев - антидепрессанты иных групп (НАССА, тразодон, агомелатин). Следующим этапом терапии при малой эффективности лечения являлось применение ТЦА.

В целях повышения эффективности терапии, в связи с высоким уровнем суицидального риска, а также значительной частотой встречаемости в

клинической картине исследованных состояний коморбидных психопатологических расстройств (специфические юношеские симптомокомплексы, психопатоподобные и неврозоподобные нарушения, АПС, КИПС) в большинстве случаев возникала необходимость использования в терапии атипичных антипсихотиков [Fusar-Poli P. et al., 2015; Zhang T. et al., 2020]. При этом, учитывалась не только необходимость купирования вышеописанных расстройств, но и риск их усиления в первые две недели терапии антидепрессантами. Хлорпромазиновый эквивалент по всей выборке составил в среднем 502,2 мг/сут. Кроме того, в качестве вспомогательных средств в рамках комбинированной терапии использовались нормотимики и анксиолитики, а в ряде случаев применялись типичные нейролептики.



В целом, у большинства исследованных больных отмечался благоприятный ответ на психофармакотерапию. Средний показатель редукции баллов по шкале HDRS-21 составил 66,4%. У 20,6% больных отмечалась резистентность к терапии (редукция симптоматики по шкале HDRS-21 меньше 50% после не менее двух последовательных курсов адекватной психофармакотерапии).

В нашем исследовании терапия, в соответствии с моделью D. Kupfer [Kupfer, 2005], подразделялось на купирующий и стабилизирующий этапы, а также этап противорецидивной (профилактической) терапии.

Купирующая терапия

Целью купирующей терапии являлось редукция наиболее выраженных депрессивных и коморбидных им расстройств. На протяжении данного этапа пациенты находились на стационарном лечении, средний срок которого составил $49,8 \pm 14,6$ дней. При сравнении длительности госпитализации между исследованными группами наибольшие значения выявлены у больных 2 группы. В процессе лечения проводилось динамическое наблюдение за соматическим и неврологическим состоянием больных (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, консультации невролога, терапевта и, при необходимости, других специалистов), учитывались анамнестические данные об аллергических, инфекционных или хронических соматических заболеваниях.

Длительность депрессий *1-й клинической группы* до обращения за медицинской помощью составила в среднем $42,2 \pm 13,3$ мес. Средний балл по шкале HDRS-21 в данной группе составил $22,3 \pm 5,7$ баллов.

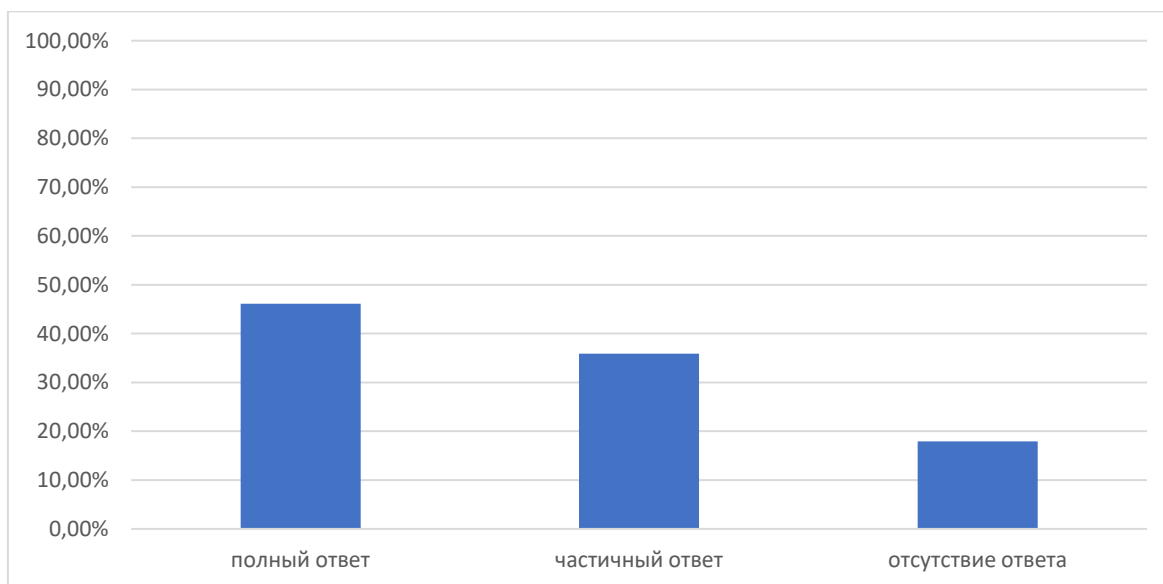
Оценка эффективности купирующей терапии проводилась на основании степени редукции баллов по психометрическим шкалам HDRS-21, SOPS, SANS. Редукция среднего балла по шкале HDRS-21 в 1-й группе составила 70,2%, по шкале SANS – 33,5%.

Практически во всех случаях, монотерапия антидепрессантами оказывалась недостаточно эффективной (89,7%). Неэффективность монотерапии подразумевала присоединение к схеме лечения антипсихотиков (в соответствии с терапевтическими подходами, разработанными в отношении депрессий юношеского возраста отечественными психиатрами [Олейчик И.В., Артюх В.В., Крылова Е.С. 2002]. Это было связано как с резистентностью к психофармакотерапии (отсутствием эффекта минимум от двух курсов лечения

адекватными дозами антидепрессантов), так и с наличием коморбидных расстройств. Таким образом, применение антипсихотиков для лечения пациентов данной группы связано с необходимостью аугментации терапии. Кроме того, по данным современной литературы имеются многочисленные доказательства антидепрессивного действия ряда атипичных антипсихотиков [Олейчик И.В. и соавт., 2021], которые позволяли нам применять комбинированную терапию антидепрессантами и антипсихотиками с целью усиления общего тимоаналептического эффекта.

Среднее значение хлорпромазинового эквивалента при применении антипсихотиков у пациенток 1-й группы составило 465,2 мг/сут. В этой группе применялись преимущественно малые и средние дозы антипсихотиков, типичные нейролептики и клозапин не применялись. 84,6% пациенток получали антидепрессивную терапию, 89,7% пациенток получали антипсихотические препараты. Широкое назначение антидепрессантов было связано не только с необходимостью лечения депрессии, но и с необходимостью терапии коморбидных расстройств (невротических и деперсонализационно-дереализационных). Все пациентки получали препараты из группы стабилизаторов настроения, поскольку достаточно большую долю составляли пациентки с биполярными колебаниями аффекта (в рамках различных нозологических форм). Пациенткам с личностными расстройствами, кроме того, нормотимики назначались с целью контроля импульсивности в поведении. Несмотря на отсутствие психотических симптомов, как развернутых, так и субклинического уровня выраженности, большинству пациенток назначались антипсихотические препараты. Их назначение было вызвано необходимостью аугментации антидепрессивной терапии, которая считается в отечественной литературе необходимой при лечении депрессий юношеского возраста [Копейко Г.И., Олейчик, И.В., 2007] с целью коррекции проявлений специфических юношеских симптомокомплексов, а также обусловлено необходимостью дополнительного нормотимического действия, которым обладает ряд антипсихотиков второго и

третьего поколения. 45,8% пациенток получали комбинированную антипсихотическую терапию. Все пациентки 1 группы, которые после периода динамического наблюдения стали относиться к группе 2 в связи с появлением АПС и КИПС, также принимали антипсихотическую терапию (по этим пациенткам ХПЭ составлял в среднем 308,5).



Процент ответа на терапию по шкале CGI в группе 1.

Что касается различий между подгруппами, выделенными на основании кластерного анализа, в «гебоморфной» подгруппе чаще, чем в других подгруппах, встречалось комбинированное назначение стабилизаторов настроения и антипсихотических препаратов в связи с широкой представленностью биполярных аффективных колебаний и личностных расстройств. На фоне проводимой терапии депрессивные проявления за период наблюдения подвергались редукции в большей степени, чем в «негативной» и «смешанной» подгруппах. Происходила редукция негативной симптоматики, связанной с депрессией, но в меньшей степени, чем в «смешанной» и «классической» группах, возможно в связи с высокой подверженностью этих пациенток побочному действию терапии. В «смешанной» подгруппе, несмотря на черты смешанности аффекта, во всех случаях использовались антидепрессанты в связи с высокой тяжестью

депрессивных проявлений и наличием невротических и деперсонализационных расстройств. В этой группе отмечался менее выраженный антидепрессивный эффект, однако выраженность вторичных негативных расстройств снижалась. В «классической» группе отмечалось наиболее отчетливое уменьшение выраженности депрессивной и негативной симптоматики. В «негативной» подгруппе с помощью лечения удавалось достичь некоторого снижения выраженности депрессивной симптоматики и незначительного снижения негативной симптоматики. 5 пациенткам из групп «классической» и «негативной» подгрупп (12,8% от всей группы) проводилась электросудорожная терапия, в случае пациенток «классической» подгруппы процедуры давали лучший эффект. К моменту повторного осмотра средние дозы антипсихотических препаратов снизились до 195,9 в ХПЭ; 34,2% пациенток не принимали лекарственную терапию, причем лишь в 2 случаях отмена проводилась по согласованию с лечащим врачом. Следует отметить, что не во всех этих случаях отмена терапии приводила к ухудшению состояния: 5 из 12 пациенток в связи с высокой выраженностью побочных эффектов предпочли психотерапевтические вмешательства, которые во всех случаях положительно оценивались пациентками и могли считаться эффективными.

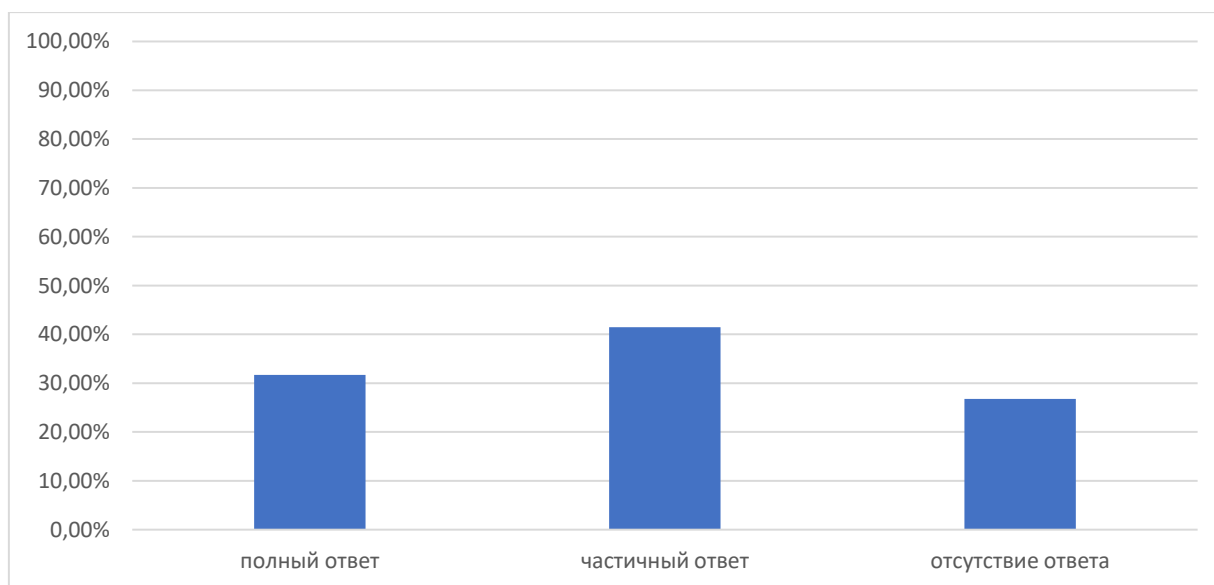
В *группе 2* длительность депрессивных состояний оказалась несколько выше, чем в группе 1, и составила в среднем $51,7 \pm 9,2$ месяцев. Степень выраженности депрессивных расстройств по шкале HDRS-21 в данной группе составила $25,3 \pm 6,7$ балла при поступлении в стационар. Редукция среднего балла по шкале HDRS-21 составляла 58,6%, по шкале SANS – 24,7 %.

При выборе стратегии психофармакотерапии данной группы депрессий акцент делался на сочетании антидепрессантов с антипсихотиками, средние дозы которых, учитывая наличие АПС и КИПС были выше, чем в первой группе, кроме того, в ряде случаев (31,7%) применялись типичные нейролептики (перфеназин, флюпентиксол, трифлюоперазин) и клозапин (12,1%). Среднее значение хлорпромазинового эквивалента в этой группе

пациентов составляло 511,6, мг/сут., то есть был значимо выше, чем для пациенток группы 1.

При необходимости для купирования острой тревоги или инсомнии могло допускаться дополнительное назначение анксиолитиков (клоназепам, диазепам). Их назначение, как правило, было однократным.

Для лечения пациенток этой группы антидепрессанты применялись, в целом, реже (78,0%), что может быть связано как с высокой представленностью биполярных аффективных и личностных расстройств, так и с опасениями врачей в плане усиления интенсивности субпсихотической симптоматики на фоне антидепрессивной терапии, особенно отчетливо это проявлялось на примере пациенток из «ипохондрической» подгруппы. Также все пациентки получали препараты из группы стабилизаторов настроения. Из всей группы только 2 пациентки не получали антипсихотическую терапию (4,8%).



Процент ответа на терапию по шкале CGI в группе 2

У пациенток «ипохондрической» подгруппы депрессивная симптоматика тяжелее поддавалась лечению, но отмечалась редукция субпсихотических симптомов и явлений моральной ипохондрии. У пациенток «полиморфной» подгруппы отмечалась положительная динамика в виде

редукции депрессивных симптомов, при сохранении проявлений АПС и КИПС; все пациентки, у которых произошла манифестация психоза, относились к этой подгруппе. Лишь у одной из восьми пациенток, которые перенесли по истечении периода наблюдения манифестный психотический эпизод, ухудшение состояния произошло после отмены психофармакотерапии, но причинно-следственной связи между отменой препаратов и ухудшением не имелось; пациентки, у которых уровень психотического риска повысился, не имели во время наблюдения эпизодов отмены терапии, дозировки препаратов за этот период не снижались, а, наоборот, повышались. Тем не менее, средние значения ХПЭ на момент повторного осмотра в группе 2 были ниже по сравнению с изначальными и составили 350,3 мг/сут. С другой стороны, процент пациенток, которые перенесли по истечении года манифестный психоз, в данном исследовании был на нижней границе указанного в литературе диапазона (15-30%), что все же позволяет предположить эффективность антипсихотической терапии в плане предотвращения психотического эпизода у этой группы пациентов. У 5 из 31 повторно осмотренных пациенток (16,3%) группы 2 антипсихотическая терапия была отменена по согласованию с врачом, 1 пациентка отменила лечение полностью самостоятельно. Пациентки этой группы в целом были менее комплаентны, что объясняется высоким удельным весом у них личностных расстройств и проявлений моральной ипохондрии, а также высокой чувствительностью к побочным эффектам даже минимальной степени выраженности. В большем количестве случаев, по сравнению с группой 1, в группе 2 (21,9%, 9 пациенток из 41) применялась ЭСТ.

Использование психотерапевтических методов вмешательства, которое помогло бы в лечении сопутствующих депрессии невротических и деперсонализационных расстройств, а также проявлений моральной ипохондрии имело место у 6 пациенток 2 группы из 41 (14,6%), причем в половине из этих случаев они по своей инициативе проходили терапию без

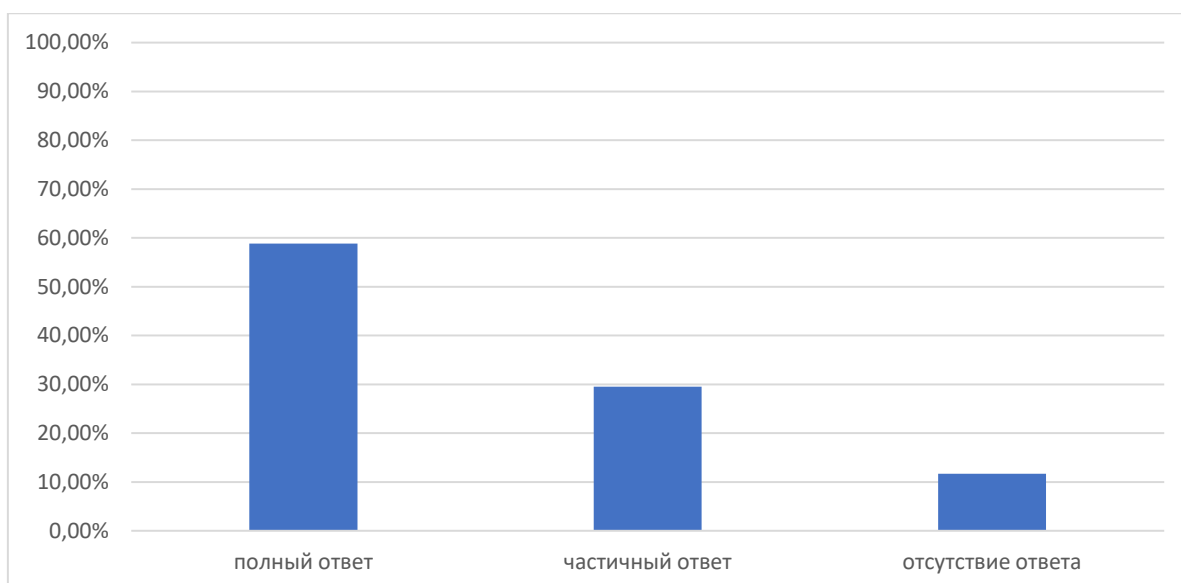
доказательной эффективности (психоанализ либо гештальт-терапию), которую сами пациентки оценивали положительно.

В группе 3 длительность постпсихотических депрессий была меньше, чем в 1 и 2 группе и составляла $39,7 \pm 12,1$ месяцев. В этой группе наблюдались депрессивные состояния со средним баллом по шкале HDRS-21 $19,3 \pm 7,1$ при стационарировании. Редукция среднего балла по шкале HDRS-21 составила 70,5%, по шкале SANS – 30,2 %.

В качестве средств профилактики повторного психоза, для воздействия на сохраняющуюся субпсихотическую и негативную симптоматику и иные коморбидные расстройства, влияния на общую прогрессивность заболевания в комбинации с антидепрессантами использовались как атипичные антипсихотики, так и типичные нейролептики (перфеназин, трифлюоперазин, флупентиксол, флуфеназин, зуклопентиксол, галоперидол); в некоторых случаях лечение ограничивалось применением атипичных и типичных антипсихотиков с антидепрессивным эффектом, нередко в сочетании с нормотимиками.

Среднее значение хлорпромазинового эквивалента в данной группе было несколько выше, чем в двух других и составило 627,3 мг/сут.

В лечении пациенток **группы 3** антидепрессивная терапия применялась относительно редко (58,8%). Стабилизаторы настроения также применялись достаточно нечасто, в 47,0% случаев. Более чем в половине случаев (76,5%) применялись типичные антипсихотические препараты. В трети случаев (35,2%) для лечения постпсихотической депрессии применяли ЭСТ.



Процент ответа на терапию по шкале CGI в группе 3.

На фоне купирующей терапии у пациенток из «тревожной» подгруппы происходили более значимые улучшения в плане депрессивной и негативной симптоматики, чем у пациенток «тоскливой» подгруппы. Полностью данные о дозировках и конкретных препаратах за весь период наблюдения собрать не представилось возможным, но известно, что чуть менее половины пациенток (41,2%) самостоятельно, либо по согласованию с врачом отменили антипсихотическую терапию, что в 2-х случаях привело к ухудшению состояния с повторным развитием психотического или депрессивного состояния и последующей госпитализацией. Наиболее частой причиной самостоятельной отмены терапии в этой группе были жалобы пациенток на заторможенность, обедненность эмоций и замедленность мышления; у 29,4% от повторно опрошенных пациенток сохранялись колеблющиеся по интенсивности депрессивные и невротические проявления, однако за счет активной антипсихотической терапии случаи повторных психозов или появления субклинической психотической симптоматики были редкими.

По результатам анализа купирующего этапа терапии исследованных пациенток для «гебоморфной» группы можно рекомендовать сочетание антидепрессивной терапии с препаратами из группы стабилизаторов настроения либо атипичными антипсихотиками, обладающими таким

свойством. У пациенток «смешанной» подгруппы наиболее эффективным было сочетание стабилизаторов настроения и атипичных антипсихотических препаратов. У пациенток «классической» подгруппы наиболее эффективным было применение антидепрессантов. У пациенток «негативной» подгруппы по результатам исследования можно рекомендовать сочетание антидепрессантов и атипичных антипсихотических препаратов с антинегативным действием.

Для лекарственной терапии в «ипохондрической» подгруппе пациенток успешно применялось сочетание стабилизаторов настроения с атипичными антипсихотическими препаратами с целью редукции проявлений ипохондрии и психопатоподобной симптоматики. В подгруппе, которую мы охарактеризовали как «полиморфную», наиболее целесообразным являлось применение антипсихотических препаратов второго и третьего поколения.

В «тревожной» подгруппе наиболее эффективным было использование антидепрессантов с выраженным анксиолитическим действием в сочетании с атипичными антипсихотическими препаратами. В «тоскливой» подгруппе, к которой в основном относились пациентки с шизоаффективным расстройством, применялась комбинированная терапия с сочетанием антипсихотиков и нескольких стабилизаторов настроения.

Стабилизирующий этап терапии

На основании клинических рекомендаций по лечению депрессивных состояний [Российское общество психиатров, 2021a; Российское общество психиатров, 2021b] срок стабилизирующего этапа составил от 6 до 9 месяцев. Учитывалось наличие и интенсивность сохраняющихся аффективных расстройств, коморбидной симптоматики, в том числе АПС и КИПС, постприступных субпсихотических симптомов, негативной симптоматики, индивидуальная переносимость ПФТ. Основными задачами этого этапа лечения являлась дальнейшая редукция, как аффективных, так и иных психопатологических симптомов, восстановление социальной, учебной и

трудовой адаптации пациентов, а также предотвращение повторного психотического эпизода (в группе постпсихотических депрессий). На данном этапе терапии проводилось постепенное уменьшение дозировок применяемых препаратов. С учетом возвращения пациентов к учебе и трудовой деятельности, требовалось повышение удобства приема лекарств, полное устранение НЯ, оптимизация стоимости лечения для пациента.

У ряда больных на данном этапе лечения отмечались кратковременные ухудшения состояния с появлением «легких» депрессивных симптомов, характерных для ундулирующего течения юношеских депрессий. Обычно они редуцировались самостоятельно и не требовали стационарирования или существенного изменения дозировок лекарств. В ряде случаев проводилось временное умеренное повышение доз препаратов и/или назначался дополнительный курс психотерапии для нейтрализации определенных психосоциальных стрессоров.

Разработка психокоррекционных программ интервенции основывалась на биопсихосоциальной модели психических расстройств [Незнанов Н.Г. и соавт., 2020]. Учитывался тот факт, что пациенты, прошедшие курс психотерапии параллельно фармакологическому лечению, по результатам последних исследований демонстрируют более позитивный прогноз [Cuijpers P. et al., 2009]. Следует отметить, что данное исследование не ставило задачу оценки результативности или выбора наиболее эффективного психокоррекционного метода.

Процесс психокоррекционного вмешательства был разделен на три основных направления – личная психотерапия, психообразование родственников и социальная реабилитация. В личной психотерапии использовался такой положительно зарекомендовавший себя в клинической практике метод, как когнитивно-поведенческая терапия (КБТ). Терапия была направлена на изменение дисфункциональных убеждений (самоуничижение, катастрофизация, беспомощность и др). Кроме того, проводилась поведенческая активация, направленная на обучение регуляции своего

настроения через организацию рациональной повседневной деятельности и положительно эмоционально окрашенных занятий.

Данный вид психотерапии может быть использован как с целью лечения самой депрессии, так и коморбидной симптоматики, что является актуальным в связи с высоким удельным весом коморбидных расстройств, в том числе АПС и КИПС, в структуре изученных состояний.

Психообразование родственников было направлено на объяснение природы и течения заболевания, выработку наиболее благоприятной модели поведения при общении с пациентом (исключающей обвинительные стратегии), нормализацию режима сна и бодрствования больного и осуществление контроля за приемом ПФТ. Групповая терапия способствовала актуализации навыков межличностного взаимодействия пациентов как между собой, так и за пределами группы.

Индивидуальная терапия проводилась в среднем 1 раз в неделю на протяжении всего периода госпитализации, время ее начала определялось лечащим врачом. Психообразование проводилось при личной встрече врача с родственниками пациентов в объеме 2-3 занятий длительностью до 30 минут. Групповая терапия проводилась один раз в неделю.

Использованный нами комплекс психокоррекционных мероприятий, существенно усиливал качество терапевтического альянса «врач-пациент» и способствовал выработке приверженности терапии у изученных групп больных.

Поддерживающий этап терапии

На этапе поддерживающей терапии основной задачей являлось предотвращение рецидива (депрессии, психотического состояния), повышение качества ремиссии, достижение полноценной социальной, учебной и трудовой адаптации, а также замедление темпа прогрессивности заболевания. Ключевые элементы долгосрочного лечения изученных групп пациентов включали: фармакотерапию и психообразование. Психообразование пациентов и их родственников на этапе поддерживающей

терапии включало следующие направления: информирование о типичном течении заболевания, вариантах его лечения, лекарственных препаратах и побочных эффектах их применения, ранних признаков рецидива болезни, долгосрочных перспективах терапии и ее сроках.

Дозировки и количество препаратов по возможности уменьшались до минимально эффективных. Если уменьшение дозы приводило к повторному появлению психопатологических симптомов, то прием препарата в прежней дозе продолжался еще в течение 6 месяцев, прежде чем снова предпринималась попытка снизить дозу. Частота посещений врача-психиатра на этом этапе варьировалась от 2 раз в месяц до 1 раза каждые 3 месяца при условии достижения стабильной ремиссии. Во время визита происходила оценка психического состояния, выраженности побочных эффектов и уровня комплайенса. Пациентам рекомендовалось каждые полгода сдавать общий (клинический) и биохимический анализ крови, при необходимости определять уровень ряда гормонов, особенно пролактина.

Таким образом, при назначении терапии депрессий, возникающих на начальных этапах эндогенных психических заболеваний у пациенток юношеского возраста, следует учитывать психопатологические особенности депрессий, тип доминирующего аффекта, нозологическую принадлежность депрессивных состояний, особенности реакций пациентов на препараты, эффективность используемых лекарственных средств, а также частоту и тяжесть их побочных эффектов и возможные лекарственные взаимодействия. Психофармакотерапия данных состояний должна быть комплексной; в большинстве случаев необходимо сочетанное применение антидепрессантов, антипсихотиков и нормотимиков. На стабилизирующем и поддерживающем этапах лечения требуется применение методов психотерапии, социальной реабилитации и психообразования. Наиболее выраженную резистентность к проводимой терапии проявляют «негативная» подгруппа первой группы и «ипохондрическая» подгруппа второй группы исследованной когорты пациенток.

Заключение

В данном учебном пособии представлены особенности депрессивных состояний у пациенток юношеского возраста на начальных этапах эндогенных психических расстройств и изложены подходы к их лечению. Представленные психометрические характеристики изученных депрессий обладают прогностической значимостью, что позволяет, с опорой на клиническое обследование, разрабатывать программы превентивных мероприятий.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите типологические варианты депрессий с риском психоза, без риска психоза и постпсихотических.
2. Охарактеризуйте выраженность базисных, негативных симптомов и расстройств мышления при различных типологических вариантах депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств.
3. Приведите преимущественную нозологическую принадлежность депрессий разных типов, развивающихся на начальных этапах эндогенных психических расстройств.
4. Назовите наименее прогностически благоприятные типы депрессий в каждой из трех групп.
5. Оцените эффективность фармакотерапии при различных типологических вариантах депрессий на начальных этапах эндогенных психических расстройств.
6. Изложите основные принципы терапии депрессивных состояний на начальных этапах эндогенных психических заболеваний.

Список литературы

1. Копейко, Г.И. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий / Г.И. Копейко, И.В. Олейчик // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107 – № 3 – С. 4–17.
2. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований / Н.Г. Незнанов, Г.В. Рукавишников, Е.Д. Касьянов, Д.С. Филиппов, А.О. Кибитов, Г.Э. Мазо // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2020. – № 2 – С. 3–15 – doi:10.31363/2313-7053-2020-2-3-15.
3. Олейчик, И.В. Терапия эндогенных депрессий юношеского возраста / И.В. Олейчик, В.В. Артюх, Е.С. Крылова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4 – № 4 – С. 150–152.
4. Российское общество психиатров. Биполярное расстройство. Клинические рекомендации, 2021a.
5. Российское общество психиатров. Депрессивный эпизод. Клинические рекомендации, 2021b.
6. Скугаревская, М.М. Базисные симптомы как предикторы развития психоза / М.М. Скугаревская // Психологический журнал. – 2011. – Т. 27–28 – № 1–2 – С. 63–69.
7. Addington, J. Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis / J. Addington, D. Addington, S. Abidi, T. Raedler, G. Remington // The Canadian Journal of Psychiatry. – 2017a. – Т. 62 – № 9 – С. 656–661 – doi:10.1177/0706743717719895.
8. Essau, C.A. Patterns, predictors, and outcome of the trajectories of depressive symptoms from adolescence to adulthood / C.A. Essau, A. Torre-Luque, P.M. Lewinsohn, P. Rohde // Depression and Anxiety. – 2020. – Т. 37 – № 6 – С. 565–575 – doi:10.1002/da.23034.
9. Falkenberg, I. Why are help-seeking subjects at ultra-high risk for psychosis help-seeking? / I. Falkenberg, L. Valmaggia, M. Byrnes et al. // Psychiatry Research. – 2015. – Т. 228 – № 3 – С. 808–815 – doi:10.1016/j.psychres.2015.05.018.
10. Fusar-Poli, P. Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals With an At-Risk Mental State: Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis / P. Fusar-Poli, B. Nelson, L. Valmaggia, A.R. Yung, P.K. McGuire // Schizophrenia Bulletin. – 2014. – Т. 40 – № 1 – С. 120–131 – doi:10.1093/schbul/sbs136.
11. Fusar-Poli, P. Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study / P. Fusar-Poli, M. Frascarelli, L. Valmaggia et al. // Psychological Medicine. – 2015. – Т. 45 – № 6 – С. 1327–1339 – doi:10.1017/S003329171400244X.

12. Fusar-Poli, P. The Dark Side of the Moon: Meta-analytical Impact of Recruitment Strategies on Risk Enrichment in the Clinical High Risk State for Psychosis / P. Fusar-Poli, F. Schultze-Lutter, M. Cappucciati et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2016. – T. 42 – № 3 – C. 732–743 – doi:10.1093/schbul/sbv162.
13. Fusar-Poli, P. Preventive Treatments for Psychosis: Umbrella Review (Just the Evidence) / P. Fusar-Poli, C. Davies, M. Solmi et al. // *Frontiers in Psychiatry*. – 2019. – T. 10 – № 764 – doi:10.3389/fpsyt.2019.00764.
14. Fux, L. The Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (SPI-CY): Practicability and discriminative validity / L. Fux, P. Walger, B.G. Schimmelmann, F. Schultze-Lutter // *Schizophrenia Research*. – 2013. – T. 146 – № 1–3 – doi:10.1016/j.schres.2013.02.014.
15. Gross, G. The 'Basic' Symptoms of Schizophrenia / G. Gross // *British Journal of Psychiatry*. – 1989. – T. 155 – № S7 – C. 21–25 – doi:10.1192/S0007125000291423.
16. Guloksuz, S. Association of preceding psychosis risk states and non-psychotic mental disorders with incidence of clinical psychosis in the general population: a prospective study in the NEMESIS-2 cohort / S. Guloksuz, L. Pries, M. Have, R. Graaf, S. Dorsselaer, B. Klingenberg, M. Bak, B.D. Lin, K.R. Eijk, P. Delespaul, T. Amelsvoort, J.J. Luykx, B.P.F. Rutten, J. Os // *World Psychiatry*. – 2020. – T. 19 – № 2 – C. 199–205 – doi:10.1002/wps.20755.
17. Lawton, A. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care (NICE guideline CG28): Table 1 / A. Lawton, O.S. Moghraby // *Archives of disease in childhood - Education & practice edition*. – 2016. – T. 101 – № 4 – C. 206–209 – doi:10.1136/archdischild-2015-308680.
18. Mei, C. Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis / C. Mei, M. van der Gaag, B. Nelson et al. // *Clinical Psychology Review*. – 2021. – T. 86 – C. 102005 – doi:10.1016/j.cpr.2021.102005.
19. Mutlu, E. The relation of formal thought disorder with cognitive functions, global and social functioning and quality of life in patients with schizophrenia / E. Mutlu, H. Abaoğlu, E. Barışkın, E. Akı, A.E.A. Yağcıoğlu, M.K. Yazıcı // *Schizophrenia Bulletin*. – 2020. – T. 46 – № Supplement 1 – C. 53 – doi:10.1093/schbul/sbaa031.120.
20. Qaseem, A. Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians / A. Qaseem, M.J. Barry, D. Kansagara // *Annals of Internal Medicine*. – 2016. – T. 164 – № 5 – C. 350 – doi:10.7326/M15-2570.
21. Salazar de Pablo, G. Clinical Validity of DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome / G. Salazar de Pablo, A. Catalan, P. Fusar-Poli // *JAMA Psychiatry*. – 2020a. – T. 77 – № 3 – C. 311–320 – doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3561.
22. Schmidt, S.J. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses / S.J. Schmidt, F. Schultze-Lutter, B.G. Schimmelmann et al. //

- European Psychiatry. – 2015. – Т. 30 – № 3 – С. 388–404 – doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.013.
23. Schultze-Lutter, F. Schizophrenia proneness instrument, adult version (SPI-A) / F. Schultze-Lutter, J. Addington, S. Ruhrmann, J. Klosterkötter. – Rome: Fioriti, 2007. – 80 с.
24. Schultze-Lutter, F. Schizophrenia Proneness Instrument: child and youth version (SPI-CY) / F. Schultze-Lutter, E. Koch. – Rome: Fioriti, 2010a. – 167 с.
197. Schultze-Lutter, F. Improving the clinical prediction of psychosis by combining ultra-high risk criteria and cognitive basic symptoms / F. Schultze-Lutter, J. Klosterkötter, S. Ruhrmann // Schizophrenia Research. – 2014. – Т. 154 – № 1–3 – С. 100–106 – doi:10.1016/j.schres.2014.02.010.
25. Shorey, S. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis / S. Shorey, E.D. Ng, C.H.J. Wong // British Journal of Clinical Psychology. – 2022. – Т. 61 – № 2 – С. 287–305 – doi:10.1111/bjc.12333.
26. Simon, A.E. Declining transition rates to psychosis: The role of diagnostic spectra and symptom overlaps in individuals with attenuated psychosis syndrome / A.E. Simon, D. Umbricht, U.E. Lang, S. Borgwardt // Schizophrenia Research. – 2014. – Т. 159 – № 2–3 – С. 292–298 – doi:10.1016/j.schres.2014.09.016.
27. Weavers, B. The antecedents and outcomes of persistent and remitting adolescent depressive symptom trajectories: a longitudinal, population-based English study / B. Weavers, J. Heron, A.K. Thapar et al. // The Lancet Psychiatry. – 2021. – Т. 8 – № 12 – С. 1053–1061 – doi:10.1016/S2215-0366(21)00281-9.
28. Zhang, T. Real-world effectiveness of antipsychotic treatment in psychosis prevention in a 3-year cohort of 517 individuals at clinical high risk from the SHARP (ShangHai At Risk for Psychosis) / T. Zhang, L. Xu, X. Tang et al. // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2020. – Т. 54 – № 7 – С. 696–706 – doi:10.1177/0004867420917449.
29. Zuckerbrot, R.A. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management / R.A. Zuckerbrot, A. Cheung, P.S. Jensen et al. // Pediatrics. – 2018. – Т. 141 – № 3 – doi:10.1542/peds.2017-4081.

Подписано печать 16.07.2025 г.

Формат 60*90/16. Бумага офсетная.

Печать цифровая. Тираж 100 экз.

Приложение

ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ШИЗОФРЕНИИ, ВЕРСИЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

THE SCHIZOPHRENIA PRONENESS INSTRUMENT, ADULT VERSION (SPI-A)

цит. по [Скугаревская, 2011]

ГЛОССАРИЙ ПРИЗНАКОВ

КРИТЕРИИ COGDIS (COGNITIVE DISORGANISATION)

Наличие как минимум двух из девяти нижеперечисленных базисных симптомов с оценкой ≥ 3 на протяжении последних трех месяцев:

1. Неспособность разделять внимание
2. Вмешивающиеся мысли
3. Наплывы мыслей
4. Блокады мыслей
5. Субъективные нарушения восприятия речи
6. Субъективные нарушения экспрессивной речи
7. Субъективно воспринимаемые нарушения абстрактного мышления
8. Нестойкие идеи отношения
9. Захват внимания деталями зрительного поля

КРИТЕРИИ COPER (COGNITIVE PERCEPTUAL SYMPTOMS)

Наличие как минимум одного из следующих десяти базисных симптомов с оценкой ≥ 3 на протяжении последних трех месяцев И первое появление ≤ 12 месяцев назад

1. Вмешивающиеся мысли
2. Персеверация мыслей
3. Наплывы мыслей
4. Обрывы мыслей
5. Субъективные нарушения восприятия речи
6. Нарушение способности различать фантазии/сновидения и истинные воспоминания, представления либо ощущения
7. Нестабильные идеи отношения
8. Дерезализация
9. Зрительные перцептивные нарушения (измененное восприятие лиц и тел окружающих; фотопсии; микро- и макропсии; искаженное восприятие предметов как приближающихся или отдаляющихся; метаморфопсии; изменения цветового зрения; измененное восприятие собственного

лица; ложное восприятие движения предметов; диплопия; искаженное восприятие расстояния до предмета; искаженное восприятие контуров и/или прямых линий; визуальное эхо; туннельное зрение)

10. Слуховые перцептивные нарушения (искаженное восприятие громкости и качества звуковых стимулов; акоазмы; звуковое эхо)

Метод оценки выраженности базисных симптомов (по [Schultze-Lutter и др., 2007b]):

0 баллов – отсутствуют

1 балл – реже чем 1 раз в месяц

2 балла – кратковременные периоды около 1 раза в месяц

3 балла – несколько раз в месяц/еженедельно

4 балла – несколько раз в неделю

5 баллов – ежедневно, возможны периоды улучшения

6 баллов – ежедневно, практически постоянно

Базисный симптом	Определение	Примеры утверждений
Вмешивающиеся мысли	Вмешательство, вклинение мыслей (идей, впечатлений, побуждений), которые не связаны с текущим содержанием мышления. Эти мысли эмоционально нейтральны, не имеют особого значения для пациента\субъекта, не имеют ассоциативной связи с основным потоком мыслей. Редко эти мысли провоцируются внешними стимулами, но иногда появляются словно ниоткуда. Вмешивающиеся мысли часто настолько банальны, что	<i>«Если я действительно не сосредоточусь, то посторонние мысли приходят в голову. Эти мысли появляются внезапно, но не связаны с тем, что я делал в то время.»</i> <i>«Я обнаружил, что мне сложно концентрироваться и я легко теряюсь, т.к. каждый звук отвлекает меня и вызывает посторонние мысли.»</i>

	пациент\субъект удивляется, как они вообще могли прийти в голову.	
Персеверация мыслей	Беспокоящие и обсессивноподобные повторения неважных, эмоционально нейтральных мыслей или образов, которые могут быть связаны с любыми тривиальными повседневными недавними событиями. Такие «воспоминания» объединяет то, что они незначимы и недостаточно эмоциональны, даже по мнению пациента\субъекта; они не соответствуют чрезмерной психической занятости, уделяемой им; эти мысли и образы могут быть связаны с любыми прошедшими дневными событиями. Однако, они заполняют разум пациента\субъекта и практически невозможно или очень тяжело от них избавиться; они назойливо обсессивноподобно повторяются.	<i>«Вечером перед засыпанием и утром после пробуждения я словно вижу вещи, которые происходили со мной за день до этого. Чаще всего это незначимые события как, например, собака, переходящая дорогу. Эти «движущиеся сценки» повторяются у меня в голове.»</i> <i>«После разговора с кем-то у меня в голове остается представление об этом, в то время как я разговариваю уже со следующим человеком. Поэтому я вынужден думать по поводу людей и вещей, о которых я не хочу думать в настоящее время. Эти мысли невозможно прогнать. Даже ночью я продолжаю видеть этих людей и события снова и снова; это очень мешает.»</i>
Наплывы мыслей	Самоописываемый «хаос» в мыслях. Большое количество случайных, различных мыслей или образов	<i>«Я не могу контролировать свои мысли. Иногда я чувствую себя переполненным</i>

	появляются в голове и снова исчезают через короткие интервалы, при этом пациент\субъект не способен подавлять или управлять ими.	<i>чрезмерным количеством мыслей. Я постоянно перепрыгиваю с одной мысли на другую.»</i> <i>«Иногда в моей голове очень много мыслей, которые не имеют никакого смысла.»</i> <i>«Если я в состоянии стресса, мой разум становится хаотичным и я имею большие проблемы с целенаправленностью мышления. Слишком много мыслей приходит в голову одновременно.»</i>
Обрывы мыслей	Субъективная блокада мыслей, которая также может ощущаться как внезапная пустота в голове, прерывание мыслей, исчезновение мыслей или потеря мыслительной цепочки. Первоначальное содержание позднее можно вспомнить либо оно полностью утрачивается.	<i>«Мой разум легко становится пустым, как будто мои мысли куда-то исчезают, когда я начинаю думать.»</i> <i>«Иногда мои мысли вдруг останавливаются, как будто их кто-то отрезает.»</i> <i>«Временами я хочу что-нибудь сказать, но мысль уходит, полностью уходит; иногда я могу вспомнить это, иногда нет.»</i> <i>«Иногда даже важные мысли, на которых я пытаюсь сконцентрироваться, постепенно исчезают, выцветают, оставляя мое сознание пустым.»</i>

		<i>«Мои мысли иногда ускользают, как вода утекает сквозь пальцы. Я пытаюсь удержать их, но не могу. Иногда на место их приходит другая мысль.»</i>
Субъективное нарушение восприятия речи	Нарушение понимания вербальных стимулов либо при чтении (визуальных) либо при слушании. При чтении или слушании других пациент\субъект испытывает трудности или неспособность к распознаванию значения слов, словосочетаний или предложений, например, при разговоре, просмотре кино, телепередач или радио. Эти нарушения проявляются с основным языком, даже если пациент\субъект концентрируется на тексте\устной речи и они хорошо видны при чтении/слышны при речи и затрагивают повседневные темы разговора и регулярно читаемые вещи.	<i>«Я часто теряюсь по поводу значения общеупотребимых слов, когда я читаю.»</i> <i>«Все чаще и чаще я просматриваю текст, не понимая содержания.»</i> <i>«Я пытаюсь читать, но я не могу. Слова не связываются вместе. Я понимаю, что слова значат по отдельности, но они не складываются в предложения.»</i> <i>«Иногда я не могу следить за разговором; я не понимаю все или часть из того, что было сказано, как будто они говорят на иностранном языке.»</i> <i>«Иногда я кажусь «не слышащим». Когда кто-нибудь обращается ко мне, я понимаю отдельные слова, но они не передают общий смысл. И когда я смотрю телевизор, я больше не могу следить за диалогами в филь-</i>

		<i>мах.»</i>
Нарушение способности различать фантазии/сновидения и истинные воспоминания, представления либо ощущения	Нарушение способности уверенно различать внутренние, придуманные события от внешних, воспринимаемых или существующих событий. Это приводит к трудностям в локализации источника ощущения\воспоминания и поэтому неспособности различить (1) представления и объекты восприятия и\или (2) чистые вымыслы и истинные воспоминания. Поэтому пациент\субъект может быть неуверен в отношении того, только ли собирается он сказать что-то или уже сказал, увидел\услышал что-то или только представил это.	<i>«Иногда, когда я вижу что-нибудь, я не уверен - это на самом деле или только кажется.»</i> <i>«За последние несколько недель мои мысли стали более яркими. Иногда я не могу сказать, просто ли я вообразил это или так оно и есть на самом деле.»</i> <i>«Я работаю кассиром и однажды я не мог понять, действительно ли длинная очередь людей ожидает оплаты или я только вообразил это. Сначала я продолжал сканировать этикетки, хотя я не был уверен, были ли они также реальными, но затем вся ситуация стала слишком тяжелой и я вынужден был уйти.»</i> <i>«Мы разговаривали про прошлое рождество и пока я говорил о себе, я вдруг удивился – было ли на самом деле то, о чем я говорю друзьям, или я это придумал.»</i>
Нестабильные идеи отношения	Субъективные, субклинические ощущения отношения к себе, которые практически	<i>«Когда где-то собака лает или кот мяукает, у</i>

	сразу исправляются на когнитивном уровне. Пациент\субъект имеет неясное ощущение, что случайные события, высказывания или действия окружающих имеют к нему отношение, но сразу же понимает, что это невозможно или как минимум маловероятно. Нестабильные идеи отношения оцениваются, если пациент\субъект только ощущает, что находится в фокусе внимания, но не имеет четких поводов для этого и быстро справляется с этим чувством. Поэтому ощущение особого отношения остается на эмоциональном уровне и не затрагивает интеллектуальный уровень.	<i>меня часто появляется ощущение, что они это делают из-за меня, или что некоторые статьи в газете написаны из-за меня. В то же время я говорю себе, что это нонсенс, что это не реально.»</i> <i>«Когда я слушал радио мысль о том, что стихи имеют какое-то особое отношение ко мне внезапно появляется у меня в голове. Конечно я сразу понял, что это только мое воображение, странная вещь. Я не думал об этом дважды, чтобы знать это.»</i> <i>«Иногда когда я гуляю по улицам и слышу чей-то смех, короткое время я чувствую, что они смеются надо мной, хотя я сразу понимаю, что это неправда, что они смеются из-за чего-то другого.»</i>
Дереализация	Изменения в эмоциональном отношении человека к тому, что его окружает. Проявляется либо как отчужденность от того, что видишь, окружающее воспринимается	<i>«Окружающее меня часто кажется нереальным. Предметы не выглядят так, как они выглядели раньше. Они разъединены, какие-то измененные, плоские и</i>

	нереальным, измененным и странным; обычные эмоциональные связи со своим окружением больше не существуют или становятся значительно слабее. Либо ощущается повышение эмоциональной связи с окружающим. Окружающий мир или определенные изолированные аспекты его становятся исключительно эмоционально впечатляющими. Этот вид дереализации часто сопровождается позитивными или эйфорическими чувствами.	<i>двухмерные. Голоса людей кажутся доносящимися издали.»</i> <i>«Я увидел двух котят. То, как они играли, было прекрасно, и они вылизывали себя так чисто. Я чувствовал, что нигде в мире не существовали коты, как эти. Благогородного вида женщина и джентльмен прошли мимо, более величественно, чем обычно. Как и котята, они могли и не существовать в действительности, а быть только видением.»</i> <i>«Иногда я чувствую отстраненность от окружающего мира, словно под стеклянным колпаком.»</i>
Зрительные перцептивные нарушения	Нарушения зрительной перцепции с нарушенным восприятием окружающего в целом или отдельных его элементов. Субъект осознает, что в действительности окружающее имеет правильные размеры и форму, и связывает эти нарушения и изменением своего зрения.	<i>«Иногда кажется, что вещи становятся какого-то другого цвета»</i> <i>«Мебель казалась маленькой и деформированной; комната казалась длинной и широкой.»</i> <i>«Ступеньки казались слишком большими. Если бы они действительно были такими большими,</i>

		<i>то нужно было бы делать огромные шаги, чтобы забраться на них.»</i>
Слуховые перцептивные нарушения	Самописываемое нарушение или изменение качества акустических стимулов, которое не связано с внешними факторами.	<i>«Мой слух иногда перестает работать на короткие периоды времени, когда я напряжен.»</i> <i>«Я больше не могу правильно слышать. Речь всегда звучит так, словно говорят тихим голосом, музыка кажется приглушенной.»</i> <i>«Я слышу все, что говорят люди, в неприятном тоне.»</i> <i>«Голос моего любимого певца вдруг зазвучал пронзительно и высоко. Я проверил мой CD-плеер, но все было в порядке, поэтому я понял, что наверное что-то не так с моим слухом.»</i>

Подписано в печать 16.07.2025 г.

Формат 60*90/9. Бумага офсетная.

Печать цифровая. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Сам Полиграфист»

129090 г. Москва, Волгоградский проспект, д.42, кор. 5

Е-mail: info@onebook.ru

Сайт: www.onebook.ru