

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Седелкова Валентина Александровна

**Становление ремиссии при расстройствах шизофренического спектра:
оценка когнитивного, аффективного статуса и уровня функционирования**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Тихонова Юлия Гулямовна

Москва – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	13
1.1. Ремиссия при расстройствах шизофренического спектра: современное состояние проблемы	13
1.2. Динамика когнитивных нарушений при расстройствах шизофренического спектра	17
1.3. Аффективные расстройства и их прогностический потенциал в контексте расстройств шизофренического спектра	19
1.4. Роль измерения функционирования в оценке течения расстройств шизофренического спектра	22
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	32
2.1. Характеристика клинического материала.....	32
2.2. Дизайн исследования	33
2.3. Методы исследования	35
2.4. Статистическая обработка материала	36
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
3.1. Общая характеристика обследованных.....	38
3.2. Анализ выраженности психопатологических проявлений выборки	40
3.3. Клинико-нозологические различия психопатологических, аффективных, когнитивных и функциональных показателей выборки	41
3.4. Динамика психопатологических, аффективных, когнитивных и функциональных показателей устойчивой ремиссии	46
3.5. Вклад психопатологических, аффективных и когнитивных показателей в уровень функционирования у пациентов с устойчивой ремиссией	52
3.6. Сравнительная характеристика групп устойчивой ремиссии и обострения: факторы, определяющие устойчивость ремиссии.....	55
3.7. Характеристика терапии расстройств шизофренического спектра.....	66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	96
ВЫВОДЫ	102

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	104
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	105
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	107
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Оценочные методики и шкалы	121
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Психофармакотерапия расстройств шизофренического спектра	154

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Несмотря на значительные успехи в лечении расстройств шизофренического спектра, остаются актуальными вопросы долгосрочного прогноза данной группы состояний. Устранение психотической симптоматики далеко не всегда означает полное восстановление прежней социальной и профессиональной активности пациентов. значительная часть пациентов даже после достижения ремиссии сталкивается с выраженными трудностями в повседневной жизни. Наблюдения показывают, что оценка результатов лечения не может сводиться лишь к оценке психопатологической симптоматики. Поэтому все большее внимание уделяется изучению других факторов, влияющих на повседневную жизнь пациентов, в том числе когнитивных и аффективных характеристик расстройства. Влияние этих факторов на устойчивость ремиссии и риск обострений в настоящее время активно исследуется [1–4].

Вопреки наличию большого количества исследований, посвященных отдельным аспектам когнитивных и аффективных нарушений при шизофрении, их роль в прогнозировании устойчивости ремиссии и рисков повторных обострений остается недостаточно изученной. В настоящее время отсутствует единое мнение относительно того, какие именно когнитивные и аффективные нарушения являются наиболее значимыми предикторами обострения и низкого уровня функционирования. Кроме того, недостаточно изучен вклад постпсихотической депрессии в риск повторных психотических эпизодов, а также в уровень функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Таким образом, актуальность темы определяется необходимостью комплексного анализа динамики когнитивного, аффективного статуса и уровня функционирования на разных этапах ремиссии, что позволит оптимизировать подходы к диагностике, прогнозированию и терапии данной категории пациентов.

Степень разработанности темы исследования

Когнитивные нарушения при расстройствах шизофренического спектра подробно изучены и рассматриваются как значимый компонент заболевания, существенно влияющий на уровень функционирования пациентов. Также накоплены данные о значимой роли аффективной симптоматики, в частности депрессивных нарушений, в ухудшении клинического течения, снижении качества ремиссии и повышении риска рецидива. Отдельные исследования посвящены оценке уровня функционирования и его объективизации с использованием психометрических инструментов.

Несмотря на большой объем накопленных данных, большая часть исследований носит фрагментарный характер и фокусируется на изучении отдельных компонентов — когнитивных нарушений, аффективной симптоматики или уровня функционирования. Взаимосвязь этих компонентов и их влияние на формирование устойчивой ремиссии недостаточно хорошо изучены. Данные о механизмах устойчивой ремиссии ограничены, а количество исследований, направленных на изучение динамики когнитивных функций, остается недостаточным.

Цель и задачи исследования

Целью данного исследования является комплексная оценка когнитивного и аффективного статусов, а также уровня функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра на разных этапах становления ремиссии для определения прогностических факторов устойчивости и качества ремиссии и разработки рекомендаций для оптимизации диагностики и наблюдения за данной группой пациентов.

Задачи исследования:

- Оценить динамику когнитивного, аффективного статуса и уровня функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра в процессе достижения и стабилизации ремиссии;

- Определить нозологическую специфичность и прогностическую значимость когнитивных, аффективных и функциональных показателей на этапе достижения ремиссии в отношении риска обострения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра;
- Изучить влияние клинико-психопатологических характеристик на уровень функционирования пациентов в период 6-месячной ремиссии;
- Разработать практические рекомендации по мониторингу ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра для повышения качества прогноза и эффективности терапии.

Научная новизна

Впервые проведено комплексное проспективное исследование динамики продуктивных, негативных, когнитивных, аффективных симптомов и уровня функционирования на различных этапах становления ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, что позволило установить их сравнительный вклад в устойчивость ремиссии и риск последующих обострений. Показано, что на этапе стабилизации ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра наблюдается восстановление когнитивного функционирования, тогда как выраженность негативной симптоматики остается стабильной. Установлен неравномерный вклад различных когнитивных доменов: статистически значимую связь с риском эскалации психоза показали домены внимания и исполнительных функций (рабочая память, скорость обработки информации). При этом неравномерность выявлена не только между доменами, но и внутри домена скорости обработки информации - речевая беглость, оценивающая речевую продуктивность, обнаруживает тенденцию к улучшению в период ремиссии, в то время как тесты «шифровка» и «двигательный тест», измеряющие базовую скорость моторных навыков, не демонстрируют сопоставимых изменений. Выявлена нозологическая специфичность проблемно-решающего поведения - функции, связанной с планированием, когнитивной гибкостью и принятием

решений - у пациентов с параноидной шизофренией. Впервые на российской популяции пациентов продемонстрирована прогностическая ценность таких инструментов, как Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS), Методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий (UPSA) в отношении риска обострения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты исследования характеризуют ремиссию при расстройствах шизофренического спектра как неоднородный процесс, в котором различные компоненты психического статуса (продуктивная, негативная, когнитивная и аффективная симптоматика) имеют разную траекторию развития и неодинаковый вклад в устойчивость состояния. Полученные данные о восстановительном потенциале таких когнитивных функций, как скорость обработки информации, рабочая память, речевая беглость, свидетельствуют о сохранной способности этих функций к улучшению в период ремиссии, что обосновывает целесообразность внедрения инструментов их оценки в клиническую практику и позволяют рассматривать их как приоритетные мишени для программ когнитивной ремедиации. Проведенный анализ позволяет предположить, что при условии адекватно подобранной терапии, соответствующей клинической картине, выбор между антипсихотиками первого и второго поколения не является определяющим фактором, влияющим на восстановление когнитивных функций, уровень повседневной адаптации и риск обострения в период становления ремиссии. Результаты исследования обосновывают необходимость комплексной оценки при расстройствах шизофренического спектра, включая когнитивные, аффективные и функциональные показатели, что способствует более точному прогнозированию риска обострения и позволяет дифференцированно планировать программы психосоциальной реабилитации с учетом индивидуального профиля когнитивного и функционального дефицита.

Методология и методы исследования

Исследование проводилось на базе Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова и представляло собой проспективное когортное наблюдение 125 пациентов с расстройствами шизофренического спектра в возрасте от 18 до 60 лет. Состояние пациентов оценивалось на этапах поступления, достижения ремиссии и спустя 6 месяцев после её установления. В качестве инструментов использовались шкала PANSS для оценки психопатологической симптоматики, шкала CDSS для оценки депрессивных симптомов, методика BACS для анализа когнитивных функций и шкала UPSA для оценки уровня повседневного функционирования (Приложение А). Статистическая обработка данных осуществлялась в программе StatTech v. 4.3.2 с использованием методов описательной и аналитической статистики.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно проведён аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме ремиссии при расстройствах шизофренического спектра, включая современные представления о когнитивных и аффективных нарушениях, а также значении оценки уровня функционирования пациентов. На основании анализа научной литературы соискателем лично сформулированы цель и задачи диссертационного исследования, разработан дизайн проспективного когортного наблюдения с повторными замерами на трёх временных точках (поступление в стационар, достижение ремиссии, 6 месяцев ремиссии). Автором проведён набор клинического материала: скрининг 137 пациентов, включение 125 пациентов в исследование, подписание информированных согласий, сбор анамнестических и катamnестических данных. Автор самостоятельно выполняла клинико-психопатологическое обследование пациентов на всех этапах наблюдения, а также проводил психометрическое тестирование. Автором лично осуществлено динамическое наблюдение за пациентами в течение 6 месяцев после достижения ремиссии, фиксация случаев обострения и формирование групп устойчивой ремиссии и обострения. Автор

самостоятельно провела статистическую обработку полученных данных с применением методов описательной и аналитической статистики. На основании результатов анализа автором определена прогностическая значимость когнитивных и функциональных показателей в отношении риска обострения и исследована динамика устойчивой ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации.

Положения, выносимые на защиту

1. В период стабилизации ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра происходит восстановление когнитивных функций и уровня повседневного функционирования на фоне редукции продуктивной и субклинической аффективной симптоматики при стабильности негативных симптомов.

2. Восстановление когнитивных функций в период стабилизации ремиссии носит неравномерный характер: наиболее отчетливая положительная динамика отмечается для рабочей памяти и тенденция к улучшению для речевой беглости, тогда как другие когнитивные показатели, включая моторные навыки и проблемно-решающее поведение, существенно не меняются.

3. Снижение показателей рабочей памяти и речевой беглости, а также уровня повседневного функционирования на этапе достижения ремиссии является фактором риска обострения в течение последующих 6 месяцев стабилизации ремиссии.

4. Повседневное функционирование пациентов на этапе становления ремиссии в наибольшей степени определяется уровнем когнитивного функционирования и выраженностью негативной симптоматики.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует Паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, направлениям исследований пунктов 2, 4, 5, 6: пункт 2 «Категориальный и дименсиональный подходы к классификации. Общая и частная психопатология», пункт 4 «Клиника психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимических аддикций», пункт 5 «Диагностические и прогностические критерии и маркеры заболеваний. Диагностика и прогноз ранних проявлений, течения и исхода психических и наркологических расстройств, оценка достоверности, доказательности и эффективности медицинских вмешательств и технологий с помощью математико-статистического моделирования или иных методов оценки», пункт 6 «Терапия психических и наркологических расстройств. Разработка методов прогноза, маркеров безопасности и эффективности психофармакотерапии и немедикаментозных методов лечения. Изучение процессов адаптиогенеза больных к развитию и течению заболевания».

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов диссертационного исследования обеспечивается репрезентативностью выборки и полнотой регистрации анамнестических, катамнестических и клинических данных всех 125 пациентов, включённых в исследование. Полученные автором результаты сопоставлены с данными предшествующих отечественных и зарубежных исследований в области изучения ремиссии, когнитивных, аффективных нарушений и функционирования при расстройствах шизофренического спектра. Применённые методы исследования - клиничко-психопатологический, психометрический и статистический - являются информативными и соответствуют поставленным цели и задачам работы. Достоверность результатов подтверждается выбранным дизайном проспективного когортного исследования с повторными замерами и формированием групп устойчивой ремиссии и обострения, достаточным объёмом клинического

материала, использованием адекватных методов статистического анализа, включая проверку нормальности распределения критерием Шапиро–Уилка, параметрические и непараметрические критерии, регрессионный анализ и анализ выживаемости. По окончании исследования проведена проверка первичных материалов, результаты которой, подтверждающие исходную надёжность данных, отражены в прилагаемом акте.

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на конференциях: «Современные подходы к терапии основных психических расстройств» (Москва, 24 апреля 2024г.); «Перспективные технологии диагностики и терапии психических расстройств и болезней зависимости» (Москва, 23 апреля 2025г.); Научно-практическая конференция «Перспективные технологии диагностики и терапии психических расстройств и болезней зависимости» (Москва, 21 апреля 2026г.). Диссертация апробирована на заседании кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол № 33 от 28 апреля 2026г.).

Результаты исследования внедрены в лечебную работу Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова и в учебный процесс студентов, клинических ординаторов, аспирантов на кафедре психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 4 работы, отражающих основные результаты диссертации, из них: 3 научные статьи – в изданиях из Перечня Университета / Перечня ВАК при Минобрнауки России, а также 1 публикация в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 155 страницах (основной текст – 106 страниц), состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, главы по результатам исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и приложений. Список используемой литературы содержит 121 источник (28 отечественных и 93 зарубежных). Диссертация содержит 29 таблиц, 13 рисунков, 3 клинические иллюстрации.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Ремиссия при расстройствах шизофренического спектра: современное состояние проблемы

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра — хронические психические заболевания, типичное начало которых приходится на юношеский и молодой возраст. Шизофрения поражает более 21 миллиона человек во всем мире [1]. Несмотря на относительно низкую распространенность (3,3 на 1000 человек), шизофрения является с заболеванием со значительным и неуклонно растущим общим бременем болезни. В 2016 году шизофрения заняла 12-е место в рейтинге 310 наиболее инвалидизирующих заболеваний и травм во всем мире [2, 3], что обусловлено не только проблемой выздоровления, но и сокращением ожидаемой продолжительности жизни, высокой избыточной смертностью, в том числе, связанной с сопутствующими соматическими заболеваниями, самоубийствами. [4, 5, 6]. Наибольшее бремя шизофрении приходится на возрастную группу 25–54 лет, с пиком распространенности заболевания к 40 годам, т.е., наиболее трудоспособный возраст [7, 8], что представляет серьезную проблему как для отдельных людей и их семей, так и для систем здравоохранения в большинстве стран мира.

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра характеризуются хроническим рекуррентным, непрерывным или приступообразно-прогредиентным течением заболевания с широким полиморфизмом симптоматики, наличием в картине болезни одного или повторяющихся психотических эпизодов, в связи с чем наиболее реальной целью наблюдения и лечения данной группы пациентов становится достижение и поддержание длительной, устойчивой и качественной ремиссии [9].

Несмотря на существующие на сегодняшний день психофармакологические возможности, риск эскалации психоза сохраняется даже при постоянном приеме поддерживающей антипсихотической терапии, что ведет за собой

необходимость повторной госпитализации, увеличения дозировок нейролептиков или смены препаратов на другие с более мощной антипсихотической активностью (и, чаще всего, с более высоким риском побочных эффектов).

Шизофрения характеризуется очень высокой вероятностью рецидива. В крупных когортных исследованиях отмечено, что примерно 30–31% пациентов испытывают по крайней мере один рецидив в течение первого года после ремиссии [10, 11]. К двум годам кумулятивный риск повторного психоза возрастает до порядка 40–45% [11]. Долговременные наблюдения свидетельствуют о том, что к концу пятилетнего периода суммарный риск рецидива достигает приблизительно 80–82% [10]. Таких данных удалось достичь даже при условии соблюдения терапии. Независимо от психосоциальных или когнитивных факторов, обычно «базовый» риск рецидива остается крайне высоким: метаанализы последних лет показывают, что при острых психотических расстройствах к 6 месяцам фиксируется ~15% рецидивов, к 1 году – ~25%, к 2 годам – ~30% и к 3 годам – ~33% [12]. Если перевести эти данные на шизофрению, видно, что уже в первый год любой непоследовательности в терапии более чем у четверти пациентов приводит к обострению, а к концу пятилетнего периода подавляющее большинство переносят хотя бы одно обострение [10, 11].

При шизоаффективном расстройстве риск рецидива тоже очень высок. Хотя специфических современных данных меньше, большинство источников рассматривают шизоаффективное расстройство и шизофрению вместе и не указывают значимо меньших рисков в отношении первого. В частности, систематические обзоры отмечают, что в целом при психотических расстройствах (включая шизофрению и шизоаффективное расстройство) более 80% пациентов рецидивируют в течение 5 лет после первого эпизода [10]. Краткосрочные показатели, судя по имеющимся данным, сопоставимы со шизофренией: около 30–40% рецидивов в первый год. Например, в первом двухлетнем исследовании первая рецидивность составила 31% к 1 году и 43% к 2 годам [11] (в этой когорте 1/3 пациентов были диагностированы как шизофрения, >40% – как аффективный психоз). В целом можно заключить, что при шизоаффективном расстройстве число

рецидивов остается чрезвычайно высоким, сравнимым с таковым при шизофрении, если не принимать во внимание преморбидные факторы. Методологически трудно отделить вклады аффективного компонента от собственно психотической симптоматики, но принятые критерии DSM-5 требуют, чтобы психотические симптомы существовали не менее 2 недель без сопутствующего аффективного эпизода [12]; как только психотическая симптоматика преобладает над аффективной большую часть болезни, диагноз смещается в сторону шизофрении [12]. И хоть шизоаффективное расстройство лежит «между» шизофренией и аффективными расстройствами, по рискам рецидива оно ближе к шизофрении (на 5-летней шкале более 80% случаев обостряются [13]).

Особенно актуально предотвращение обострения заболевания у больных с первым психотическим эпизодом, у 85% которых в течение первых нескольких лет заболевания возникает рецидив [14, 15, 16, 17, 18]. Острое полиморфное психотическое расстройство обычно имеет более благоприятный прогноз, но, согласно актуальному метаанализу, риски рецидива при первом эпизоде психоза нарастают со временем: примерно 15% пациентов рецидивируют к 6 месяцам наблюдения, 25% – к 1 году, 30% – к 2 годам и около 33% – к 3 годам [12]. При этом уже первый год после выписки является самым критичным: в одном регистре около 20% пациентов рецидивировали в течение первого года [14]. После примерно 3 лет дальнейшего наблюдения дополнительный риск рецидива возрастает незначительно. Таким образом, более половины больных с острым полиморфным психотическим расстройством остаются в ремиссии несколько лет, но значимая часть (по разным данным, треть и более) всё же переносит обострение в первые 2–3 года. Для пациентов с первым психотическим приступом характерен и наиболее высокий риск самостоятельной отмены терапии - до 42% в течение 12 месяцев [19]. Повторные психотические приступы существенно ухудшают прогноз заболевания, усиливают дефицитарные изменения эмоционально-волевой сферы, ухудшают трудоспособность и качество жизни пациента.

В 2005 году Рабочей группой по ремиссии при шизофрении (RSWG) были выдвинуты критерии, согласно которым по каждому из следующих проявлений

заболевания: бред, необычное содержание мыслей, галлюцинации, концептуальная (понятийная) дезорганизация, манерность и позирование, притупленный аффект, пассивно-апатическая социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи выраженность симптоматики не должна превышать легкой степени (≤ 3 баллов по пунктам PANSS; ≤ 3 баллов по пунктам BPRS, используя диапазон 1–7 для каждого пункта; ≤ 2 баллов по пунктам SAPS и SANS), как репрезентативный уровень нарушения, соответствующий симптоматической ремиссии заболевания. Учитывая длительное течение, свойственное шизофрении, Консенсус рабочей группы определил период в 6 месяцев как минимальный временной порог, в течение которого необходимо поддерживать вышеупомянутую тяжесть симптомов. Тогда же была актуализирована проблема включения функциональных (нарушения повседневной деятельности, социальных отношений, профессиональной занятости, качества жизни) и когнитивных симптомов в определение ремиссии, рассмотрение двухфазной модели (ремиссия с последующим функциональным восстановлением) в качестве подходящей цели лечения применительно к шизофрении в будущем [20, 21, 22]. Наряду с поиском рациональных методов терапии актуальной задачей научных изысканий остается выявление факторов риска неблагоприятного течения психических расстройств с целью последующего расширения прогностических инструментов для оценки исходов заболевания. Выявление факторов риска обострений и снижения качества ремиссии при расстройствах шизофренического спектра позволяет более точно прогнозировать течение болезни, разрабатывать индивидуализированные стратегии терапии и психосоциальной поддержки, а также повысить эффективность профилактики повторных обострений. Это особенно важно в контексте перехода к модели персонифицированной психиатрии, где ключевым становится не только достижение ремиссии, но и её устойчивость и качество [23, 24, 25, 26, 27].

Традиционно ремиссия при расстройствах шизофренического спектра оценивалась на основании снижения продуктивной и негативной симптоматики. Однако в последние десятилетия все большее внимание уделяется другим

факторам, которые могут оказывать значительное влияние качество и устойчивость ремиссии. К таким факторам относятся когнитивный дефицит, аффективные нарушения, а также уровень повседневного функционирования пациентов.

1.2. Динамика когнитивных нарушений при расстройствах шизофренического спектра

Несмотря на довольно сильно возросший за последние 20 лет интерес исследователей к проблеме когнитивных расстройств, взаимосвязь между устойчивой симптоматической ремиссией при расстройствах шизофренического спектра и когнитивным функционированием все еще остается относительно неизученной областью. Установлено, что когнитивная дисфункция наблюдается при шизофрении на этапе преморбида, получает развитие перед началом заболевания или непосредственно при манифестации психотической симптоматики и находит свое отражение в дальнейшей картине течения заболевания [28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38]. Однако по-прежнему не имеет однозначного ответа вопрос о динамике когнитивных расстройств и их роли в процессе становления ремиссии.

С одной стороны, исследования показывают, что когнитивные изменения неуклонно прогрессивны, а профиль этих нарушений имеет сходство с когнитивными изменениями, наблюдаемыми при здоровом старении, с той лишь разницей, что ухудшение происходит быстрее (показатели когнитивных способностей людей, страдающих шизофренией, аналогичны показателям здоровых людей, старших на 30 и более лет) [39]. В частности, аналогичными возрастным изменениям являются наблюдаемые при шизофренических расстройствах выраженный дефицит скорости обработки информации, рабочей и эпизодической памяти [40]. Динамике когнитивного дефицита также могут способствовать и коморбидные расстройства шизофренического спектра состояния: метаболический синдром, курение, злоупотребление психоактивными веществами, в т.ч., алкоголем [41, 42, 43]. Хотя эти нарушения не несут полной

ответственности за изменения когнитивного функционирования, по данным исследований, они оказывают значительный аддитивный эффект на уже скомпрометированные расстройства [44]. С другой стороны, при отдаленных наблюдениях когнитивные нарушения представляются группой относительно стабильных расстройств [45], а в части исследований - частично регрессируемых [31, 46, 47].

Остается довольно дискуссионной связь между когнитивной дисфункцией и продолжительностью нелеченного психоза или числом рецидивов. Согласно гипотезе нейротоксичности, длительный период без лечения может способствовать усугублению когнитивных нарушений за счёт продолжающегося патологического нейропроцесса [48]. Однако данные метаанализа Vora и Murray (2014) показывают, что когнитивные дефициты, обнаруживаемые при первом психотическом эпизоде, остаются относительно стабильными в течение последующих лет и не демонстрируют значительного прогрессирования, несмотря на различия в продолжительности психотического приступа [46]. Аналогично, хотя продолжительность психоза считается прогностически значимым фактором для функционального исхода, её влияние на когнитивные показатели остаётся статистически слабым и вариабельным [49]. Более того, ряд исследований подчёркивает, что когнитивные нарушения часто предшествуют дебюту заболевания и могут отражать уязвимость нейроонтогенетического развития, а не последствия острого психотического состояния или его повторений [50, 51, 52, 53, 54]. Некоторые работы указывают на более выраженную ассоциацию когнитивных нарушений с негативными симптомами по сравнению с продуктивными и аффективными [55]. Большинство исследований также не показывает связи динамики когнитивных нарушений с приемом психотропной терапии: не обнаружено различий как между группами, получавшими типичные или атипичные антипсихотики, между различными атипичными антипсихотиками, а также между пациентами, принимавшими и не принимавшими терапию [31].

Особенную трудность представляет идентификация наиболее прогностически ценных в отношении обострения или рецидива психоза

когнитивных доменов. Когнитивные нарушения при шизофрении затрагивают широкий спектр нейрокогнитивных областей. К ним относятся вербальная, рабочая и эпизодическая память, скорость обработки информации, исполнительные функции, беглость речи [56, 57, 58, 59]. С точки зрения иерархии тяжести нарушений, скорость обработки информации подвергается наибольшему изменению, за ней следуют эпизодическая и рабочая память [60]. Изучение связи между когнитивными способностями и прогнозом ремиссии показывает значительную разницу в уровне скорости обработки данных между пациентами со стабильной ремиссией и без нее [61]. Одно исследование рассматривало внимание в качестве единственной когнитивной области, которая предсказывала состояние ремиссии через шесть месяцев [62]. Другое исследование обнаружило градицию когнитивных функций между людьми в полной ремиссии, неполной ремиссии и в отсутствии ремиссии, прежде всего в отношении исполнительных функций, которые не были нарушены в группе ремиссии [63]. Ряд лонгитюдных исследований также выявлял не только когнитивные области, связанными со статусом долгосрочной ремиссии (такими оказались исполнительные функции, рабочая память и преморбидное функционирование - уровень когнитивных функций до манифестации заболевания), но и подчеркивал значимость качества ремиссии. Наиболее заметные когнитивные различия были обнаружены между группой в стабильной ремиссии с минимальными симптомами и группой без ремиссии, а также при обнаружении только минимальных симптомов по сравнению со стандартизированными легкими симптомами [64].

1.3. Аффективные расстройства и их прогностический потенциал в контексте расстройств шизофренического спектра

Не меньший прогностический интерес представляют аффективные нарушения в структуре расстройств шизофренического спектра. Пациенты с шизофренией подвергаются повышенному риску развития депрессии по сравнению с общей популяцией [65, 66, 67, 68]. Распространенность депрессивных

нарушений при шизофрении составляет около 40%, из которых от 20 до 50% приходится на постпсихотический период [69, 70, 71]. В отношении аффективных расстройств долгое время в общественном и клиническом восприятии господствовала традиционная концепция “Крепелиновской дихотомии” – широкого полярного разделения аффективных и психотических расстройств на “Маниакально-депрессивный психоз” и “Dementia praecox” (собственно, шизофрению) [72]. Согласно “Крепелиновской дихотомии”, наличие расстройств настроения при шизофрении могло быть хорошим прогностическим индикатором, при этом пациенты с преобладанием аффективных симптомов располагались на «биполярном», а не на “дефицитарном” конце континуума психотических расстройств. Однако современные данные свидетельствуют об обратном: по ряду критериев депрессия ассоциирована с неблагоприятным прогнозом. Так, депрессия является более значимым фактором в отношении завершеного самоубийства у лиц с шизофренией и первым психотическим эпизодом, чем наличие императивных галлюцинаций [72]. По разным оценкам, от 4,9 до 10% пациентов с шизофренией совершают суицид, и депрессия является ключевым сопутствующим фактором [73, 74, 75]. Долгосрочные негативные последствия депрессивных расстройств при шизофрении включают в себя более высокую приверженность пациентов к употреблению психоактивных веществ, более низкую удовлетворенность жизнью, ухудшение семейного и профессионального функционирования, сниженный комплаенс [76, 77].

Имеющиеся на сегодняшний день данные рассматривают наличие депрессивных симптомов прогностически ценностным маркером в отношении развития первого психотического эпизода у лиц в группе ультравысокого риска. Однако нет достаточных доказательств, позволяющих предположить прямую причинно-следственную связь [78]. Известно, что частота возникновения и клинико-психопатологические аспекты психотической симптоматики являются маркерами развития депрессии: так, сообщалось о более высокой частоте развития постпсихотической депрессии у лиц с первым психотическим эпизодом, чем у лиц, перенесших более одного рецидива [79] и об ассоциации с развитием депрессии

параноидного типа шизофрении [80, 81]. Однако весьма ограничено количество исследований, посвященных предикативному потенциалу депрессивных симптомов в отношении обострений и рецидивов психоза, и все они делают весьма аккуратные выводы о рассмотрении постпсихотической депрессии в качестве фактора риска увеличения количества госпитализаций в психиатрический стационар, более высокого шанса рецидива. Так, в исследовании Johnson и др. проспективное наблюдение двух отдельных групп пациентов с шизофренией выявило, что депрессия, развивающаяся через 1 год после выхода в ремиссию, указывает на значительное увеличение риска дальнейшего рецидива психоза в течение 2 лет по сравнению с депрессией, развившейся в течение первого года ремиссии или отсутствием депрессии. Пациенты с такой депрессией были более склонны к рецидивам, чем другие пациенты, несмотря на регулярное прием поддерживающей терапии в необходимых дозировках. Это даже позволило предположить, что этиология депрессии на отдаленных этапах заболевания, может отличаться от этиологии депрессии в течение первого года [82]. В классическом проспективном исследовании Rajkumar и Thara (1989) показано, что у пациентов с шизофренией высокий риск рецидива был связан с появлением «настроенческих» симптомов (снижения настроения, апатии, раздражительности) [83]. Аналогично, в крупном когортном исследовании Rivelli и соавт. (2024) отмечено, что факторами риска рецидива являются «стресс/депрессия» и вторичные депрессивные проявления [10]. Отдельные исследования делают более аккуратные выводы о рассмотрении постпсихотической депрессии в качестве фактора риска ухудшения, акцентируя больше внимания на увеличение количества госпитализаций в психиатрический стационар, и меньше - на более высокий шанс рецидива [84, 85].

При шизоаффективном расстройстве аффективные симптомы являются критериями диагноза. Поэтому депрессивные и маниакальные эпизоды сами по себе коррелируют с психотическими обострениями. Однако в литературе нет единого мнения о том, какие именно аффективные проявления предсказывают рецидив. Robinson и соавторы (1999) не обнаружили, что наличие депрессивных или маниакальных симптомов при первом эпизоде существенно влияет на частоту

рецидивов [86]. Это говорит о том, что сам факт наличия хотя бы одного аффективного эпизода не обязательно увеличивает риск сразу после установления ремиссии. Тем не менее, клинически считается, что, например, выраженные дисфорические и тревожные элементы мании (т.н. «дисфорическая мания») часто сопровождают обострение шизоаффективного расстройства и требуют коррекции. Нет чётких данных о различиях по срокам. По некоторым данным, более частые повторные эпизоды аффекта (и тем самым психоза) наблюдаются у шизоаффективного расстройства «биполярного типа», тогда как у «депрессивного типа» прогноз несколько благоприятнее [87, 88, 89]. Однако эти наблюдения не были подробно изучены в рандомизированных исследованиях.

1.4. Роль измерения функционирования в оценке течения расстройств шизофренического спектра

В последние десятилетия внимание исследователей и клиницистов всё чаще сосредотачивается на оценке функциональных исходов расстройств шизофренического спектра, поскольку именно они в наибольшей степени определяют уровень социальной адаптации, автономности и качества жизни пациентов [90, 91, 92]. Несмотря на достижение клинической ремиссии, значительная часть пациентов продолжает испытывать трудности в повседневной жизни: нарушается способность к самостоятельному проживанию, трудоустройству, соблюдению приема терапии, поддержанию социальных связей. В этом контексте особенно важно иметь надежные и валидные инструменты, позволяющие объективно оценить уровень функционирования пациента.

Исторически измерения функционирования были сосредоточены на конечной точке “реального” функционирования, в попытке классифицировать уровень инвалидности на основе ежедневных действий в повседневной обстановке пациента, выполняемых неправильно или не выполняемых вообще. Одним из первых таких инструментов была Шкала оценки глобального функционирования GAF, включенная в DSM-III-R в 1987 году [93, 94]. В настоящее время доступно

множество инструментов для оценки “реального” функционирования. Некоторые из них были разработаны как улучшения уже существующих схем оценки, в то время как другие усовершенствовали концепцию функционирования, разделив ее на несколько поддоменов [95]. Так, Шкала личностного и социального функционирования (PSP) измеряет четыре области функционирования (социально полезная деятельность; личные и прочие социальные отношения; самообслуживание; беспокоящее и агрессивное поведение) и, в отличие от GAF, оценивает эти области независимо от клинических симптомов [96]. В 2011 году было проведено исследование, известное как Валидация повседневных реальных результатов (VALERO), ставившее своей целью определить наиболее валидный из них с точки зрения надежности и чувствительности к изменениям [97]. Результаты показали, что таким инструментом является Шкала шестидоменного специфического уровня функционирования (SLOF) [97, 98].

Однако измерение реального функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра сопряжено с рядом методологических ограничений. Во-первых, оно зависит от внешних факторов — социального окружения, наличия поддержки, уровня урбанизации и экономической стабильности, что затрудняет интерпретацию полученных данных. Во-вторых, оценка реального функционирования часто базируется на самоотчетах или субъективном мнении третьих лиц (родственников, врачей), что делает её подверженной искажениям, связанным с анозогнозией, негативной симптоматикой или субъективностью восприятия. Кроме того, отсутствует единый культурно независимый стандарт «нормального» уровня функционирования, что ограничивает возможности сравнения между разными группами пациентов [99]. Реальное функционирование слабо чувствительно к краткосрочным изменениям, возникающим в ответ на терапевтические вмешательства, и может не отражать состояния в динамике [100]. И, наконец, несмотря на сохранность когнитивных навыков пациенты могут демонстрировать низкий уровень повседневной активности вследствие апатии или ангедонии, что требует комплексной оценки данных [101]. В противовес этому, альтернативная методика измерения

функционирования посредством оценки функциональных способностей (повседневного функционирования, функционального профиля, functional capacity) представляет собой относительно новую стратегию оценки повседневных навыков пациентов, методологически альтернативную измерению показателей “реального” функционирования.

Функциональные способности определяются как ряд способностей, необходимых для независимого функционирования пациента в обществе и быту и отражают потенциал функционирования пациента в реальном мире без учета влияния на него социо-культурных факторов среды, их оценка производится в симуляционных условиях клиники или научной лаборатории. Оценка данного показателя осуществляется различными способами: методами самоотчета, экспертной оценкой (наблюдение за поведением пациента), а также поведенческими шкалами на основе выполнения задач [102, 103].

Наиболее актуальным инструментом измерения функциональных способностей является методика Оценки навыков на основе практических заданий UPSA (University of California, San Diego Performance-Based Skills Assessment), разработанная Калифорнийским университетом в Сан-Диего в 2001 году [104]. Оценка проводится на основании выполнения стандартизированных задач, приближенных к типичным ситуациям повседневной жизни. Основные домены шкалы:

1. Финансовые навыки: навыки обращения с деньгами, понимание квитанций, оплата счетов;
2. Коммуникативные навыки: использование телефона, обращение в справочные службы;
3. Навыки пользования транспортом: чтение расписания, планирование маршрута передвижения;
4. Навыки ведения домашнего хозяйства: понимание инструкции приготовления кулинарного блюда, подбор необходимых продуктов и инструментов;

Планирование деятельности: выбор рекреационной активности, организация времени [104].

Одним из главных преимуществ UPSA является ее объективность. В отличие от шкал самооценки и интервью с экспертами, данные UPSA не страдают искажениями, которые могут быть связаны с нарушением критики у пациентов, недостаточной достоверностью отчетов, сделанных родственниками, или субъективными оценками медицинского персонала. Это особенно важно при длительно текущих расстройствах шизофренического спектра, которые характеризуются анозогнозией или падением мотивации пациентов [98].

Результаты UPSA тесно связаны с нейропсихологическими показателями. В частности, наблюдается положительная корреляция между результатами UPSA и уровнями внимания, рабочей памяти, исполнительных функций и вербального обучения [99]. Это позволяет использовать шкалу UPSA как инструмент для оценки когнитивного функционирования, особенно когда проведение полного нейропсихологического тестирования затруднено. Исследования показали, что низкие баллы по UPSA коррелируют с более высоким уровнем когнитивных нарушений, более низким уровнем социальной дезадаптации, а также более частой госпитализацией и более высокой зависимостью от социальных структур, сниженной вероятностью трудоустройства на длительный срок. Это делает шкалу незаменимым инструментом для проспективной оценки заболеваний [105].

При оценке состояния пациентов с расстройствами шизофренического спектра уровень повседневного функционирования выступает ключевым показателем устойчивой ремиссии, демонстрируя способность пациента к самостоятельности в жизни, профессиональной деятельности, социализации и поддержанию высокого качества жизни. В то же время, на данный момент недостаточно информации о том, являются ли эти показатели предшествующими факторами ремиссии. Важно понять, как нарушения функционального уровня связаны с будущими обострениями и каковы временные рамки этой динамики. В том числе, это позволит определить, может ли измерение функционального потенциала на этапе ремиссии влиять на выбор терапевтических и психосоциальных стратегий. Это делает важным мониторинг UPSA и других функциональных шкал в динамике, особенно при переходе от острой фазы к

стабилизации. Прогноз при расстройствах шизофренического спектра определяется не отдельными симптомами, а их комбинацией: низкий когнитивный потенциал часто сочетается с тяжёлыми негативными и аффективными проявлениями. Например, Lindgren и соавт. отметили, что добавление контроля по негативным симптомам сводит прогнозирующую силу когнитивных тестов практически на нет [106], что указывает на общую меру тяжести болезни.

Таким образом, модель прогноза можно представить трёхмерной: когнитивные ресурсы, аффективно-негативные проявления и функциональный резерв. Vuoposola и соавт. (2022) описали три профиля «когнитивного резерва» у пациентов с шизофренией и продемонстрировали, что лица с высоким когнитивным резервом имеют лучшие нейрокогнитивные и социальные исходы [111]. Это означает, что высокий когнитивный потенциал во многом компенсирует патологию и повышает вероятность более благоприятного исхода. Аналогично, уменьшение депрессивных симптомов при ранней терапии может улучшить прогноз, как показали косвенные данные метаанализов (улучшая ремиссию и качество жизни).

Влияние негативных симптомов на исходы изучено лучше. Недавно были проведены обзоры, показавшие, что среди всех доменов шизофренической патологии негативная симптоматика является одним из сильнейших предикторов социально-профессионального функционирования [106]. Негативные симптомы (апатия, эмоциональное уплощение) сами по себе формируют «антивознаграждающее» мировосприятие и могут развиваться в следствие когнитивных нарушений, но в любом случае их присутствие коррелирует с затяжным течением заболевания и низкой социальной активностью. Например, у лиц с высоким уровнем негативной симптоматики начальный уровень этих симптомов предсказывал уровень социального и ролевого функционирования через год [106]. Учитывая, что многие негативные симптомы сохраняются в ремиссионный период, можно утверждать, что более выраженная аффективно-негативная симптоматика в ремиссию ухудшает ближайший и отдалённый

прогноз. Она повышает риск осложнений (снижение социальных контактов, семейных связей), что в совокупности создаёт благоприятную почву для рецидива.

Следует отметить контраст в исходах шизофрении и шизоаффективного расстройства: по данным Rinna и соавт. (2014), шизоаффективные пациенты в целом имеют более благоприятные клинические исходы, несмотря на сходный уровень когнитивных нарушений [88]. Частично это объясняется тем, что в шизоаффективном расстройстве чаще применяются стабилизаторы настроения и СИОЗС, позволяющие контролировать аффективные проявления. В когорте хронических пациентов доля функционально ремиссионных (наравне с клинической ремиссией) у больных шизофренией составила 13 %, а у шизоаффективных – 25.8 %. Восстановление наблюдалось у 6.5 % и 22.7 % соответственно [88]. Это косвенно указывает на то, что аффективная составляющая может смягчать долгосрочный прогноз при шизоаффективном расстройстве по сравнению с шизофренией.

Наконец, уровень повседневного функционирования – социальная, профессиональная, бытовая активность – после достижения ремиссии играет ключевую роль в прогнозе. Даже при купировании психотической симптоматики пациенты часто не возвращаются к прежним видам деятельности. Недавнее крупное обсервационное исследование показало, что хотя 61,3 % хронических пациентов достигло симптоматической ремиссии за 6 месяцев, лишь около 24,8 % из них также соответствовали критериям функциональной ремиссии ($GAF > 70$) [107]. Это означает, что три четверти пациентов после ремиссии продолжают испытывать выраженные трудности в работе, учебе или бытовой активности. Более того, корреляция между динамикой симптомов (изменения BPRS) и изменениями глобального функционирования оказалась слабой, что подчёркивает относительную независимость этих параметров друг от друга [107]. Функциональные показатели после ремиссии не только отражают текущее состояние, но и предвосхищают исходы болезни: пациенты с более высоким уровнем функционирования менее склонны к рецидивам и имеют меньше социально-экономических осложнений.

В реальных условиях известно, что рецидивы ассоциируются с резким ухудшением социальной адаптации: пациенты, пережившие обострение, с большой вероятностью теряют работу, жильё или поддержку близких [108]. Так, на выборке реальных больных было показано, что лица с рецидивами имели существенно более низкие баллы по шкале глобального функционирования по сравнению с теми, у кого не было повторного психотического эпизода. Каждое последующее обострение увеличивает вероятность утраты социально-профессиональных навыков и нарастания инвалидности. Таким образом, низкий уровень восстановления социально-профессионального функционирования после ремиссии служит мощным предиктором неблагоприятного исхода и возникновения рецидивов [108].

В то же время факторы среды могут модифицировать эту зависимость: наличие социальной поддержки, трудоустройство и жильё, а также занятия психосоциальной терапией способствуют повышению уровня активности и, опосредованно, – снижению риска рецидива. Отмечено, что меры по поддержке занятости и реабилитации могут улучшить долгосрочные результаты у ремиссионных пациентов и повысить их шансы на стабильный социальный статус [107].

Сочетание указанных параметров оправдывает индивидуальный подход: при прогнозировании рекомендуется учитывать сразу все три группы показателей. Недавний систематический обзор предикторов расстройств шизофренического спектра отметил, что ни один параметр («возраст дебюта», «симптомы на старте» и др.) не выдавался универсальным предиктором, за исключением исходного функционирования [110]. То есть даже пациенты с тяжелым течением могут иметь относительные шансы на выздоровление при благоприятном социальном контексте и высокой коррекции когнитивных нарушений, и наоборот.

Особняком стоят острые полиморфные психотические расстройства – быстрые и кратковременные психотические эпизоды. Недавний мета-анализ кратких психотических эпизодов показал, что риск рецидива психоза в таких случаях очень высок (до 33% через 3 года) [12], а окончательный диагноз стабилен

лишь у половины пациентов. Диагноз меняется: примерно 19% впоследствии получают шизофрению, 5% – аффективные психозы. При этом ни начальные симптомы, ни демографические переменные не оказались надежными предикторами исхода. Иными словами, в остром полиморфном психозе клиническая картина при дебюте слабо связана с дальнейшим течением – многие прогрессируют к шизофрении независимо от того, начались они «маниакально», «депрессивно» или «фрагментарно». С точки зрения прогноза это подчёркивает необходимость активного наблюдения и поддержки после первого эпизода, а не полагаться на положительный прогноз сразу после купирования острого состояния [12].

Большинство современных исследований сосредоточено на прогнозировании краткосрочных исходов (обычно до 1–2 лет). Так, Van Dee и соавт. анализировали именно такие сроки и выявили ключевые факторы успеха лечения (высокий уровень функционирования, соблюдение терапии и др.) [109]. Lingdren и соавт. рассматривали исходы через 1 год, подчеркивая прогностическую силу когниции и её перекрытие с негативными симптомами [106]. Эти данные важны для клинической практики, поскольку раннее улучшение прогноза часто определяет долгосрочные тренды.

Долгосрочные исходы (5–20 лет) исследованы меньше, но показывают интересную картину. Molstrom и соавт. (2022) в метаанализе долгосрочных наблюдений обнаружили, что даже через 20 лет около 24% больных достигают критериев «выздоровления», а 60% – хотя бы частичного улучшения (умеренный или лучший исход). При этом, по их выводу, несмотря на столетия исследований, прогноз шизофрении в целом изменился мало [110]. Хотя когнитивные и аффективные факторы напрямую не оценивались в этом метаанализе, можно предположить, что доступность реабилитационных программ и социальная поддержка – то есть факторы функционирования – остаются критическими для этих долгосрочных исходов. На уровне когнитивных функций данные указывают, что после достижения ремиссии острый когнитивный упадок не прогрессирует

резко, но и не улучшается сам по себе, что накладывает ограничение на возможный функциональный прогресс пациента.

В целом, все эти результаты подчеркивают: комплексная оценка когнитивного статуса, эмоциональных симптомов и уровня социальной функции дает наиболее полное представление о прогнозе при расстройствах шизофренического спектра. Для краткосрочного прогноза главным маркером является исходный функциональный уровень и тяжесть психопатологии (включая когницию и симптомы), а в долгосрочной перспективе особую роль играют социальные факторы и устойчивость приобретенных навыков. Эта информация важна для клиницистов и исследователей, поскольку позволяет выделить группы высокого риска и нацеливать интервенции (когнитивную реабилитацию, психосоциальную поддержку, лечение депрессивных симптомов) на те области, которые реально могут изменить прогноз.

Таким образом, анализ когнитивных и аффективных маркеров ремиссии, а также их влияния на уровень повседневного функционирования, приобретает особое значение для прогнозирования течения заболевания, разработки индивидуализированных терапевтических стратегий и повышения эффективности реабилитационных программ. Настоящее исследование направлено на изучение этих факторов с целью выявления ключевых предикторов устойчивой ремиссии и улучшения качества жизни пациентов с расстройствами шизофренического спектра. На сегодняшний день исследования сконцентрированы на прогностическом потенциале только когнитивных симптомов, не рассматривая их в связи с аффективными нарушениями и профилем функционирования больных, а также делая прогноз только в отношении отдаленных исходов. Недостаточно исследован предикативный потенциал когнитивного, аффективного профилей и уровня повседневного функционирования в отношении ближайших исходов расстройств шизофренического спектра, о характере взаимоотношений динамики представленных групп симптомов в картине течения ремиссии; не разработаны практические рекомендации по применению инструментов диагностики

аффективных, когнитивных расстройств и уровня функционирования на этапе исхода психоза с целью улучшения качества ближайшего прогноза заболевания.

Остается востребованным изучение взаимосвязи между краткосрочной устойчивой ремиссией и когнитивным, аффективным статусом, а также уровнем функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика клинического материала

Исследование проведено на базе Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова. В исследование были скринированы 137 пациентов, отобраны для дальнейшего наблюдения 125 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, госпитализированные в Клинику с августа 2022 года по апрель 2024 года.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), на базе которого осуществлялось исследование (Протокол № 25-22 от 08.12.2022г). Каждый включенный в исследование пациент подписал информированное согласие на лечение.

Критериями включения в исследование являлись: согласие на участие в исследовании, наличие на момент госпитализации острого психотического эпизода в рамках расстройств шизофренического спектра приступообразного течения (диагнозы МКБ-10: острое полиморфное психотическое расстройство (F23.1–F23.3), параноидная шизофрения приступообразного течения (F20x1–F20x3), шизоаффективное расстройство (F25)). Психотические эпизоды расстройств аффективного спектра, шизофренического непрерывного течения, органические психические расстройства, психозы, связанные с употреблением психоактивных веществ и наличие хронического соматического заболевания в стадии декомпенсации были определены как критерии невключения. Критериями исключения являлись: отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании, отсутствие ремиссии в соответствии с критериями Консенсуса Рабочей группы по ремиссии при шизофрении (RSWG) на момент выписки, изменение диагноза в процессе наблюдения, выявление хронического соматического заболевания в стадии декомпенсации, а также утеря связи с пациентом. Установление ремиссии определялось соответствием критериям Консенсуса Рабочей группы по ремиссии при шизофрении (Remission in Schizophrenia Working Group, RSWG) от 2005 года:

легкая степень выраженности симптоматики (≤ 3 баллов по пунктам PANSS) по каждому из следующих проявлений заболевания: бред, необычное содержание мыслей, галлюцинации, концептуальная (понятийная) дезорганизация, манерность и позирование, притупленный аффект, пассивно-апатическая социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи.

2.2. Дизайн исследования

Проведено проспективное когортное наблюдательное исследование, направленное на изучение когнитивного и аффективного статуса пациентов с расстройствами шизофренического спектра на различных этапах становления ремиссии, а также на оценку их влияния на уровень функционирования и вероятность обострения психоза. Исследование включало регулярное клиническое наблюдение выборки и оценку на трех временных точках: при поступлении в стационар; при достижении ремиссии: через 6 месяцев после достижения ремиссии (этап становления ремиссии). При сборе данных пациенты первоначально попадали в общую выборку. По ходу последующего клинического наблюдения в течение 6 месяцев пациенты распределялись по группам в зависимости от того, фиксировалось ли у них обострение. Те, у кого в процессе наблюдения обнаруживались клинические проявления обострения: манифестация или усиление продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, нарушений мышления, сопровождающихся страхом, тревогой, нарастающими изменениями поведения или различными видами психомоторного возбуждения, суицидальными мыслями и поступками [9], относились к группе эксацербации; все остальные, остававшиеся стабильными попадали в группу устойчивой ремиссии (Рисунок 1).

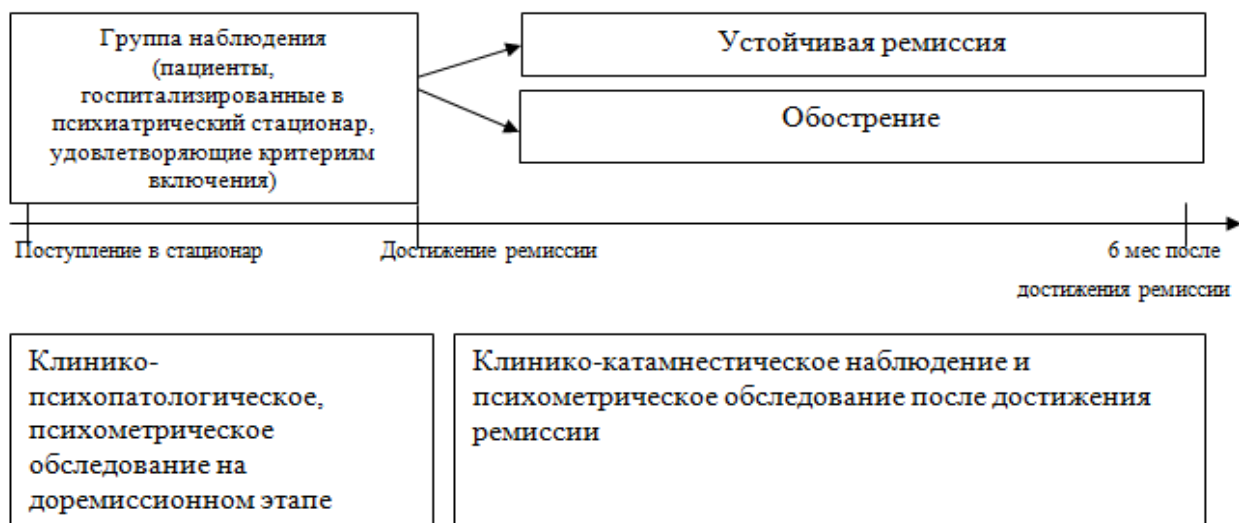


Рисунок 1 – Дизайн исследования

Первоначально в исследование были включены 137 пациентов, соответствующих основным критериям отбора. Однако 12 пациентов были исключены на различных этапах наблюдения (Рисунок 2).

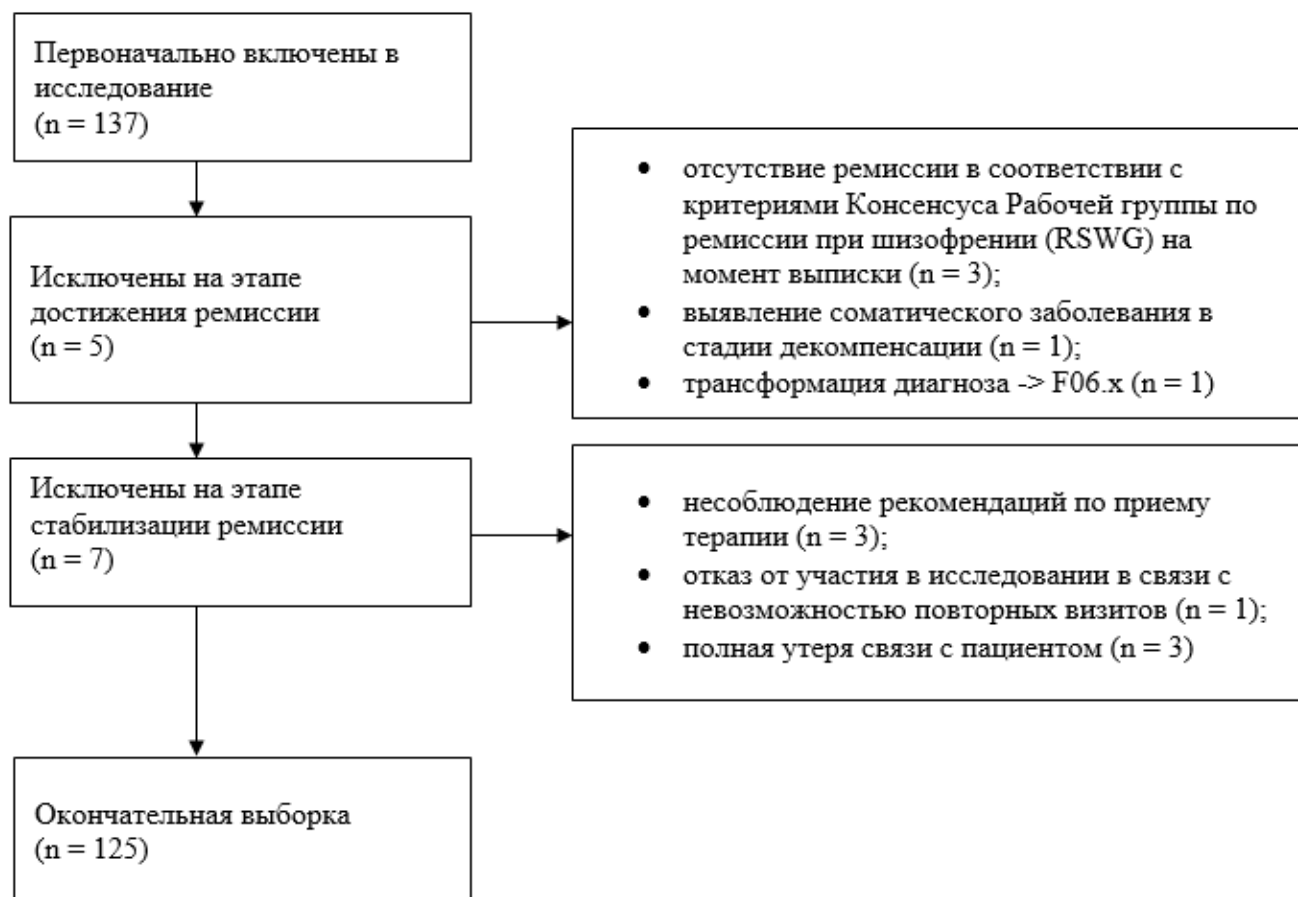


Рисунок 2 – Алгоритм формирования выборки

На этапе достижения ремиссии у одного пациента произведена трансформация диагноза, не соответствующая критериям включения. Трое пациентов исключены в связи с отсутствием ремиссии в соответствии с критериями Консенсуса Рабочей группы по ремиссии при шизофрении (RSWG) на момент выписки. У одного пациента выявлено соматическое заболевание в стадии декомпенсации. На этапе стабилизации ремиссии трое пациентов продемонстрировали несоблюдение рекомендаций по приему терапии. Трое пациентов были утрачены для последующего наблюдения (не вышли на контакт и не продолжили участие). Один пациент отказался от дальнейшего участия в связи с переездом в другой регион и невозможностью повторных визитов.

Таким образом, окончательная выборка составила 125 человек, полностью завершивших все этапы протокольного наблюдения.

2.3. Методы исследования

Для обследования применялись клинико-психопатологический, психометрический методы с использованием шкалы оценки продуктивных и негативных симптомов (PANSS) [112] - на всех этапах исследования; шкалы краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS) [113], шкалы депрессии Калгари у больных шизофренией (CDSS) [114], методики оценки навыков на основе выполнения практических заданий (UPSA) [104] - на этапе достижения ремиссии и через 6 месяцев после достижения ремиссии. Результаты общего балла и каждого подтеста BACS были стандартизированы путем расчета отклонения (Z-балла) от среднего результата здоровой выборки (0-балла) [114]; исходные значения шкалы и подшкал UPSA конвертированы в композитные баллы. Установление ремиссии определялось соответствием критериям Консенсуса Рабочей группы по ремиссии при шизофрении (RSWG) от 2005 года: легкая степень выраженности симптоматики (≤ 3 баллов по пунктам PANSS) по каждому из следующих проявлений заболевания: бред, необычное содержание мыслей, галлюцинации, концептуальная (понятийная) дезорганизация, манерность и

позирование, притупленный аффект, пассивно-апатическая социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи [20].

2.4. Статистическая обработка материала

Статистический анализ результатов проводился с применением программы StatTech v. 4.3.2 (ООО «Статтех», Россия) и использованием методов дескриптивной и аналитической статистики в зависимости от типа распределения данных по тесту Шапиро-Уилка. Количественные переменные были описаны средним арифметическим со стандартным отклонением, а бинарные переменные — процентами. Сравнение маркеров между группами пациентов с устойчивой ремиссией и обострениями на этапе поступления и в период становления ремиссии проводилось с использованием t-критерия Стьюдента. Для оценки динамики симптомов в группе устойчивой ремиссии между этапами достижения ремиссии и спустя 6 месяцев использовались t-тест для зависимых выборок.

Для оценки различий между тремя клинико-нозологическими группами использовался однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) при условной нормальности распределения и относительно однородных дисперсиях. В результирующей таблице представлены средние значения и стандартные отклонения ($M \pm SD$) для каждой из субшкал и каждой группы, а также итоговое значение p , отражающее уровень статистической значимости различий.

Для анализа времени, прошедшего от установления ремиссии до рецидива психотической симптоматики, использовался метод оценки выживаемости Каплана–Майера. Временной интервал отсчитывался в сутках от момента установления ремиссии до наступления обострения. Пациенты, не продемонстрировавшие признаков обострения в течение 6 месяцев (180 суток), рассматривались как цензурированные наблюдения. Сравнение времени до обострения между нозологическими группами осуществлялось с использованием лог-ранк теста (log-rank test).

Для оценки взаимосвязи между психопатологическими, когнитивными и аффективными показателями и уровнем функционирования в группе устойчивой ремиссии была проведена множественная линейная регрессия, где зависимой переменной выступал общий балл UPSA на этапе ремиссии 6 месяцев, а независимыми переменными – показатели PANSS (включая подшкалы), BACS (включая подшкалы) и CDSS на этапе ремиссии 6 месяцев.

Для анализа частоты обострений в зависимости от характера терапии (АВП/АПП, монотерапия/комбинированная терапия) применялся метод анализа таблиц сопряженности с расчётом критерия χ^2 Пирсона.

Все статистические критерии применялись с уровнем значимости $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Общая характеристика обследованных

Средний возраст выборки составил $28,54 \pm 9,23$ года. Соотношение мужчин и женщин составляло 48% и 52% соответственно; 61,6% пациентов имели высшее образование; 42,4% - трудовую или учебную занятость; абсолютное большинство пациентов (71,2%) не состояло в браке (Таблица 1).

Таблица 1 – Социально-демографическая характеристика выборки (n=125)

Показатель	Категории	Абс	%
Возраст, годы, M \pm SD		28,54 \pm 9,23	
Пол	женский	65	52,0%
	мужской	60	48,0%
Образование	высшее	77	61,6%
	неоконченное	28	22,4%
	высшее СПО	8	6,4%
	основное общее	4	3,2%
Занятость	безработный(-ая)	48	38,4%
	учится	24	19,2%
	работает	53	42,4%
Семейное положение	холост/не замужем	81	64,8%
	состоит в браке	36	28,8%
	состоит в разводе	8	6,4%

При госпитализации 68 пациентам был установлен диагноз “Острое полиморфное психотическое расстройство”, что составило 54,4% выборки, 24 (19,2%) пациента имели установленный диагноз параноидной шизофрении

эпизодического типа течения, 33 (26,4%) пациента - шизоаффективного расстройства (Рисунок 3).



Рисунок 3 – Клинико-нозологическая структура выборки (n=125)

При оценке клинико-синдромологических особенностей выявлено, что состояние 73 (58,4%) больных при поступлении определялось галлюцинаторно-параноидным синдромом, 25 (20%) пациентов имели аффективно-бредовую симптоматику, 21 (16,8%) – паранойяльный синдром, у шестерых больных (4,8%) развилось онейроидное помрачение сознания (Рисунок 4).



Рисунок 4 – Клинико-синдромальная структура выборки (n=125)

Возраст начала заболевания в выборке составлял $24,13 \pm 8,01$ лет, длительность заболевания – $6,56 \pm 7,05$ лет, количество обострений – $2,8 \pm 3,24$, срок достижения ремиссии – $39,59 \pm 13,51$ сут (Таблица 2).

Таблица 2 – Клинико-анамнестическая характеристика выборки

Показатель	$M \pm SD$
Возраст начала заболевания, годы	$24,13 \pm 8,01$
Длительность заболевания, годы	$6,56 \pm 7,05$
Количество обострений	$2,80 \pm 3,24$
Срок достижения ремиссии, сут	$39,59 \pm 13,51$

3.2. Анализ выраженности психопатологических проявлений выборки

Для оценки выраженности психопатологических проявлений при поступлении и на этапе достижения ремиссии 125 пациентов выборки были оценены с использованием шкалы оценки продуктивных и негативных симптомов (PANSS), включающей продуктивную (P), негативную (N) и общую (G) субшкалы, а также общий балл (сумму баллов трёх субшкал) (Таблица 3).

По результатам измерения, суммарный показатель шкалы на этапе поступления составлял $82,28 \pm 15,99$ баллов, что соответствует умеренной выраженности симптоматики. На этапе достижения ремиссии отмечено закономерное статистически значимое снижение показателя до $51,36 \pm 15,1$ балла ($p < 0,001$). Среднее значение субшкалы продуктивных симптомов (P) при поступлении составило $27,26 \pm 4,46$ балла, тогда как на этапе достижения ремиссии снизилось до $11,38 \pm 3,90$ баллов. Показатель негативной субшкалы (N) уменьшился с $14,47 \pm 4,85$ балла до $12,52 \pm 4,01$ балла, при этом разница также была статистически достоверной ($p < 0,001$). Значение субшкалы общей психопатологии (G) на этапе

поступления среднее значение составляло $40,55 \pm 10,49$ баллов, а к моменту достижения ремиссии — $27,46 \pm 8,63$ баллов ($p < 0,001$) (Таблица 3).

Статистически значимое снижение всех основных субшкал и общего балла PANSS указывает на выраженную положительную динамику психопатологических расстройств в период от поступления до достижения ремиссии. Наиболее заметной оказалась редукция продуктивной симптоматики (PANSS P). В то же время негативные и общие симптомы снижались в меньшей степени, однако изменения также достигли статистической значимости.

Таблица 3 – Выраженность психопатологических проявлений выборки ($n=125$) по шкале PANSS при поступлении и на этапе достижения ремиссии

Показатель	Этап поступления в стационар Me±SD	Этап достижения ремиссии Me±SD	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	27,6±4,46	11,38±3,9	<0,001
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	14,47±4,85	12,52±4,01	<0,001
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	40,55 ± 10,49	27,46±8,63	<0,001
PANSS, общий балл	82,28±15,99	51,36±15,10	<0,001

3.3. Клинико-нозологические различия психопатологических, аффективных, когнитивных и функциональных показателей выборки

На этапе достижения ремиссии была проведена сравнительная оценка психопатологических (PANSS), аффективных (CDSS), когнитивных (BACS) и

функциональных (UPSA) показателей пациентов трех диагностических групп: острое полиморфное психотическое расстройство ($n = 68$), шизоаффективное расстройство ($n = 33$), параноидная шизофрения приступообразного течения ($n = 24$).

Результаты анализа психопатологических показателей показали статистически более высокую выраженность негативных и общих симптомов у пациентов с параноидной шизофренией, что, также имело отражение на суммарном балле по шкале PANSS ($p < 0,001$) (Таблица 4).

Таблица 4 – Клинико-нозологические различия психопатологической симптоматики выборки ($n=125$) по шкале PANSS на этапе достижения ремиссии

Показатель	Острое полиморфное психотическое расстройство ($n=68$) Me±SD	Шизоаффективное расстройство ($n=33$) Me±SD	Параноидная шизофрения приступообразного течения ($n=24$)	F-статистика	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	10,88±3,75	11,70±4,39	12,33±3,52	1,39	0,254
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	11,47±3,88	12,39±2,62	15,67±4,44	11,35	<0,001
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	24,35±8,42	28,15±4,86	35,33±8,23	18,65	<0,001
PANSS, общий балл	46,71±15,00	52,24±9,97	63,33±14,83	12,92	<0,001

В отношении аффективных расстройств различия по шкале CDSS не достигли уровня статистической значимости ($p = 0,740$), что свидетельствует о схожем уровне аффективных проявлений у пациентов всех трех групп (Рисунок 5).

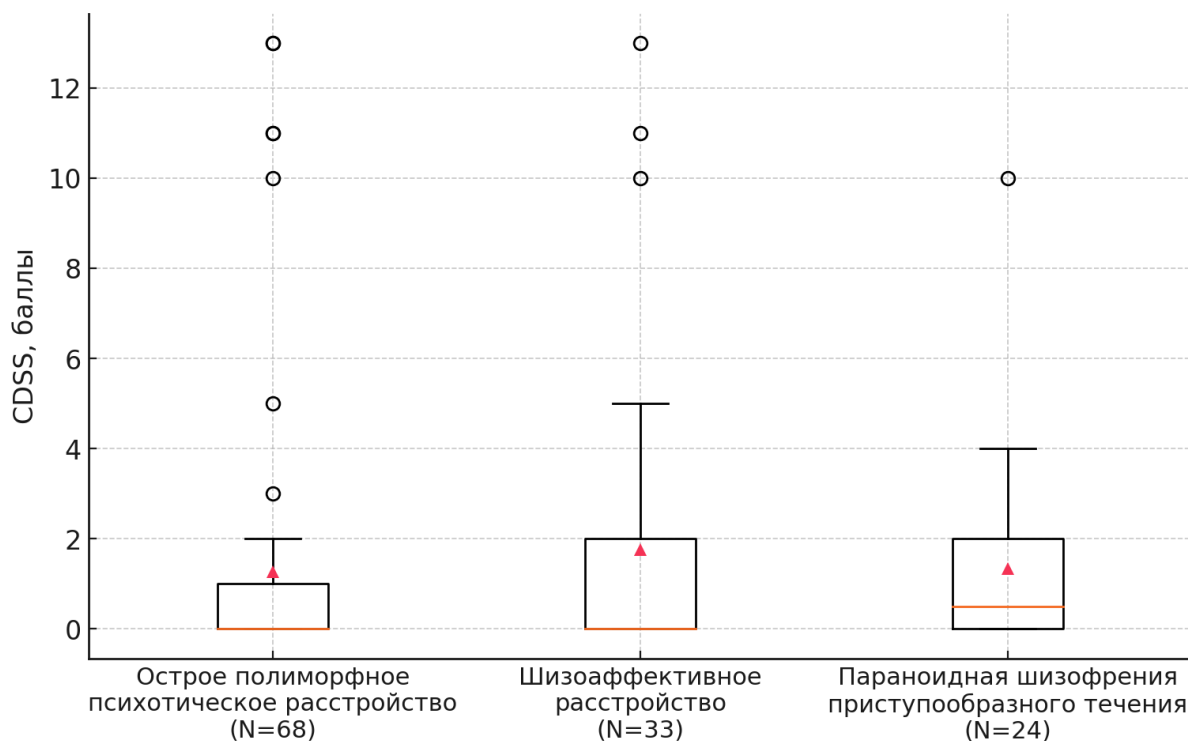


Рисунок 5 – Клинико-нозологические различия аффективной симптоматики выборки ($n=125$) по шкале CDSS на этапе достижения ремиссии

При анализе когнитивных показателей (BACS) не было выявлено статистически значимых различий между группами по общему баллу ($p = 0,400$). Большинство доменов BACS не показали значимых различий между группами, кроме субшкалы проблемно-решающего поведения: различия между группами оказались статистически значимыми ($p = 0,021$), при этом пациенты с параноидной шизофренией демонстрировали худшие результаты по сравнению с пациентами с острым полиморфным психозом и шизоаффективным расстройством (Таблица 5).

Таблица 5 – Клинико-нозологические различия когнитивных показателей выборки (n=125) по шкале BACS на этапе достижения ремиссии

Показатель	Острое полиморфное психотическое расстройство (n=68) Me±SD	Шизоаффективное расстройство (n=33) Me±SD	Параноидная шизофрения приступообразного течения (n=24) Me±SD	F-статистика	Значимость отличий, p
ВАСС, слухоречевая память	-0,15±1,79	-0,35±1,70	-0,43±1,87	0,27	0,762
ВАСС, рабочая память	-0,62±2,65	-0,44±3,57	-0,55±4,25	0,03	0,968
ВАСС, скорость обработки информации (двигательный тест)	-0,58±1,98	-0,68±1,78	-1,38±2,25	1,48	0,233
ВАСС, скорость обработки информации (речевая беглость)	-0,87±0,86	-0,99±0,85	-1,27±0,87	1,93	0,150
ВАСС, скорость обработки информации (шифровка)	-0,30±1,35	-0,20±1,15	-0,35±1,40	0,59	0,556
ВАСС, проблемно-решающее поведение	-0,60±2,00	-0,20±2,25	-1,05±2,10	4,05	0,021

Продолжение Таблицы 5

ВАСС, композитный балл	-0,44±1,32	-0,52±1,26	-0,88±1,69	0,92	0,400
------------------------------	------------	------------	------------	------	-------

Анализ функциональных показателей по шкале UPSA не выявил статистически значимых различий между группами. Общий балл UPSA не различался между пациентами с разными диагнозами ($p = 0,410$), что говорит об относительно сходном уровне социально-бытовой адаптации в период установления ремиссии. По отдельным доменам различия у пациентов с разными формами расстройств шизофренического спектра также не были значимыми (Таблица 6).

Таблица 6 – Клинико-нозологические различия функциональных показателей выборки ($n=125$) по шкале UPSA на этапе достижения ремиссии

Показатель	Острое полиморфное психотическое расстройство ($n=68$) Me±SD	Шизоаффективное расстройство ($n=33$) Me±SD	Параноидная шизофрения приступообразного течения ($n=24$) Me±SD	F-статистика	Значимость отличий, p
UPSA, планирование деятельности	77,94±19,45	78,43±18,29	74,26±21,16	0,38	0,683
UPSA, финансовые навыки	80,77±22,30	81,59±20,44	74,36±23,32	0,91	0,407
UPSA, коммуникативные навыки	81,45±11,60	78,32±14,83	76,92±17,86	1,19	0,309

Продолжение Таблицы 6

UPSA, пользование транспортом	84,41±16,5 2	84,85±16,23	77,92±19,11	1,49	0,229
UPSA, навыки ведения домашнего хозяйства	83,16±18,6 0	81,82±17,75	80,68±17,23	0,18	0,833
UPSA, композитный балл	81,55±14,5 9	81,00±14,63	76,83±16,73	0,90	0,410

3.4. Динамика психопатологических, аффективных, когнитивных и функциональных показателей устойчивой ремиссии

Для комплексной оценки динамики психопатологических, аффективных, когнитивных и функциональных показателей устойчивой ремиссии проведено клинико-катамнестическое наблюдение выборки в течение последующих 6 месяцев после достижения ремиссии.

Из всей выборки, состоящей из 125 человек, 86 пациентов в течение последующих 6 месяцев наблюдения не перенесли обострений, что позволило отнести их к группе устойчивой ремиссии и повторно обследовать по основным шкалам (PANSS, CDSS, BACS, UPSA).

Анализ психопатологического статуса по шкале PANSS показал, что показатели негативной (N) и общей (G) субшкал, а также суммарный балл PANSS остаются практически без изменений ($p > 0,05$), что указывает на сохранение ранее достигнутого низкого уровня психопатологических симптомов (Рисунки 6, 7). Продуктивная симптоматика (P) к 6 месяцам ремиссии незначительно снижается (с $11,27 \pm 3,91$ до $10,35 \pm 3,31$), однако эта тенденция также не достигает уровня статистической значимости ($p = 0,081$) (Таблица 7, Рисунок 7).

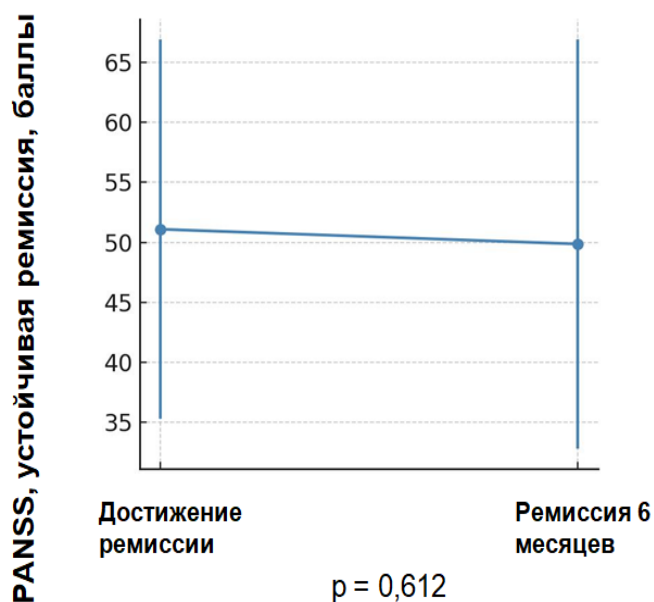


Рисунок 6 – Динамика психопатологических проявлений по шкале PANSS в группе устойчивой ремиссии (n=86) в период 6-месячного наблюдения

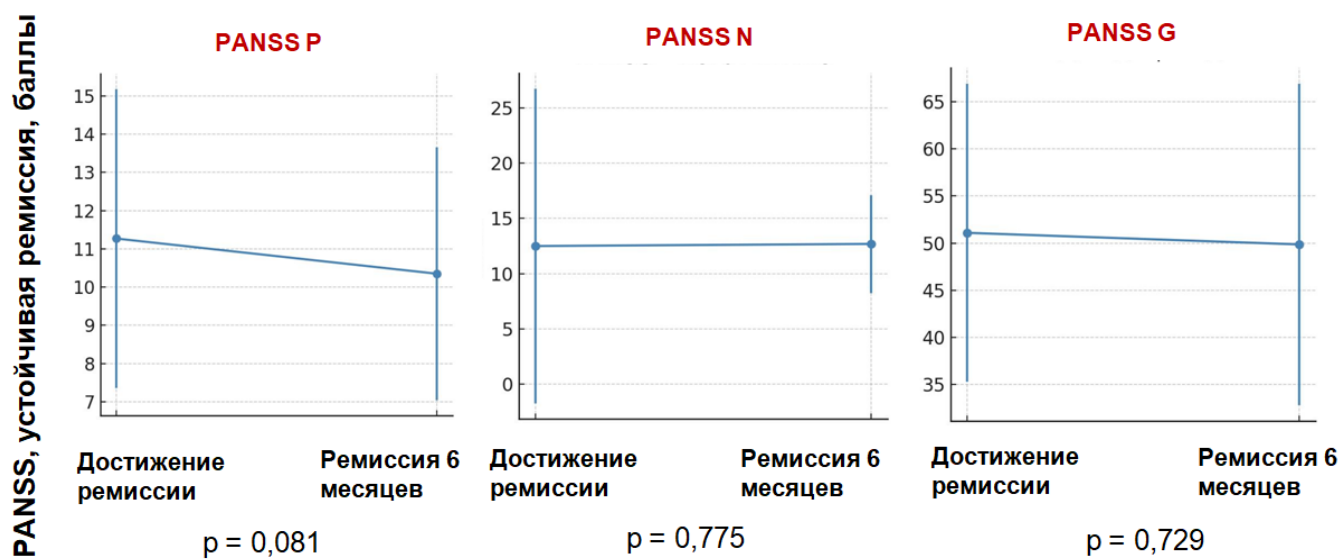


Рисунок 7 – Динамика психопатологических проявлений по субшкалам PANSS в группе устойчивой ремиссии (n=86) в период 6-месячного наблюдения

Таблица 7 – Динамика психопатологических проявлений по шкале PANSS в группе устойчивой ремиссии (n=86) в период 6-месячного наблюдения

Показатель	Этап достижения ремиссии Me±SD	Этап ремиссии 6 месяцев Me±SD	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	11,27±3,91	10,35±3,31	0,081
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	12,50±14,23	12,69±4,43	0,775
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	27,33±9,12	26,83±10,32	0,729
PANSS, общий балл	51,09±15,82	49,86±17,05	0,612

Уровень депрессивной симптоматики, оцененной по шкале CDSS, на этапе достижения ремиссии в среднем не достигал уровня клинической депрессии (ни у кого из пациентов балл по шкале не достиг порогового значения – 6 баллов) и, по результатам наблюдения на этапе 6-месячной ремиссии, продолжил снижаться (1,57±3,06 против 0,65±1,99; p=0,001), свидетельствуя об уменьшении остаточных аффективных проявлений в условиях длительной стабильности состояния (Рисунок 8).

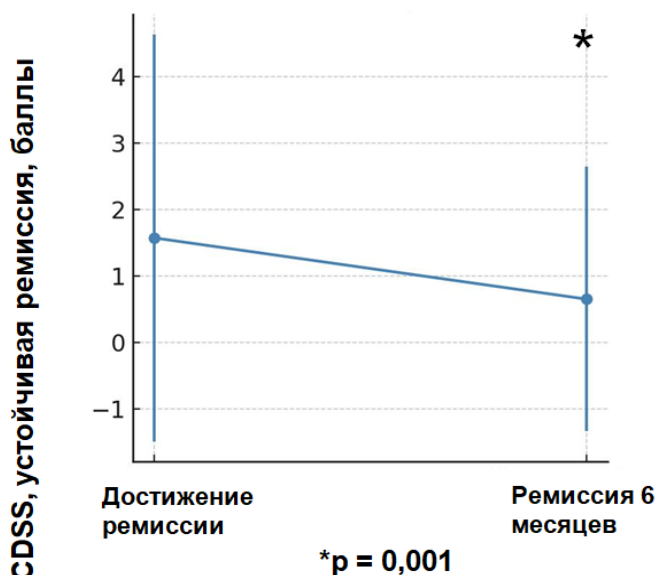


Рисунок 8 – Динамика аффективной симптоматики по шкале CDSS в группе устойчивой ремиссии (n=86) в период 6-месячного наблюдения

Существенную положительную динамику демонстрируют когнитивные функции, оцениваемые по общей шкале BACS ($-0,50 \pm 1,41$ против $6,14 \pm 2,39$; $p < 0,001$). (Рисунок 9)

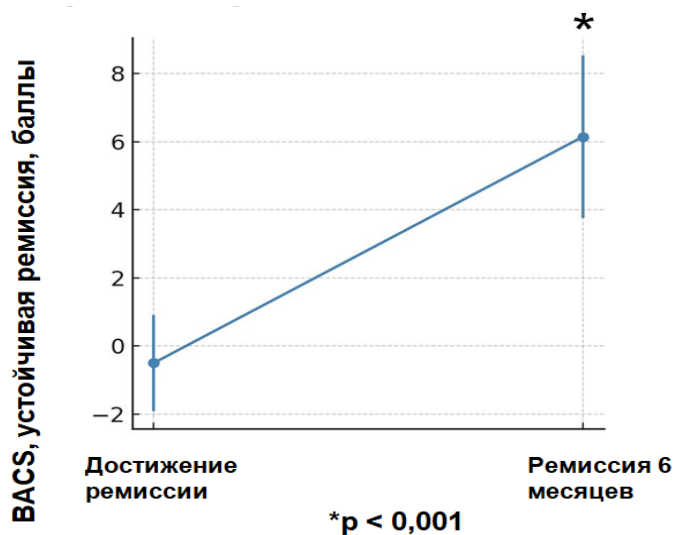


Рисунок 9 – Динамика когнитивных функций по шкале BACS в группе устойчивой ремиссии (n=86) в период 6-месячного наблюдения

Хотя далеко не все подшкалы BACS достигают статистически значимых изменений (за исключением домена оценки рабочей памяти с $p = 0,028$), в целом рост итогового балла отражает улучшение когнитивной эффективности. Сохранение ремиссии, по-видимому, способствует более активному

восстановлению когнитивных навыков или, по крайней мере, созданию условий для такого прогресса (Таблица 8).

Таблица 8 – Динамика когнитивных функций по шкале BACS в группе устойчивой ремиссии (n=86) в период 6-месячного наблюдения

Показатель	Этап достижения ремиссии Me±SD	Этап ремиссии 6 месяцев Me±SD	Значимость отличий, p
ВАСС, слухоречевая память	-0,12±1,65	-0,10±1,85	0,884
ВАСС, рабочая память	-0,19±3,77	-0,11±1,59	0,028
ВАСС, скорость обработки информации (двигательный тест)	-0,77±1,82	-0,56±2,00	0,302
ВАСС, скорость обработки информации (речевая беглость)	-1,10±0,75	-0,89±1,10	0,083
ВАСС, скорость обработки информации (шифровка)	-0,23±1,21	-0,30±1,52	0,499
ВАСС, проблемно-решающее поведение	-0,58±2,19	-0,81±2,37	0,129
ВАСС, композитный балл	-0,50±1,41	6,14±2,39	<0,001

Уровень повседневного функционирования (UPSA) также имеет тенденцию к восстановлению: общий балл (82,60±14,60 против 83,92±14,34; p<0,001) достоверно растёт (Рисунок 10), что проявляется и в ряде субшкал («финансовые

навыки» - $p=0,010$, «пользование транспортом» - $p=0,001$, «навыки ведения домашнего хозяйства» - $p=0,012$).

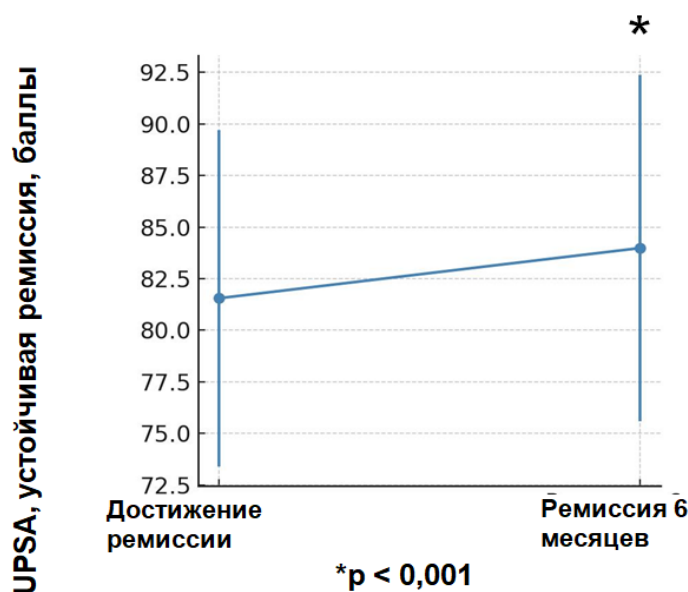


Рисунок 10 – Динамика уровня повседневного функционирования по шкале UPSA в группе устойчивой ремиссии ($n=86$) в период 6-месячного наблюдения

При этом домены «планирование деятельности» ($78,04 \pm 20,00$ против $78,86 \pm 18,19$; $p=0,064$) и «коммуникативные навыки» ($82,29 \pm 12,82$ против $81,48 \pm 12,89$; $p=0,151$) остаются относительно стабильными, что говорит о разной скорости восстановления отдельных функциональных сфер (Таблица 9).

Таблица 9 – Динамика уровня повседневного функционирования по шкале UPSA в группе устойчивой ремиссии ($n=86$) в период 6-месячного наблюдения

Показатель	Этап достижения ремиссии Me±SD	Этап ремиссии 6 месяцев Me±SD	Значимость отличий, p
UPSА, планирование деятельности	78,04±20,00	78,86±18,19	0,064
UPSА, финансовые навыки	82,56±21,42	86,23±25,31	0,010

Продолжение Таблицы 9

UPSA, коммуникативные навыки	82,29±12,82	81,48±12,89	0,151
UPSA, пользование транспортом	84,19±17,72	86,05±15,44	0,001
UPSA, навыки ведения домашнего хозяйства	85,94±15,44	87,00±14,99	0,012
UPSA, композитный балл	82,60±14,60	83,92±14,34	<0,001

Таким образом, в течение полугода после достижения ремиссии пациенты, не переносящие обострения, сохраняют низкий уровень психопатологических проявлений (PANSS), показывают снижение остаточных депрессивных проявлений (CDSS), частичное восстановление когнитивных показателей (BACS) и повышение социально-бытовой независимости (UPSA).

3.5. Вклад психопатологических, аффективных и когнитивных показателей в уровень функционирования у пациентов с устойчивой ремиссией

Для оценки взаимосвязи между психопатологическими, когнитивными и аффективными показателями и уровнем повседневного функционирования через 6 месяцев ремиссии была проведена множественная линейная регрессия, где зависимой переменной выступал общий балл UPSA, а независимыми переменными – показатели PANSS (включая подшкалы), BACS (включая подшкалы) и CDSS. В анализ были включены только пациенты группы устойчивой ремиссии (n=86).

Результаты регрессионного анализа показали, что модель объясняет 72,6% изменчивости повседневного функционирования (UPSA) (скорректированный $R^2 = 0,726$, $p < 0,001$), что свидетельствует о высокой прогностической ценности включенных предикторов.

Среди психопатологических показателей наибольшее влияние оказала негативная симптоматика PANSS (N), которая была ключевым фактором, негативно влияющим на уровень повседневного функционирования ($\beta = -2,33$, $p < 0,001$). Общий балл PANSS также показал значимое отрицательное влияние на UPSA ($\beta = -0,44$, $p < 0,001$), однако при отсутствии статистически значимого влияния продуктивных и общих симптомов это может дополнительно подчеркивать значимость негативной симптоматики на уровень функционирования (Таблица 10).

Таблица 10 – Влияние психопатологических, когнитивных и аффективных факторов на уровень повседневного функционирования в группе устойчивой ремиссии ($n=86$) в период 6-месячного наблюдения

Предиктор	Коэффициент (β)	Стандартная ошибка	t-значение	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	0,99	0,37	2,641	0,465
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	-2,33	0,57	-4,118	<i><0,001</i>
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	0,90	0,36	2,481	0,615
PANSS, общий балл	-0,44	0,12	-3,768	<i><0,001</i>
CDSS, балл	0,80	0,52	1,530	0,130

Продолжение Таблицы 10

ВАСС, слухоречевая память	1,17	0,89	1,327	0,189
ВАСС, рабочая память	0,87	0,88	0,988	0,326
ВАСС, скорость обработки информации (двигательны й тест)	-1,55	0,70	-2,220	0,029
ВАСС, скорость обработки информации (речевая беглость)	-0,99	1,34	-0,742	0,461
ВАСС, скорость обработки информации (шифровка)	3,74	1,49	2,507	0,014
ВАСС, проблемно- решающее поведение	1,54	0,98	1,577	0,119
ВАСС, композитный балл	-0,32	0,16	-1,997	0,049

Формирование функционального состояния также существенно зависит от когнитивных функций. Наиболее значимым когнитивным предиктором оказался показатель скорости обработки информации: тест “шифровка”, являющийся единственным когнитивным фактором с положительным влиянием на уровень

функционирования ($\beta = 3,74$, $p = 0,014$). Другие когнитивные показатели не показали значимого влияния на UPSA. Это может свидетельствовать о том, что именно скорость обработки информации является ключевым когнитивным компонентом, влияющими на уровень функционирования пациентов в повседневной жизни (Рисунок 11).

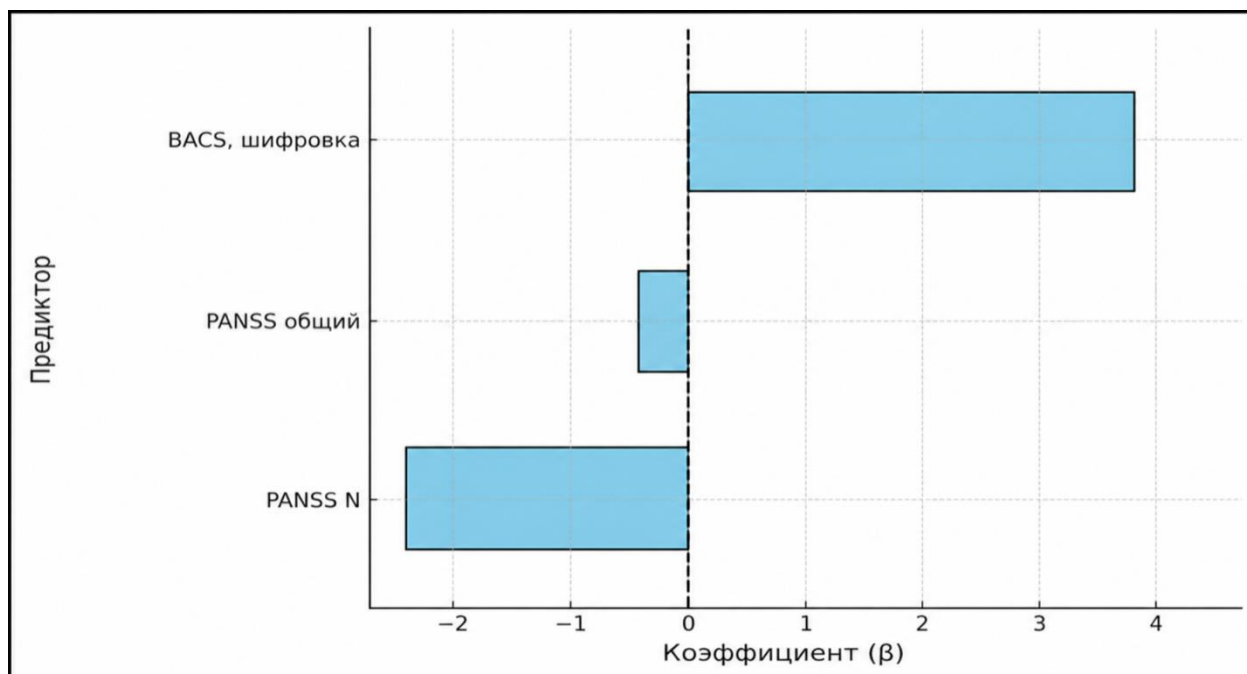


Рисунок 11 – Ключевые предикторы уровня повседневного функционирования в группе устойчивой ремиссии ($n=86$) в период 6-месячного наблюдения

Уровень депрессии (CDSS через 6 месяцев) не оказал значимого влияния на UPSA ($\beta = 0,80$, $p = 0,130$). Это может означать, что депрессивные симптомы на данном этапе не являются ведущими предикторами функционального состояния, либо их влияние нивелируется другими факторами, такими как уровень негативных симптомов и когнитивные нарушения (Таблица 10).

3.6. Сравнительная характеристика групп устойчивой ремиссии и обострения: факторы, определяющие устойчивость ремиссии

При катамнестическом прослеживании в течение 6 месяцев обострение было зафиксировано у 39 пациентов (31,2%). Чаще всего обострение наблюдалось у пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством - 24 человека из

68 (35,3%), среди пациентов с шизоаффективным расстройством обострились 9 пациентов из 33 (27,3%), в группе параниодной шизофрении эпизодического течения- 6 из 24 пациентов (25%). При этом статистически значимых отличий в соотношении диагнозов в группе обострения и группе устойчивой ремиссии выявлено не было (Таблица 11).

Таблица 11 – Сравнение социо-демографических и клинико-анамнестических показателей на этапе достижения ремиссии в группах пациентов с устойчивой ремиссией и обострения

Показатель	Категории	Группа устойчивой ремиссии n=86 (100%)	Группа обострения n=39 (100%)	Значимость отличий, p
Возраст, годы, M±SD		29,14 ± 9,27	27,23 ± 9,12	0,284
Пол	женский мужской	45 (52,3%) 41 (47,7%)	20 (51,3%) 19 (48,7%)	0,914
Образование	высшее неоконченное высшее СПО основное общее	53 (61,6%) 21 (24,4%) 3 (3,5%) 9 (13,5%)	24 (61,5%) 7 (17,9%) 5 (12,8%) 7 (17,9%)	0,359
Занятость	безработный(-ая) учится работает	35 (40,7%) 16 (18,6%) 35 (40,7%)	13 (33,3%) 8 (20,5%) 18 (46,2%)	0,734
Семейное положение	холост/не замужем состоит в браке состоит в разводе	57 (66,3%) 25 (29,1%) 4 (4,7%)	24 (61,5%) 11 (28,2%) 4 (10,3%)	0,492

Продолжение Таблицы 11

Диагноз	Острое полиморфное психотическое расстройство	44 (51,2%)	24 (61,5%)	0,549
	Шизоаффективное расстройство	24 (27,9%)	9 (23,1%)	
	Параноидная шизофрения эпизодического течения	18 (20,9%)	6 (15,4%)	
Возраст начала заболевания, годы, M±SD		24,33 ± 7,99	23,69 ± 8,15	0,087
Длительность заболевания, годы, M±SD		6,26 ± 7,02	7,22 ± 7,17	0,096
Количество обострений, M±SD		3,00 ± 3,37	2,36 ± 2,92	0,282
Срок достижения ремиссии, сут, M±SD		40,76 ± 13,95	37,19 ± 12,42	0,172

Для оценки устойчивости ремиссии и времени до обострения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра был проведён анализ выживаемости методом Каплана–Майера. Событием считалась экзацербация психоза. Пациенты, сохранявшие ремиссию в течение 6 месяцев наблюдения, рассматривались как цензурированные наблюдения. Время до события фиксировалось в сутках от момента установления ремиссии до момента рецидива или окончания наблюдения (180 суток).

Графическое представление кривых выживаемости позволило наглядно оценить вероятность сохранения ремиссии во времени в зависимости от нозологической группы (Рисунок 12).

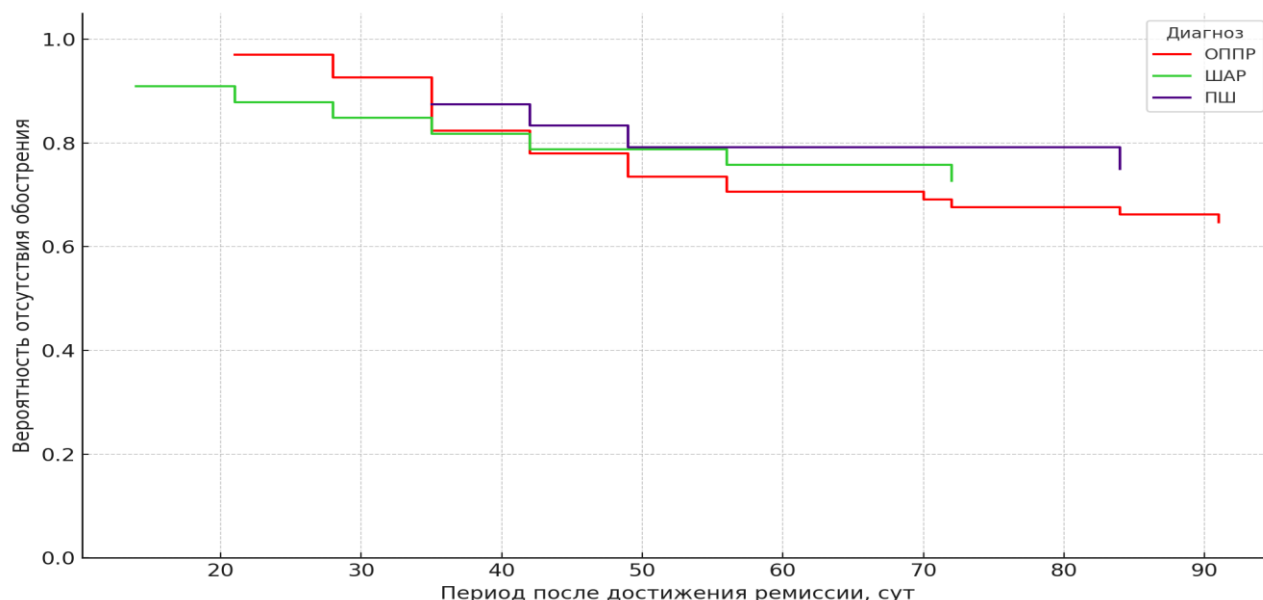


Рисунок 12 – Клинико-нозологические различия устойчивости ремиссии в период 6-месячного наблюдения по данным анализа выживаемости методом Каплана–Майера

Для статистической проверки различий между группами был выполнен лог-ранк тест (log-rank test), сравнивающий время до обострения по трём нозологическим категориям (Таблица 12).

Таблица 12 – Клинико-нозологические различия устойчивости ремиссии период 6-месячного наблюдения по данным лог-ранк теста

Сравнение	χ^2	Значимость отличий, p
Острое полиморфное психотическое расстройство - параноидная шизофрения приступообразного течения	0,90	0,343
Параноидная шизофрения приступообразного течения - шизоаффективное расстройство	0,10	0,746
Острое полиморфное психотическое расстройство - шизоаффективное расстройство	0,38	0,537

Полученные значения говорят об отсутствии статистически значимых различий во времени до обострения между сравниваемыми группами. Таким

образом, несмотря на визуальные различия кривых, анализ не выявил достоверного влияния диагностической принадлежности на продолжительность стабильной ремиссии в течение полугодового периода наблюдения.

При анализе клинической картины обострений также преобладали галлюцинаторно-параноидные состояния — 24 пациента (61,5%). Аффективно-бредовый синдром был зафиксирован у 9 больных (23,1%), паранойяльный синдром — у 6 (15,4%). Отмечалась тенденция к воспроизведению ведущего синдрома у одного и того же пациента при эскалации. Так, больные с дебютом в форме галлюцинаторно-параноидного синдрома чаще демонстрировали аналогичную структуру при последующем обострении; при шизоаффективном расстройстве повторялись аффективно-бредовые состояния, а при параноидной шизофрении — галлюцинаторно-параноидный и паранойяльный синдром. В отличие от первичного обследования, онейроидные состояния в катамнезе не воспроизводились и в структуре обострений отсутствовали.

Для выявления факторов, определяющих устойчивость ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, проведен сравнительный анализ групп устойчивой ремиссии ($n=86$) и обострения ($n=39$) по социо-демографическим и клиническим показателям.

Анализ социо-демографических и клинико-анамнестических характеристик не выявил статистически значимых различий между группами по полу, возрасту, образованию, семейному положению, соотношению диагнозов, а также возрасту начала заболевания, длительности, количеству обострений и сроку достижения ремиссии. У пациентов с развившимся обострением отмечалась тенденция к более раннему возрасту начала заболевания ($23,69 \pm 8,15$ лет против $24,33 \pm 7,99$ лет в группе устойчивой ремиссии, $p = 0,087$), а также большей длительности заболевания ($7,22 \pm 7,17$ против $6,26 \pm 7,02$, $p = 0,096$), но эти различия не достигли статистической значимости (Таблица 11).

Оценка выраженности психопатологических симптомов с помощью шкалы PANSS и аффективных проявлений (CDSS) также показала отсутствие различий между группами (Таблица 13).

Таблица 13 – Сравнение психопатологических и аффективных проявлений по шкалам PANSS и CDSS на этапе достижения ремиссии в группах пациентов с устойчивой ремиссией и обострения

Показатель	Группа устойчивой ремиссии n=86 M±SD	Группа обострения n=39 M±SD	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	11,27 ± 3,91	11,62 ± 3,93	0,647
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	12,50 ± 4,23	12,56 ± 3,53	0,930
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	27,33 ± 9,12	27,77 ± 7,53	0,776
PANSS, общий балл	51,09 ± 15,82	51,95 ± 13,54	0,757
CDSS, балл	1,57 ± 3,06	1,05 ± 2,94	0,370

При сравнении когнитивных функций было обнаружено, что рабочая память и речевая беглость были достоверно снижены у пациентов с обострением по сравнению с устойчивой ремиссией. Другие когнитивные показатели, не имели значимых различий между группами ($p > 0,05$), что указывает на избирательный характер когнитивного дефицита в контексте предикторов устойчивости ремиссии (Таблица 14).

Таблица 14 – Сравнение когнитивных функций по шкале BACS на этапе достижения ремиссии в группах пациентов с устойчивой ремиссией и обострения

Показатель	Группа устойчивой ремиссии n=86 M±SD	Группа обострения n=39 M±SD	Значимость отличий, p
ВАСС, слухоречевая память	-0,12 ± 1,65	-0,57 ± 2,00	0,224
ВАСС, рабочая память	-0,19 ± 3,77	-1,39 ± 1,09	0,008
ВАСС, скорость обработки информации (двигательный тест)	-0,77 ± 1,82	-0,73 ± 2,36	0,923
ВАСС, скорость обработки информации (речевая беглость)	-0,72 ± 1,05	-1,10 ± 0,75	0,047
ВАСС, скорость обработки информации (шифровка)	-0,23 ± 1,21	-0,27 ± 1,34	0,867
ВАСС, проблемно-решающее поведение	-0,58 ± 2,19	-0,27 ± 1,71	0,396
ВАСС, композитный балл	-0,50 ± 1,41	-0,66 ± 1,32	0,539

Анализ уровня повседневного функционирования выявил значимые различия между группами. Домены финансовых и коммуникативных навыков, а также навыков ведения домашнего хозяйства были достоверно ниже в группе обострения по сравнению с группой устойчивой ремиссии. Общий балл UPSA также оказался более низким в группе рецидива ($75,85 \pm 15,06$ по сравнению с $82,60$

$\pm 14,60$, $p = 0,022$) (Таблица 15). Эти данные свидетельствуют о том, что низкий уровень повседневного функционирования может быть значимым фактором риска обострения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Таблица 15 – Сравнение уровня повседневного функционирования по шкале UPSA на этапе достижения ремиссии в группах пациентов с устойчивой ремиссией и обострения

Показатель	Группа устойчивой ремиссии n=86 M \pm SD	Группа обострения n=39 M \pm SD	Значимость отличий, p
UPSA, планирование деятельности	78,04 \pm 20,00	75,87 \pm 18,15	0,549
UPSA, финансовые навыки	82,56 \pm 21,42	73,57 \pm 22,31	0,038
UPSA, коммуникативные навыки	82,29 \pm 12,82	74,16 \pm 14,60	0,004
UPSA, пользование транспортом	84,19 \pm 17,72	81,28 \pm 15,42	0,355
UPSA, навыки ведения домашнего хозяйства	85,94 \pm 15,44	74,36 \pm 20,74	0,003
UPSA, композитный балл	82,60 \pm 14,60	75,85 \pm 15,06	0,022

Для оценки возможной взаимосвязи между основными клинико-анамнестическими показателями (длительностью заболевания и количеством предшествующих обострений) и состоянием когнитивного статуса (BACS) и уровня повседневного функционирования (UPSA) на этапе 6-месячной ремиссии

был проведён корреляционный анализ Пирсона. В анализ были включены только пациенты группы устойчивой ремиссии (n=86). В группе устойчивой длительность заболевания составила $6,26 \pm 7,02$ года. Количество предшествующих обострений в данной группе составило $3,00 \pm 3,37$.

Корреляционный анализ не выявил статистически значимой взаимосвязи между длительностью заболевания и когнитивным статусом, оценённым по шкале ВАСС. Коэффициент корреляции Пирсона составил $r = -0,038$ ($p = 0,728$, 95% ДИ: $-0,247 - 0,174$), что свидетельствует об отсутствии линейной зависимости между длительностью заболевания и композитным показателем когнитивных функций (Таблица 16). Анализ отдельных когнитивных также не выявил статистически значимых корреляций с длительностью заболевания: значения r варьировали от $-0,064$ до $-0,018$. Аналогичным образом не было обнаружено достоверной корреляции между длительностью заболевания и уровнем повседневного функционирования по шкале UPSA: коэффициент корреляции Пирсона r составил $-0,082$ ($p = 0,452$, 95% ДИ: $-0,289 - 0,130$). Отдельные домены UPSA также не продемонстрировали значимых ассоциаций с длительностью заболевания ($p > 0,05$ для всех доменов) (Таблица 16).

Таблица 16 – Корреляция длительности заболевания с когнитивным статусом и уровнем повседневного функционирования в группе устойчивой ремиссии (n=86) в период 6-месячного наблюдения

Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Значимость отличий, p
ВАСС, слухоречевая память	-0,026	0,813
ВАСС, рабочая память	-0,064	0,558
ВАСС, скорость обработки информации (двигательный тест)	-0,049	0,653

Продолжение Таблицы 16

ВАСС, скорость обработки информации (речевая беглость)	-0,035	0,749
ВАСС, скорость обработки информации (шифровка)	-0,041	0,708
ВАСС, проблемно-решающее поведение	-0,018	0,872
ВАСС, композитный балл	-0,038	0,728
UPSA, планирование деятельности	-0,089	0,415
UPSA, финансовые навыки	-0,076	0,487
UPSA, коммуникативные навыки	-0,059	0,589
UPSA, пользование транспортом	-0,092	0,401
UPSA, навыки ведения домашнего хозяйства	-0,081	0,460
UPSA, композитный балл	-0,082	0,452

В отличие от длительности заболевания, анализ взаимосвязи количества предшествующих обострений ($3,00 \pm 3,37$) с исследуемыми показателями выявил статистически значимые результаты (Таблица 17). В отношении когнитивного статуса (ВАСС, композитный балл) выявлена тенденция к слабой отрицательной корреляции, не достигающая уровня статистической значимости ($r = -0,187$, $p = 0,085$). Среди когнитивных доменов тенденция отмечена для рабочей памяти ($r = -0,206$, $p = 0,057$). Обнаружена статистически значимая слабая отрицательная корреляция между количеством обострений и уровнем повседневного

функционирования UPSA ($r = -0,214$, $p = 0,048$, 95% ДИ: $-0,414 - -0,002$). Это может указывать на то, что большее число перенесённых обострений ассоциируется с более низкими показателями повседневного функционирования. При анализе отдельных доменов UPSA статистически значимые отрицательные корреляции с количеством обострений обнаружены для доменов «финансовые навыки» ($r = -0,231$, $p = 0,033$) и «навыки ведения домашнего хозяйства» ($r = -0,222$, $p = 0,040$), на уровне тенденции - для домена «коммуникативные навыки» ($r = -0,209$, $p = 0,054$) (Таблица 17).

Таблица 17 – Корреляция количества предшествующих обострений с когнитивным статусом и уровнем повседневного функционирования в группе устойчивой ремиссии ($n=86$) в период 6-месячного наблюдения

Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Значимость отличий, p
ВАСС, слухоречевая память	-0,178	0,101
ВАСС, рабочая память	-0,206	0,057
ВАСС, скорость обработки информации (двигательный тест)	-0,152	0,163
ВАСС, скорость обработки информации (речевая беглость)	-0,169	0,121
ВАСС, скорость обработки информации (шифровка)	-0,143	0,191
ВАСС, проблемно-решающее поведение	-0,168	0,124
ВАСС, композитный балл	-0,187	0,085

Продолжение Таблицы 17

UPSA, планирование деятельности	-0,189	0,082
UPSA, финансовые навыки	-0,231	0,033
UPSA, коммуникативные навыки	-0,209	0,054
UPSA, пользование транспортом	-0,176	0,106
UPSA, навыки ведения домашнего хозяйства	-0,222	0,040
UPSA, композитный балл	-0,214	0,048

Таким образом, в группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра, достигших устойчивой 6-месячной ремиссии (n=86), длительность заболевания не ассоциировалась с показателями когнитивного статуса (BACS) и уровнем повседневного функционирования (UPSA). Отсутствие значимых корреляций свидетельствует о том, что на фоне стабильного состояния и эффективной поддерживающей терапии влияние временного фактора на исследуемые параметры нивелируется. Количество предшествующих обострений, напротив, обнаруживало статистически значимую слабую отрицательную корреляцию с уровнем повседневного функционирования (UPSA), особенно в доменах финансовых навыков и ведения домашнего хозяйства. В отношении когнитивного статуса выявлена лишь тенденция к аналогичной взаимосвязи.

3.7. Характеристика терапии расстройств шизофренического спектра

Все пациенты на протяжении всего периода наблюдения получали психофармакологическое лечение (Приложение Б). 37 пациентов (29,6%) находились на терапии с применением антипсихотиков первого поколения (АПП), 88 пациентов (70,4%) получали антипсихотики второго поколения (АВП). 46

(36,8%) пациентов получали монотерапию антипсихотиком, 79 (63,2%) пациентов принимали комбинированную терапию (нейролептик+нормотимик, либо комбинация нейролептиков) (Рисунок 13).

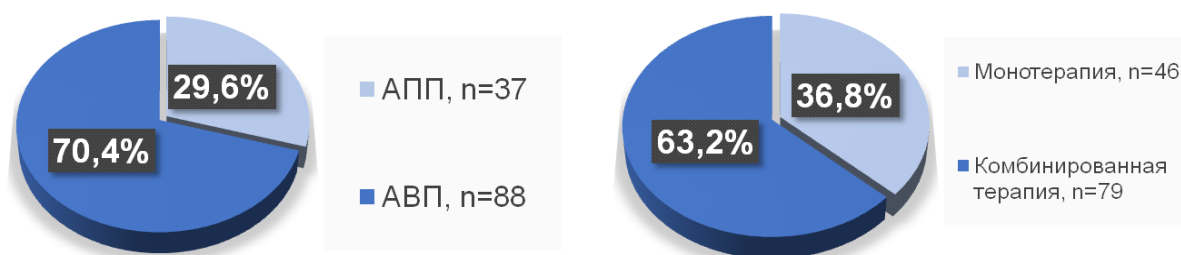


Рисунок 13 – Характеристика терапии (n=125)

При сравнении уровня психопатологической симптоматики (PANSS), аффективных проявлений (CDSS), когнитивных функций (BACS), и уровня повседневного функционирования (UPSA) на этапе достижения ремиссии не получено достоверных различий между группами пациентов, получавших терапию антипсихотиками первого поколения и антипсихотиками второго поколения (Таблица 18).

Таблица 18 – Сравнение уровня психопатологической симптоматики (PANSS), аффективных проявлений (CDSS), когнитивных функций (BACS), и уровня повседневного функционирования (UPSA) на этапе достижения ремиссии в группах пациентов, получавших антипсихотики первого (АПП), либо второго (АВП) поколения

Показатель	Группа АПП n=37 M±SD	Группа АВП n=88 M±SD	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	10,24±3,41	10,63±4,31	0,876
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	13,35±6,26	9,01±5,35	0,274
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	24,37±6,12	26,53±11,22	0,659
PANSS, общий балл	52,81±14,02	46,61±19,05	0,558
CDSS, балл	1,92 ± 2,04	0,98 ± 1,99	0,089
BACS, композитный балл	-0,78 ± 1,61	-0,56 ± 1,33	0,876
UPSA, композитный балл	84,45 ± 17,9	89,86 ± 13,76	0,467

При сравнении групп пациентов, получавших моно- и комбинированную терапию также не выявлено достоверных различий, однако отмечена тенденция более низкого уровня психопатологических проявлений (PANSS), и более высокого балла по шкале когнитивных функций (BACS) в группе пациентов, получавших комбинированную терапию (Таблица 19).

Таблица 19 – Сравнение уровня психопатологической симптоматики (PANSS), аффективных проявлений (CDSS), когнитивных функций (BACS), и уровня повседневного функционирования (UPSA) на этапе достижения ремиссии в группах пациентов, получавших монотерапию, либо комбинированную терапию

Показатель	Группа монотерапии n=46 M±SD	Группа комбинированной терапии n=79 M±SD	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	12,22±4,01	11,73±2,41	0,376
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	12,99±5,27	10,31±5,36	0,224
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	23,27±8,45	24,43±9,54	0,448
PANSS, общий балл	55,41±12,12	50,61±17,45	0,078
CDSS, балл	1,04 ± 1,54	1,28 ± 0,79	0,386
BACS, композитный балл	-0,85 ± 1,44	-0,76 ± 0,93	0,089
UPSA, композитный балл	83,07 ± 16,5	84,56 ± 16,869	0,677

В течение 6 месяцев наблюдения пациенты получали поддерживающую терапию, идентичную стабилизирующей, назначенной на этапе выписки за исключением коррекции доз при наличии клинической необходимости. Аналогичный сравнительный анализ проведен по прошествии 6 месяцев в группе устойчивой ремиссии (n=86). Не было выявлено статистически значимых различий между пациентами, получавшими АПП и АВП, по показателям психопатологической симптоматики (PANSS), аффективных нарушений (CDSS),

когнитивного статуса (BACS) и уровня повседневного функционирования (UPSA) (Таблица 20).

Таблица 20 – Сравнение уровня психопатологической симптоматики (PANSS), аффективных проявлений (CDSS), когнитивных функций (BACS), и уровня повседневного функционирования (UPSA) в период 6-месячного наблюдения в группах пациентов, получавших антипсихотики первого (АПП), либо второго (АВП) поколения

Показатель	Группа АПП n=24 M±SD	Группа АВП n=62 M±SD	Значимость отличий, p
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	10,12 ± 3,28	10,42 ± 3,35	0,712
PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	12,68 ± 4,11	12,71 ± 4,58	0,978
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	26,54 ± 8,12	26,94 ± 10,67	0,868
PANSS, общий балл	49,34 ± 14,88	50,07 ± 17,92	0,859
CDSS, балл	1,02 ± 1,50	0,98 ± 1,48	0,866
BACS, композитный балл	-0,52 ± 1,38	-0,49 ± 1,43	0,771
UPSA, композитный балл	83,15 ± 14,77	84,21 ± 14,21	0,762

При сравнении групп монотерапии и комбинированной терапии на этапе устойчивой ремиссии (Таблица 21) статистически значимых различий по всем оцениваемым параметрам также не обнаружено.

Для оценки возможного влияния схемы поддерживающей антипсихотической терапии на риск обострения был проведён метод анализа таблиц сопряженности с расчётом критерия χ^2 Пирсона на этапе достижения ремиссии по двум параметрам: типу антипсихотика (атипичный/типичный) и форме терапии (монотерапия/комбинированная терапия).

В выборке пациентов, находившихся на поддерживающей терапии антипсихотиками второго поколения (АВП, $n = 88$), обострения были зарегистрированы у 26 пациентов (29,5%). В группе антипсихотиков первого поколения (АПП, $n = 37$) — у 13 пациентов (35,1%). Статистический анализ с использованием критерия χ^2 не выявил достоверного различия между группами: $\chi^2 = 0,16$; $p = 0,686$. Таким образом, тип антипсихотика (типичный или атипичный) не оказывал значимого влияния на вероятность повторного обострения в наблюдаемый период (Таблица 21).

Таблица 21 – Сравнение частоты обострений в группах пациентов, получавших антипсихотики первого (АПП), либо второго (АВП) поколения

Характер терапии	Обострение, n (%)	Устойчивая ремиссия, n (%)	Всего, n (%)	χ^2	Значимость отличий, p
АПП	13 (35,1%)	24 (64,9%)	37 (100%)	0,16	0,686
АВП	26 (29,5%)	62 (70,5%)	88 (100%)		

Аналогичный анализ был проведён в отношении формы терапии. В группе монотерапии ($n = 46$) эксацербации наблюдались у 16 пациентов (34,8%), тогда как в группе комбинированной терапии ($n = 79$) - у 23 пациентов (29,1%). Статистически значимых различий между группами также выявлено не было: $\chi^2 = 0,21$; $p = 0,646$ (Таблица 22).

Таблица 22 – Сравнение частоты обострений в группах пациентов, получавших монотерапию, либо комбинированную терапию

Характер терапии	Обострение, n(%)	Устойчивая ремиссия, n(%)	Всего, n(%)	χ^2	Значимость отличий, p
Монотерапия	16 (34,8%)	30 (65,2%)	46 (100%)	0,21	0,646
Комбинированная терапия	23 (29,1%)	56 (70,9%)	79 (100%)		

В отдельной группе были проанализированы три пациента, выбывшие на этапе 6-месячного наблюдения по причине несоблюдения схемы терапии. Все пациенты данной группы имели диагноз параноидной шизофрении эпизодического типа течения. Медиана возраста пациентов составила 27 [22; 33] лет, среди них - две женщины и один мужчина. Все пациенты получали комбинированную терапию с антипсихотиком второго поколения. Несоблюдение терапии проявлялось в виде самовольного пропуска или полного прекращения приёма препаратов, выявленного в ходе амбулаторного наблюдения.

На этапе достижения ремиссии пациенты, впоследствии исключённые из наблюдения вследствие несоблюдения терапии демонстрировали по всем оценочным шкалам более неблагоприятные показатели по сравнению с основной выборкой (Таблица 23).

Таблица 23 – Сравнение уровня психопатологической симптоматики (PANSS), аффективных проявлений (CDSS), когнитивных функций (BACS), и уровня повседневного функционирования (UPSA) на этапе становления ремиссии некомплаентных пациентов (n = 3) и основной выборки (n = 125)

Показатель	Некомплаентные пациенты n=3 Me[IQR]	Основная выборка n=125 Me±SD
PANSS, субшкала продуктивных симптомов (P), балл	14 [13;15]	11,38±3,9

Продолжение Таблицы 23

PANSS, субшкала негативных симптомов (N), балл	16 [14;19]	12,52±4,01
PANSS, субшкала общих симптомов (G), балл	29 [24;35]	27,46±8,63
PANSS, общий балл	55 [52;58]	51,36±15,10
CDSS, балл	1,5 [1,1;2,1]	1,41 ± 3,24
BACS, композитный балл	-1,1[-1,4;-0,95]	-0,55 ± 1,38
UPSA, композитный балл	82,7 [79,5;85,4]	80,50 ± 15,02

В течение последующих 6 месяцев наблюдения один мужчина и одна женщина были повторно госпитализированы в стационар, третья пациентка выпала из системы амбулаторного наблюдения.

Для подтверждения полученных результатов и демонстрации основных положений работы приводим клинические наблюдения.

Клинический случай №1. Больная Ф., 20 лет. Из наследственного анамнеза известно, что отец больной – уроженец Франции, преподаватель математики, был замкнутым, отстраненным, большое количество времени проводил за компьютерными играми. В 2014 году в связи с осложнением наследственной тромбофилии пережил пересадку печени, после чего увлекся религией, вступил в «культ», став последователем секты "Вселенское белое братство", вплоть до развода с женой большую часть времени проводил в кругу других сектантов, участвовал в религиозных обрядах, вовлекал в них дочь. После развода инициировал судебный процесс по опеке над дочерью, забирал ее у жены, давал возможность видеться только после привлечения полиции и адвокатов. После отъезда жены и дочери в Россию в 2015 году общение с ними не поддерживал по инициативе последних. Мать – уроженка Москвы, преподавательница французского языка. Суевливая, тревожная, опекающая. В беседе с врачом сообщала, что в период брака проживала с мужем и ребенком во Франции, в 12 летнем возрасте больной была вынуждена увезти ребенка в Россию, опасаясь

«бывшего мужа-сектанта». Высказывает убеждения, что развитию психического неблагополучия дочери послужило ее нахождение на «ритуалах» секты, где против нее применяли «методики нейролингвистического программирования».

Больная - уроженка Франции, единственный ребенок в семье. Родилась от второй беременности, протекавшей с выраженным токсикозом в первом и втором триместре, естественных родов в срок. В роддоме перенесла острую респираторную вирусную инфекцию. Раннее развитие в соответствии с возрастом. В возрасте 1 года пошла в ясли, где заболела пневмонией. В 3,5 года пошла в частный католический садик, откуда была переведена спустя полгода в связи с частыми простудными заболеваниями в ДДУ около дома. Родители развелись, когда девочке было 4 года. С тех пор длительное время проживала попеременно с отцом и матерью. В школу пошла в 7 лет, успешно адаптировалась в коллективе, была активной, общительной. Посещала танцы, рисование, занималась оригами. В возрасте 8 лет при падении затылком на асфальт получила травму головы, после чего около часа отмечались нарушения зрения, однако госпитализирована не была. Мenses с 10 лет, регулярные, безболезненные. После вступления отца в секту по его инициативе стала привлекаться для участия в обрядах, во время которых участники церемонии водили вокруг нее ритуальные «хороводы», прикасались к ней с целью «исцеления», а руководитель секты длительно оставался с ней наедине. Несмотря на жалобы матери, по решению суда продолжала проводить время с отцом. В возрасте 12 лет на очередных летних каникулах тот предпринял попытку увезти дочь в деревню, где остриг ей волосы и отдал в деревенский колледж. Спустя два месяца с матерью, добившейся через адвокатов и полицию провести время с дочерью, скрываясь от отца, переехала в Россию. С тех пор с отцом не общается. В Москве пошла в новую школу, долгое время ввиду языкового барьера не могла наладить общение с одноклассниками. Часто становилась жертвой насмешек, из-за чего сильно переживала. После перехода на новое место учебы почти ни с кем не общалась, все время посвящала учебе, стала несколько более замкнутой. Впервые отчетливое изменение психического состояния – в 2020 году, в возрасте 16 лет, накануне сдачи выпускных экзаменов, когда появились необъяснимая тревога,

двигательное беспокойство, нарушился ночной сон. Начала высказывать жалобы на боль и жжение в груди, ввиду чего вызывалась скорая, исключена кардиологическая патология. Спустя сутки стала рассказывать о том, что «из нее выходит дьявол», во время совместной прогулки с матерью стала высказывать нелепые идеи о встречах прохожих, говорила, что видит на спине у встречной собаки «вымя». По инициативе матери обратилась к психиатру по месту жительства, который предположил наличие «депрессивного расстройства», назначил сертралин, ноотропы, на фоне чего стала более возбуждена, тревожна. Рассказывала матери о «телесных озарениях», что установила «связь» с собственным отцом, что может чувствовать все, что чувствует он. По настоянию матери обратилась к психиатру, находилась на стационарном лечении в НПЦПЗ им. Г.Е. Сухаревой, получала лечение рисперидоном до 0,006 г/сут, тригексифенидиллом 0,001 г/сут. После выписки принимала поддерживающую терапию, чувствовала себя удовлетворительно, продолжала учиться. Спустя несколько месяцев в ходе амбулаторного наблюдения у психиатра, в связи с гиперпролактинемией терапия была заменена на палиперидон 0,003 г/сут. В феврале 2022 года перенесла коронавирусную инфекцию, после чего стала вновь тревожной, нарушился ночной сон, ускорилась речь. Была дурашлива, утверждала, что "влюблена" в актера Тимоти Шаломе, чувствует "телепатическую связь" с ним на расстоянии, слышит в голове его голос, который отдает ей «различные приказы» и «добрые советы». Спустя некоторое время стала высказывать убеждения о том, что «собственноручно излечила мир от Ковида», что может помогать людям. Вновь обратилась к психиатру, проходила стационарное лечение в ПБ №1 им Алексеева, получала терапию оланзапином, диазепамом, хлорпромазином галоперидолом, проведено 5 сеансов электросудорожной терапии. Выписана с положительной динамикой в виде редукции галлюцинаторно-бредовой симптоматики на поддерживающей терапии клозапином 0,125 г/сут, рисперидоном до 0,006 г/сут, тригексифенидиллом до 0,010 г/сут. После выписки проживала вместе с матерью, зачислилась в школу преподавания французского языка на дистанционное обучение. В начале марта 2024 года вновь стала тревожной, двигателью

беспокойной, стойко нарушился ночной сон. Высказывала многочисленные нелепые страхи касаясь собственного здоровья: жаловалась на тошноту, головокружения, слабость, «подкашивания ног». Отмечала повышенный аппетит, при этом высказывала страхи, что из-за тошноты совсем перестанет есть, и у нее «разовьется анорексия». Высказывала опасения о том, что у нее "снова начнется психоз". Появился страх нахождения в общественных местах, стали возникать нелепые идеи в адрес прохожих на улице: при взгляде на лица людей возникало непреодолимое желание мысленно нарисовать на лбу человека крест, при этом – навязчивая мысль о том, что если это произойдет и человек при этом улыбнется, она умрет. Обратилась в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, была консультирована и госпитализирована.

При поступлении:

Соматический статус: Больная нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные, ритмичные. АД 120/70 мм.рт.ст., ЧСС 70 уд/мин., T=36,8 С. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физические отправления не нарушены. Отеков нет.

Неврологический статус: Лицо симметричное, глазные щели D=S, движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки правильной, округлой формы, равномерные D=S, реакция на свет живая, содружественная. Сухожильные рефлексы живые, равномерные D=S. Нарушений чувствительности не отмечается. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива. Менингеальные симптомы не выявляются.

Результаты соматического обследования: Общий и биохимический анализы крови – без отклонений от нормы, анализ мочи в пределах допустимых значений. ЭКГ: положение ЭОС сердца вертикальное. Ритм синусовый.

Психический статус: самостоятельно проходит в кабинет для беседы. Охотно вступает в беседу с врачом, на вопросы отвечает в пределах заданного.

Суетлива. Речь несколько ускоренная, с французским грассированием, периодически в речи использует французские слова. В ходе беседы периодически приступообразно смеется вне контекста беседы. Подробно описывает свое состояние, сообщает анамнестические сведения. Жалуется на выраженную тревогу, высказывает многочисленные опасения по поводу своего соматического состояния: жалобы на тошноту, головокружение, слабость, повышение аппетита, при этом его отсутствие по попытке поесть, описывает эпизоды учащенного сердцебиения и тремора во время нахождения среди скопления людей, объясняет, что "мысленно рисует у людей на лбу крест", добавляет, что "если они при этом улыбнутся", то она "может умереть". Рассказывает, что постоянно думает о том, что "ее болезнь неизлечима". Опасается, что у нее вновь "разовьется психоз". Просит о помощи. Суицидальные мысли отрицает. Настроена на лечение.

Психометрическое обследование при поступлении: PANSS – 73 балла, CDSS – 0 баллов.

Экспериментально-психологическое обследование: Пациентка доступна контакту. Мотив экспертизы присутствует, однако слабый. Фон настроения приподнятый (часто смеется, при этом эпизодически эмоциональные реакции не соответствуют контексту ситуации). В беседе открыто высказывает мысли о собственном состоянии, речь доступна для понимания, ускорена, эпизодически непоследовательна. Инструкции усваивает с первого предъявления, преимущественно соблюдает. Критика к своему состоянию, к ошибкам снижена.

Внимание неустойчивое, с колебаниями. Темп сенсомоторных реакций также неравномерен (выполняя пробу Счет по Крепелину, испытывает трудности в сосредоточении на задаче, считает на пальцах, однако при внешней организующей помощи в целом справляется с заданием). Механическое запоминание в пределах нормы, опосредованное негрубо снижено.

Ассоциации конкретные, малодетализированные, микрографические, эпизодически символические, несколько содержательно смещенные, что снижает продуктивность запоминания:

Любовь: «Сердце и 2 плюса рядом – означает, что любви много»;

Справедливость: «Просто знак равенства. Для меня это означает равноправие, а равноправие – это справедливость».

Категориальный строй мышления сохранен, интеллектуальный компонент без грубого снижения. При этом эпизодически наблюдаются ошибки по типу искажения процесса обобщения. Так, при исключении лишнего предмета эпизодически опирается на малосущественные свойства:

Моряк, теплоход, тачка, грузовик: «Человек лишний, потому что все остальное катается на колесах».

При сравнении понятий в основном справляется с заданием, однако при предъявлении несопоставимых понятий также наблюдается тенденция к актуализации малосущественных признаков: «Стакан и петух похожи тем, что они могут звучать – петух поет, а по стакану можно провести ложкой и он будет звенеть, или тем, что они оба крепкие».

Переносный смысл распространенных пословиц доступен, при предъявлении менее известных преобладает конкретная интерпретация:

Цыплят по осени считают: «Надо все планировать заранее, чтобы увидеть потом цыплят».

При анализе личностной структуры ММИЛ (ММРІ) выявляется утопленный профиль, что позволяет предполагать недостаточную критичность к собственному состоянию. При этом повышены шкалы 1 (ипохондрия), 9 (гипомания), 8 (шизоидность), 7 (психастения). На момент обследования в структуре личности выявляются стеничные черты наряду с умеренной тревожностью с преобладанием беспокойства о собственном состоянии, приподнятый фон настроения, неустойчивая самооценка с тенденцией к повышенной, снижение самоконтроля наряду с трудностью прогнозирования результатов своего поведения, затрудненность социальной адаптации, фиксация на собственных мыслях и переживаниях.

Таким образом, наряду с доступностью основных формально-логических операций, выявляются особенности операционального компонента мышления: эпизодически наблюдаются ошибки по типу искажения процесса обобщения, опора

на малосущественные свойства. Выявляется неравномерность психомоторного темпа, колебания концентрации внимания. Эмоционально-личностное реагирование на процесс исследования присутствует, однако не всегда соответствует контексту ситуации. Потенциал побуждений и активности снижен: наряду с ускоренным темпом выполнения отмечается истощаемость и слабость волевого компонента при достаточно малой функциональной нагрузке. Личностная структура определяется преобладанием стеничных черт, неустойчивой самооценкой с тенденцией к повышенной, ослаблением самоконтроля, умеренной тревожностью с преобладанием беспокойства о собственном состоянии, затрудненностью социальной адаптации.

В первые дни в отделении была активна, суетлива, постоянно искала общения с врачом, жаловалась на тревогу, была выражено фиксирована на своем соматическом состоянии, высказывала многочисленные жалобы на трудности при приеме пищи, головокружения, тошноту, тремор рук, слабость. Сохранялись трудности при засыпании. За прошедший период на фоне терапии клозапином до 450 мг/сут, галоперидолом до 14 мг/сут, вальпроевой кислотой до 900 мг/сут, тригексифенидилом 2 мг/сут, состояние с положительной динамикой в виде улучшения качества ночного сна, упорядочивания поведения, стабилизации аффективного фона, редукции навязчивых мыслей, идей отношения. Посещала лечебные отпуска, чувствовала себя удовлетворительно. Охотно вступает в беседу с врачом, улыбчива. Описывает состояние как удовлетворительное. Настроена на выписку. Настроение ровное. Суицидальные идеи отрицает. В отделении рисует, общается с другими пациентами, выходит на прогулки в сад. Аппетит, ночной сон достаточные. Соматически стабильна, физиологические отправления в норме.

Психометрическое обследование на этапе достижения ремиссии: PANSS – 49 баллов, CDSS – 0 баллов; BACS - 302 балла; UPSA - 59 баллов.

Диагноз: Шизоаффективное расстройство, F25.01.

Клинико-катамнестическое обследование: После выписки из клиники продолжила амбулаторное наблюдение. Регулярно принимала поддерживающую терапию, состояние оставалось стабильно удовлетворительным. Проживала с

матерью. Время проводила дома, помогала матери в быту, выходила на прогулки. Поступила на учебу на дистанционные курсы.

Психометрическое обследование на этапе 6-месячной ремиссии: PANSS – 48 баллов, CDSS – 0 баллов; BACS - 291 балл; UPSA - 59 баллов.

Комментарий. Заболевание развилось у девочки из наследственно отягощенной семьи. Преморбидная личность с преобладанием экстраверсии без других особенностей. В возрасте 8-ми лет перенесла ЧМТ без обследования и лечения. В младшем школьном возрасте больная в течение нескольких лет находилась в условиях хронического психогенного стресса из-за ситуации в семье родителей и вовлечения в деятельность религиозной секты. В возрасте 12-ти лет семейная ситуация стабилизируется, одновременно характер больной меняется в сторону постепенного нарастания замкнутости. В 16 лет эндогенное заболевание манифестирует в форме острого галлюцинаторно-бредового психоза, в структуре которого помимо типичной параноидной симптоматики и психических автоматизмов отмечались истинные зрительные галлюцинации. После купирования психоза, на фоне поддерживающей антипсихотической терапии в течение 2-х лет сохранялась качественная ремиссия. Развитие второго приступа болезни вероятно было спровоцировано перенесенной коронавирусной инфекцией. По сравнению с дебютом, продуктивная симптоматика усложняется и достигает парафренного уровня. При этом типично повышенный фон настроения приобретает явную гебефренную окраску в виде дурашливости, с неадекватным весельем и нелепыми шутками. Обострение было купировано сочетанием высоких доз антипсихотиков и ЭСТ, но сформированная ремиссия оставалась неполной. В течение следующих 2-х лет до момента текущего обострения пациентка не вернулась к полноценной учебе или работе, оставалась под опекой матери. С достаточно высокой вероятностью социальная дезадаптация больной может отражать начальные проявления эндогенного психического дефекта. Несмотря на подростковый дебют и гебефренные симптомы, заболевание не соответствует критериям диагностики гебефренической формы шизофрении, т.к. параноидная симптоматикой является доминирующей на всем протяжении болезни. Признаки

шизоаффективного расстройства - острое начало приступов и их высокая аффективная насыщенность, присутствие элементов острого чувственного бреда и развитие острой парафрении. Особенностью представленного клинического случая является своеобразие синдромальной структуры и динамики продуктивных симптомов шизофрении. Три приступа заболевания последовательно проявляются преобладанием параноидной, парафренной и обсессивно-фобической симптоматики, но в каждом из обострений в структуре синдрома присутствуют нетипичные симптомы. Не наблюдается и ожидаемая закономерность усложнения психопатологической продукции, что может быть связано как с положительным влиянием психофармакотерапии (поддерживающей и своевременного начала лечения обострения), так и с влиянием скрыто нарастающей негативной симптоматики. Наиболее яркая клиническая особенность – это постоянное присутствие гебефренной симптоматики, вклад которой в структуру синдромов параноидной шизофрении нарастает с каждым приступом. Гебефренный компонент в текущем обострении совместно с другими аффективными симптомами формирует у больной яркую клиническую картину схизиса в эмоциональной сфере психики. Все вышеописанные клинические особенности указывают на то, что темп прогрессивности заболевания у нашей больной будет выше, чем при типичном шизоаффективном расстройстве.

Клинический случай №2. Больная Ж., 27 лет. Со слов больной, ее матери, наследственность манифестными психозами не отягощена. Отец больной, инженер-строитель, в течение длительного периода злоупотребляет алкоголем, по этой причине практически сразу после рождения дочери развелся с женой по инициативе последней. С семьей общение не поддерживает. Мать, 59 лет, юрист на крупном ракетостроительном предприятии. Себя характеризовала как настойчивую, энергичную, подчеркивала, что при конфликтах и разногласиях всегда стремится доказывать свою правоту, «добиваться справедливости». В настоящий момент состоит в гражданском браке. Страдает наследственной тромбоцитопенией, во время обеих беременностей принимала дицинон. Старший брат, 33 года, имеет два высших образования, в настоящий момент юрист. В

возрасте 20 лет перенес черепно-мозговую травму, наблюдается у неврологов с диагнозом "эпилепсия". Энергичный, жесткий, активно увлечен карьерным ростом. Не женат, с совершеннолетия проживает отдельно от семьи.

Больная родилась от третьей беременности, вторых родов, в срок, без осложнений. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Формировалась соматически устойчивой, удовлетворительно переносила физические и эмоциональные нагрузки. Раннее детство провела с родителями в г. Пенза. Была спокойным ребенком, предпочитала уединенное времяпрепровождение, рано сформировала интерес к чтению и рисованию. Отличалась богатым воображением. В семье была привязана к матери, беспрекословно следовала ее советам, никогда открыто не высказывала недовольства. В детском саду не адаптировалась, дошкольный период находилась на домашнем воспитании. Школу посещала с 8 лет. Ответственно подходила к выполнению домашних заданий, училась на «отлично». По настоянию матери посещала многочисленные секции, кружки, наибольший интерес проявляла к пению. В детском коллективе держалась отстраненно, нередко подвергалась нападкам со стороны одноклассников, в попытке наладить общение охотно давала списывать во время контрольных работ. В 11 лет переехала с родителями в Москву, перешла на обучение в гимназию с гуманитарным уклоном. Адаптировалась в коллективе, среди предметов наибольший интерес проявляла к литературе. В свободное время много читала, писала стихи, вела дневник. Мenses с 13 лет, цикл регулярный, безболезненный. В подростковом возрасте стала более замкнута, реальному коллективу стала предпочитать общение в Интернете. Несмотря на сохранение удовлетворительной учебы и посещение курсов и секций, перестала проявлять живой интерес и инициативу к какой-либо активности. По окончании гимназии с подачи матери поступила в архитектурный университет по специальности «архитектор», окончила его с отличием. Предприняла попытки трудоустройства, однако после настойчивых уговоров матери и брата поступила на второе высшее в Политехнический университет. Параллельно была устроилась инженером а ракетостроительное предприятие. В интернете познакомилась с мужчиной старше себя, состояла в

отношениях по переписке, что тщательно скрывала от матери. Отчетливое ухудшение психического состояния – с конца февраля 2023 года: без видимых причин постепенно стала более активной, эмоционально лабильной, общительной. Ускорила речь. Стала раздражительной: вступала в конфликты с матерью, предпринимала попытки съехать из дома. Нарушился ночной сон: ночью могла без усталости разговаривать с членами семьи. Утверждала, что видела «озарение о мире вокруг», считала мать «Антихристом», а своего молодого человека – «Архитектором мира». По инициативе матери 04.03.2023 скорой помощью была стационарирована в ПБ №13, проходила лечение в течение месяца. Выписана на поддерживающей терапии карипразином 4,5 мг/сут, вальпроевой кислотой 1500 мг/сут, доксиламином 15 мг/сут, феназепамом 1,5 мг/сут. Со слов матери, после выписки была вялой, апатичной, сонливой. По настоянию матери одномоментно прекратила прием вальпроевой кислоты, так как та связывала состояние дочери с действием препаратов. Обратилась в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, была консультирована и госпитализирована.

При поступлении:

Соматический статус: Больная нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные, ритмичные. АД 115/75 мм.рт.ст., ЧСС 75 уд/мин., T=36,4 С. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физические отправления не нарушены. Отеков нет.

Неврологический статус: Лицо симметричное, глазные щели D=S, движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки правильной, округлой формы, равномерные D=S, реакция на свет живая, содружественная. Сухожильные рефлексы живые, равномерные D=S. Нарушений чувствительности не отмечается. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива. Менингеальные симптомы не выявляются.

Результаты соматического обследования: Общий и биохимический анализы крови – без отклонений от нормы, анализ мочи в пределах допустимых значений. ЭКГ: положение ЭОС сердца горизонтальное. Ритм синусовый.

Психический статус: на беседу проходит медленной походкой. Одет в домашний костюм, волосы небрежно собраны в хвост. На врача смотрит широко открытыми глазами, отстраненно. Голос звонкий, речь громкая, несколько скандированная. Мимика обеднена. В беседе эмоционально неустойчива, аффект неконгруэнтен речевому содержанию. В беседе часто вдается в рассуждения, отвечает вопросом на вопрос. Являет обрывы мыслей, соскальзывания. Жалоб не предъявляет, о своем пережитом состоянии говорит, что перенесла «психоз», подчеркивает, что ощущение «измененности мира» прошли. С улыбкой сообщает о том, что считала мать «Антихристом», утверждает, что Антихристов на самом деле не существует, при этом добавляет, что на самом деле существуют «Ангелы-хранители». Считает, что ее ангел-хранитель – один из известных российских блоггеров, не раскрывает его имени. Говорит, что ощущает его невидимое присутствие вокруг, имеет с ним эмоциональную и мысленную связь. Вербальные галлюцинации отрицает. Суицидальные идеи не высказывает. Настроение неустойчивое. Сообщает, что последние две ночи практически не спала. Целью госпитализации считает «долечивание от прошедшего психоза». Настроена на лечение.

Психометрическое обследование при поступлении: PANSS – 87 баллов, CDSS – 0 баллов.

Экспериментально-психологическое обследование: Контакт доступен. В беседе на вопросы отвечает эпизодически не по существу, артикуляционно несколько сбивчиво. Говорит громким голосом, монотонно, мимика, при этом, однообразная, эмоциональная экспрессия снижена. На пробы соглашается пассивно, существенного интереса к предъявляемым заданиям не проявляет. Эмоциональный фон ровный. Мотив экспертизы формальный.

Устойчивость внимания в пределах нормы, при этом избирательность внимания снижена. Продуктивность памяти умеренно снижена, кривая

непосредственного заучивания 10 слов: 5-7-7-7, с многократным включением новых слов, критика к ошибкам, при этом, крайне снижена. Ретенция спустя час существенно ниже нормы: 3/10.

Ассоциативный темп умеренный. Образы продуцирует конкретные, при этом малодетализированные, эпизодически содержательно смещенные, несколько вычурные, не отражающие исходный смысл слов-стимулов, что снижает продуктивность запоминания: Смелый поступок: «Лев, символ смелости. Он сбежал из зоопарка, это очень смело»; Веселый праздник: «Микрофон и ноты, праздник всегда связан с большой громкостью».

Мышление характеризуется неравномерным уровнем обобщения в преобладающей тенденцией к актуализации малосущественных признаков. Так, при классификации предметов отмечаются существенные затруднения в заключительном этапе при укрупнении групп, недостаточность абстрагирования. При исключении лишнего предмета выявляются эпизодические случаи опоры на латентные признаки (Пальто, роза, яблоко, книга: «Пальто, его надевают, а остальное надеть нельзя»). При установлении простых аналогий также отмечается своеобразие суждений и умозаключений по типу искажения процесса обобщения: «Пробка плавает, а камень – возят, вот в Египте для пирамид возили камни...»; Яйцо – скорлупа, а картофель – курица, ведь курица снесла яйцо, которое появилось из скорлупы...». Внешняя помощь только частично повышает эффективность выполнения. Переносный смысл наиболее распространенных пословиц и поговорок доступен.

На момент обследования достоверных признаков депрессивных проявлений не обнаруживается (Шкала Цунга, 28 баллов, норма).

Профиль ММИЛ выявляет заметный психотический наклон с ведущим шизоидным радикалом и сопутствующими пиками по шкалам 4 (психопатия), 7 (психастения). В структуре личности преобладают шизоидные черты в сочетании с тревожными проявлениями. Трудность социальной адаптации, обособленность наряду с уходом в мир внутренних переживаний, дистантность в межличностных отношениях. Ранимость и чувствительность к социальным оценкам наряду со

сниженной социальной конформностью, эгоцентризмом, импульсивными проявлениями.

Таким образом, исходя из данных экспериментально-психологического обследования, выявляются нарушения мышления: неравномерный уровень обобщения при решении экспериментальных проб с преобладающей тенденцией к актуализации слабых, латентных признаков и, при этом, недостаточным уровнем абстрагирования при высокой интеллектуальной нагрузке. Наблюдается разноплановый характер суждений, своеобразие умозаключений при ассоциировании. Снижена продуктивность мнестической деятельности, что потенциально связано с недостаточностью мотивационного компонента, отмечаются нарушения избирательности внимания. В структуре личности на первый план выходит шизоидный радикал в сочетании с тревожными проявлениями. Трудность социальной адаптации, обособленность наряду с уходом в мир внутренних переживаний, дистантность в межличностных отношениях. Раннимость и чувствительность к социальным оценкам наряду со сниженной социальной конформностью, эгоцентризмом, умеренной импульсивностью. На момент обследования достоверных признаков депрессивных проявлений не обнаруживается.

В первые дни в отделении была несколько эмоционально-неустойчива, жаловалась на сильную тревогу, при этом была малодоступна в отношении собственных переживаний, отмечались нарушения сна. На фоне терапии вальпроевой кислотой до 0,9 г/сут, оланзапином до 0,02 г/сут состояние с положительной динамикой в виде стабилизации аффективного фона, редукции психотических переживаний, нормализации ночного сна. В беседе вступает охотно. Вдаваясь в рассуждения о планах на будущее, отмечает низкую мотивацию к дальнейшей учебе и работе. Жалоб не высказывает. В отделении непродолжительно читает, рисует в программах компьютерной графики, выходит на прогулки в сад. Настроение ближе к ровному. Ночной сон, аппетит достаточные. Соматически стабильна.

Психометрическое обследование на этапе достижения ремиссии: PANSS – 54 балла, CDSS – 0 баллов; BACS - 246 баллов; UPSA - 40 баллов.

Диагноз: Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении без ассоциированного стресса, F23.10.

Клинико-катамнестическое обследование: После выписки из стационара продолжила учиться, вышла на работу. Набрала вес, отмечалась задержка менструального цикла. Спустя три месяца по инициативе и совету матери прекратила прием терапии. Появилась неустойчивость настроения, эпизодические трудности засыпания, раздражительность. Обращалась к частному психиатру, по рекомендации которого принимала мексидол. В течение последующих нескольких недель стойко повысилось настроение, нарушился ночной сон. Стала моторно возбуждена, выражено раздражительна. Утверждала, что ей "обладает человек свыше", что "говорит не своим голосом". Не спала, бегала по дому, речь стала непоследовательной, бессвязной. Говорила, что внутри матери "живет антихрист". По инициативе матери обратилась в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, была повторно госпитализирована.

Комментарий. Пациентка, 27 лет, без наследственной отягощённости психозами, с детства замкнута, склонна к уединению, демонстрировала шизоидные и тревожные черты. Социальное функционирование ограничено: относительно сохранная работоспособность сочеталась с зависимостью от матери и узким кругом общения. Манифест психотической симптоматики – в феврале 2023 г., острый, представлен яркой галлюцинаторно-парафренической симптоматикой, с наличием в структуре психоза идей мегаломанического размаха и выраженными поведенческими нарушениями. Провоцирующим фактором, вероятно, стал психосоциальный стресс, который на уязвимой почве привёл к дебюту психоза. Несмотря на хороший ответ на терапию в обоих случаях купирования психотической симптоматики ремиссия пациентки оказалась неустойчивой вследствие сочетания когнитивных нарушений, ограниченного функционирования и низкой приверженности лечению. Случай подчёркивает необходимость комплексного подхода: поддерживающей терапии, когнитивной и

психосоциальной реабилитации для обеспечения длительной ремиссии и снижения риска рецидива.

Клинический случай №3. Больная З., 32 года. Мать, 55 лет, по образованию архитектор, в настоящее время на пенсии. По характеру властная, упрямая, играет роль главы в семье. Проходила стационарное лечение в НЦПЗ однократно после травмы головного мозга и развивающимся после него «тревожным состоянием». Отец, 60 лет, также архитектор по образованию. В настоящее время работает в строительной фирме. По характеру доброжелательный, уступчивый. Отношения в семье теплые, доверительные.

Больная родилась от первой, нормально протекавшей беременности, которая закончилась своевременными родами путем кесарева сечения по медицинским показаниям. Раннее развитие без особенностей, от сверстников не отставала. По характеру всегда была активным, общительным ребенком. Ее воспитанию много времени посвящала бабка по линии матери. Ходила в детский сад, в 6 лет пошла в школу. Детские инфекционные заболевания: ветрянка, краснуха без осложнений, часто болела ангинами. Посещала много кружков непродолжительное время, занималась плаванием, гончарной лепкой, бисероплетением, изучала английский и французские языки. Быстро теряла интерес, «хотелось сменить род деятельности, попробовать себя в чем-то другом». В школе училась хорошо. Отдавала предпочтение биологии и точным наукам - физике, химии. Менструации с 13 лет. Цикл установился сразу. По характеру безболезненные, необильные. Со слов родителей, по характеру заметно в этот период не менялась.

После окончания 11 классов общеобразовательной школы поступила в РЭУ им. Плеханова, в 2016 году закончила бакалавриат и магистратуру по специальности "менеджмент". Учеба давалась легко. Имела большой круг приятелей. Однако среди них близких друзей не было. Объясняет это "страхом быть преданной, как обычно это и бывало". В студенческие годы встречалась с молодым человеком. Со слов матери, в этот период «пропадала в ночных клубах». Возвращалась домой поздно. Эпизодически употребляла алкогольные напитки.

Употребление наркотических веществ категорически отрицала. После расставания с ним вернулась к обычному режиму.

В 2017 году по переселению переехала с родителями на новое место жительства. В октябре 2017 года приняла участие в митинге по устройству ЖКХ, на котором присутствовали представители телевидения, от которых в дальнейшем «стала чувствовать слезку за собой и родителями». Так же больная начала слышать по ночам "постоянные стуки и шумы" у соседей выше этажом. Однажды, в разговоре с матерью сказала, что услышала, как соседи хотят написать на нее заявление в полицию. Перестала спать по ночам. Стала раздражительной. Часто приходила к их квартире, неоднократно писала заявление на них, несколько раз вызывала полицию. Выходя на улицу, неоднократно ощущала слезку 4 одних и тех же машин, не могла точно объяснить, по какой причине ее преследуют.

Видя состояние дочери, отец решил, что «всё от безделья и отсутствия работы», устроил больную в фармкомпанию. Больная вышла на работу, испытывая трудности в концентрации, «было не комфортно в новом коллективе». Состояние продолжало ухудшаться. В конце августа 2018 года больная стала слышать мужские и женские голоса в голове, которые «приказывали, угрожали». Неоднократно подходила к родителям ночью, трогала их «проверяя, живы ли они». Говорила им, что "за мной кто-то наблюдает", "если вас не станет, они говорят, что я все потеряю, и мне останется жить 4 года". Так же говорила, что «высокие технологии воздействуют на мозг, блокируют мысли, стирают память». Говорила, что чувствует, как «раскрывается мозг на две части». Считала, что "даже дома кто-то смотрит". Подходила к чайнику и утверждала, что "в чайнике находится камера". С этого времени стала замкнутой, подавленной. Перестала спать по ночам, "постоянно надевала наушники, чтобы не слышать шум, стуки от соседей, звуки от канатиков лифта". По инициативе родителей проходила лечение в Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова, получала терапию оланзапином до 0,02 г/сут с положительным эффектом. После выписки регулярно принимала поддерживающую терапию, работала, проживала с матерью. С работой справлялась. В декабре 2019 года самостоятельно отменила прием терапии

антипсихотиками. В течение 3-х месяцев состояние оставалось стабильным, продолжала работать, была на хорошем счету у руководства, ждала повышения. Состояние стало меняться с начала апреля 2020 года, когда нарушился ночной сон, могла проснуться в 3 часа ночи и больше не уснуть. Появилась сильная раздражительность, стали раздражать громкие звуки, «мешало спать хлопающее окно». «По случаю приезда подруги» несколько раз употребляла спиртное. В конце апреля, когда зашла в раздел настроек безопасности в социальных сетях, заметила, что «в аккаунт кто-то заходил с других устройств». Замечала за собой слежку на улице, искала следящие устройства в квартире. Нарастала подозрительность, напряженность, стала часто плакать, снизился фон настроения. Была повторно стационарирована в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, получала терапию оланзапином до 0,02 г/сут, раствором галоперидола 0,2% до 120 кап\сут, тригексифенидилом до 0,002 г/сут. Первое время регулярно принимала поддерживающую терапию, наблюдалась у врача психиатра в амбулаторном порядке. Чувствовала себя удовлетворительно, работала, периодически совмещала прием терапии с алкоголем. Постепенно стала самостоятельно снижать, а в последствии отменила принимаемые препараты, так как считала их причиной набора веса. Со слов родственников, на фоне снижения терапии периодически стали актуализироваться идеи преследования, ощущение "слежки". Несмотря на это продолжала работать, к врачам не обращалась. Текущее ухудшение состояния - в течение лета 2023 года, когда поняла, что "вокруг все подстроено одним богатым человеком", который "пытается сделать из меня хорошую жену или довести до самоубийства", нарушился ночной сон. По настоянию родных стала принимать рисперидон по 1 мл на ночь - "для сна", с незначительным эффектом. За несколько дней до госпитализации, во время поездки с подругой в г Санкт-Петербург выпила 1,5 бутылки вина, после чего стала замечать за собой постоянную слежку, видела "знакомые лица в толпе", понимала, что "вокруг все подстроено", что на нее "пытаются повлиять религиозная организация и Коммунистическая партия", усилилась тревога, не спала последние 3 дня. Опасаясь дальнейшего ухудшения

состояния, обратилась в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, была консультирована и госпитализирована.

При поступлении:

Соматический статус: Больная нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные, ритмичные. АД 125/75 мм.рт.ст., ЧСС 60 уд/мин., T=36,8 С. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физические отправления не нарушены. Отеков нет.

Неврологический статус: Лицо симметричное, глазные щели D=S, движение глазных яблок в полном объеме. Зрачки правильной, округлой формы, равномерные D=S, реакция на свет живая, содружественная. Сухожильные рефлексы живые, равномерные D=S. Нарушений чувствительности не отмечается. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива. Менингеальные симптомы не выявляются.

Результаты соматического обследования: Общий и биохимический анализы крови – без отклонений от нормы, анализ мочи в пределах допустимых значений. ЭКГ: положение ЭОС сердца вертикальное. Ритм синусовый.

Психический статус: самостоятельно проходит на беседу. Одеты и причесаны аккуратно. Напряжена, тревожна, держится с вызовом, говорит с напором. Взгляд настороженный, глаза широко раскрыты, мимика живая. С подозрением смотрит на врачей, так как "поняла, что в клинике среди врачей и пациентов есть те, кто участвует в слежке". Сведения о себе сообщает избирательно. Рассказывает, что есть один человек, который ее "изводит, хочет довести до самоубийства или чтобы она уехала из страны". Объясняет это тем, что не сошлись "по личному делу". В связи с этим подвергается "слежке со стороны партии КПРФ и православной секты, использующей для этого детей". Отмечает, что страха не испытывает, "только интерес и обиду". Просит провести в клинике обследование, чтобы выявить устройство, которое установлено у нее "между носом и евстахиевой трубой".

Объясняет, что "его установили в 2018 году и через него отслеживают местонахождение и слушают разговоры". Говорит, что "сейчас постепенно стали всплывать воспоминания об этом, раньше была как под действием наркотика". Чувствует, как в ухе "открывается и закрывается клапан". Предъявляет жалобы на нарушение сна, последние три дня не спит, так как "мешает постоянная слезка". Суицидальные намерения категорически отрицает.

Психометрическое обследование при поступлении: PANSS – 114 баллов, CDSS – 3 балла.

Экспериментально-психологическое обследование: Пациентка контакту доступна. Мотив экспертизы сформирован, активно интересуется результатами. Темп психических процессов выражено замедлен, отмечаются значительные паузы при поиске ответа, некоторая непоследовательность суждений с эпизодической обстоятельностью. Эмоциональный фон снижен. Инструкции преимущественно усваивает с первого предъявления, в единичных случаях требуется повторное уточнение.

Концентрация внимания снижена, психомоторный темп существенно замедлен. Объем внимания в пределах нижней границы нормы. Продуктивность мнестических функций негрубо снижена, кривая непосредственного запоминания: 6-7-8-9, отмечаются единичные конфабуляции. Отсроченное воспроизведение: 6/10. Опосредованное отсроченное воспроизведение: существенно снижено (5/10 слов), что позволяет предполагать нарушения мотивационного компонента.

Ассоциации в пробе Пиктограмма преимущественно конкретные, в большей степени индивидуально-значимые, нестандартные, эпизодически содержательно смещенные, что снижает продуктивность запоминания: Смелый поступок: «Это лечь в больницу добровольно, поэтому больница и человек» ; Вкусный ужин: «Салат с креветками, помидорами, листьями зелени» . В единичных случаях обнаруживается тенденция к рассуждательству: Любовь: «Любовь может быть в четырех проявлениях: это любовь к самому себе, это любовь внутри семьи, это любовь романтическая, это любовь друзей».

Категориальный строй мышления сохранен. При этом выявляется неравномерность обобщения при выполнении проб, опора как на конкретные, так и на формальные, малосущественные свойства. Наблюдается также своеобразие названий обобщенных групп («Это группа – питьевая сторона», «Это овощные группы»). В заключительном этапе отмечаются заметные затруднения при обобщении, формирует 7 групп, абстрагирование недостаточно. В пробе на исключение лишнего предмета опирается преимущественно на существенные свойства, затрудняясь в вербализации получившихся групп («Тематика времени», «Тематика лыжных видов спорта»). Переносный смысл пословиц и поговорок доступен с негрубой тенденцией к конкретности суждений.

На момент исследования отмечаются признаки субдепрессии (Шкала BDI, 11 баллов).

По профилю MMPI выявляются пики по шкалам 2 (депрессия), 6 (паранойальность), 9 (гипомания). Отмечается аффективная ригидность, застреваемость на негативных переживаниях, проявления эмоциональной лабильности, склонность к циклотимным колебаниям, черты эмоциональной незрелости. Наклон профиля психотический, в стрессовой ситуации преобладают поведенческие реакции. В актуальном состоянии наблюдаются затруднения в социальных контактах, замкнутость, умеренная дистантность, эмоциональная истощенность, снижение мотивационного компонента.

Таким образом, исходя из данных экспериментально-психологического обследования, выявляются особенности операционального компонента мышления (неравномерность обобщения, опора как на конкретные, так и на латентные признаки, некоторая вычурность суждений), а также мотивационного компонента (эпизодическая тенденция к рассуждательству, непоследовательность суждений), при этом наблюдается тугоподвижность мыслительного процесса, застреваемость на второстепенных деталях. Концентрация внимания умеренно снижена, психомоторный темп существенно замедлен, продуктивность мнестических функций негрубо снижена. В текущем состоянии выявляются признаки субдепрессии, снижение мотивационного компонента и социальной активности,

повышенная утомляемость, эмоциональная истощенность. В структуре личности преобладание ригидных черт, склонность к застреванию на негативных переживаниях, циклотимные колебания, затруднения в социальных контактах, дистантность.

За время пребывания в отделении на фоне проводимой психофармакотерапии зипрасидозом до 0,08 г/сут, топираматом до 0,1 г/сут, хлорпротиксеном в психическом состоянии больной отмечалась редукция аффективной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Прошла раздражительность и подозрительность. Стала чувствовать себя спокойно, перестала испытывать тревогу из-за навязчивых мыслей, неопределенности будущего, возможных сложностей на работе. Улучшился ночной сон. В беседе с врачом просила о выписке из стационара. Обманов восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявлено. Критика к состоянию сохранна.

Психометрическое обследование на этапе достижения ремиссии: PANSS – 65 баллов, CDSS – 0 баллов; BACS - 270 баллов; UPSA - 31 балл.

Диагноз: Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, смешанный(биполярный) аффективный тип, F 25.21

Клинико-катамнестическое обследование: После выписки из клиники продолжила амбулаторное наблюдение. Вышла на работу менеджером в другую компанию, проживала одна. Регулярно принимала поддерживающую терапию, состояние оставалось стабильно удовлетворительным.

Психометрическое обследование на этапе 6-месячной ремиссии: PANSS – 68 баллов, CDSS – 0 баллов; BACS - 284 балла; UPSA - 54 балла.

Комментарий. Заболевание развилось у пациентки без наследственной отягощенности психотическими состояниями. Личностно – активная, доброжелательная, с элементами тревожности и склонностью к частой смене интересов. Социальная адаптация в преморбиде - удовлетворительная. Дебют заболевания - в 2017–2018 гг., на фоне психосоциального стресса. Первоначально — острый чувственный бред, нарушения сна, тревога. Далее сформировался систематизированный бред преследования, слуховые псевдогаллюцинации,

сенестопатии, идеи воздействия. Обострения повторялись при снижении или отмене терапии. При регулярном приёме терапии — устойчивая ремиссия. PANSS — 68, CDSS — 0, BACS — 284, UPSA — 54 (значимое улучшение когнитивных и функциональных показателей). Социальная адаптация восстановлена частично: трудоустроена, проживает самостоятельно. Клиническая картина соответствует эпизодическому течению шизофрении с ведущим в клинической картине психоза галлюцинаторно-параноидным синдромом. Первичная квалификация как шизоаффективное расстройство представляется менее обоснованной, поскольку аффективные проявления носили вторичный и неполный характер. Случай демонстрирует типичное течение приступообразной шизофрении: продуктивная симптоматика быстро редуцируется на фоне терапии, но сохраняются когнитивные и функциональные нарушения, оказывающие определяющее влияние на исход. Улучшение BACS и UPSA на этапе ремиссии указывает на эффективность комплексной терапии и реабилитации, однако остаточные дефициты подтверждают их значение как предикторов качества ремиссии и риска дезадаптации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность проблемы оптимизации наблюдения и поддержания ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра не вызывает сомнений. Это обусловлено значительной распространенностью заболевания, началом его в молодом и наиболее социально значимом возрасте, а также высокой степенью инвалидизации и низким качеством жизни пациентов. В практике ведения больных с расстройствами шизофренического спектра особенно важно раннее выявление и прицельная коррекция тех факторов, которые повышают вероятность обострений, поскольку повторные госпитализации утяжеляют социальное состояние пациентов, а также осложняют их дальнейшую адаптацию. Несмотря на внедрение современных антипсихотических средств, сохраняется необходимость разработки комплексных программ, учитывающих роль аффективных нарушений, когнитивной дисфункции, уровня повседневного функционирования в формировании исходов заболевания. Именно эти аспекты, наряду с продуктивной и негативной симптоматикой заболевания, могут определять частоту рецидивов, качество ремиссии и эффективность профилактических мер и мониторинга.

Следовательно, терапевтические и реабилитационные подходы должны быть направлены не только на устранение продуктивной симптоматики, но и на восстановление повседневных навыков, эмоциональной стабильности, когнитивную ремедиацию больных. Все эти обстоятельства подчеркивают важность проведения исследований, которые, как в настоящей работе, включают детальный анализ взаимодействия аффективного, когнитивного и функционального статусов в динамике ремиссии.

В проведенном исследовании была поставлена цель – комплексно изучить когнитивный и аффективный статус, а также уровень функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра на различных этапах становления ремиссии и выявить их значение в прогнозировании устойчивости и качества ремиссии.

Клиническая выборка состояла из 125 пациентов. Основную часть выборки составляли лица молодого возраста (в среднем 28,5 лет), с высшим образованием, преимущественно не состоящие в браке. Наиболее распространёнными диагнозами были острое полиморфное психотическое расстройство и шизоаффективное расстройство, тогда как параноидная шизофрения составила меньшую часть выборки. Возраст начал заболевания в среднем составлял 24, 1 года, средняя длительность заболевания – 6,6 лет, срок достижения ремиссии текущего эпизода – около 40 дней.

Проведена оценка динамики психопатологических симптомов в процессе достижения ремиссии. Достоверное снижение всех субшкал PANSS (продуктивной, негативной, общих симптомов) и общего балла подтвердило редукцию психопатологической симптоматики. Особенно выражено снижение наблюдалось по шкале продуктивной симптоматики.

Проведён сравнительный анализ между нозологическими группами (острое полиморфное психотическое расстройство, шизоаффективное расстройство, параноидная шизофрения) по шкалам PANSS, CDSS, BACS и UPSA. Установлено, что при шизофрении статистически значимо выше выраженность негативной симптоматики и общих симптомов, а также ниже показатели проблемно-решающего поведения, тогда как уровень аффективных расстройств и повседневного функционирования существенно не различался между группами.

Проанализирована динамика показателей в группе устойчивой ремиссии за 6 месяцев наблюдения. Выявлено, что в период стабилизации ремиссии продолжается снижение выраженности продуктивной симптоматики (на уровне статистической тенденции), наблюдается значимое снижение по шкале депрессии (CDSS), улучшение когнитивных показателей по BACS и функциональных навыков по UPSA при том, что выраженность негативной симптоматики остается практически на том же уровне, что и при достижении ремиссии.

Восстановление когнитивных функций носило неравномерный характер. Общий балл BACS значимо вырос за 6 месяцев, однако это улучшение обеспечивалось преимущественно за счет отдельных доменов. Статистически

значимая динамика отмечена для домена рабочей памяти, на уровне тенденции - для речевой беглости. Показатели доменов слухоречевой памяти, моторных навыков, скорости зрительно-моторного оперирования и проблемно-решающего поведения не претерпели значимых изменений. Особого внимания заслуживает тот факт, что неравномерность прослеживалась не только между различными когнитивными доменами, но и внутри домена скорости обработки информации: речевая беглость обнаруживала тенденцию к улучшению, тогда как моторные навыки и скорость зрительно-моторных реакций, относящиеся к тому же домену, не демонстрировали сопоставимой динамики. Такая избирательность восстановления указывает на то, что в период ремиссии улучшаются прежде всего функции, связанные с речевой продуктивностью и активным оперированием информацией.

Уровень повседневного функционирования (UPSA) также значимо улучшался за период наблюдения, причем положительная динамика затрагивала преимущественно финансовые навыки, пользование транспортом и навыки ведения домашнего хозяйства. Коммуникативные навыки и планирование деятельности оставались относительно стабильными, что может свидетельствовать о разном восстановительном потенциале отдельных функциональных сфер.

Депрессивная симптоматика, оцененная по шкале CDSS, на протяжении всего периода наблюдения оставалась ниже клинически значимого порога и продолжала снижаться, что указывает на отсутствие клинически очерченной депрессии в данной когорте при условии адекватной поддерживающей терапии.

Полученные данные о динамике состояния пациентов свидетельствуют о продолжающейся клинической стабилизации в течение 6 месяцев после достижения ремиссии. Стоит отметить, что ремиссия, устанавливаемая в соответствии с критериями Рабочей группы по ремиссии при шизофрении (RSWG), основывается на пороговых значениях выраженности ключевых психопатологических симптомов и рассматривается как этап, на котором активный психотический процесс купирован, однако когнитивное и функциональное восстановление продолжается и после этого порога. Особенно показательным, что

именно те когнитивные функции, которые обнаруживают наибольшую динамику в период стабилизации ремиссии – рабочая память и речевая беглость, – одновременно являются и значимыми предикторами риска обострения. Это позволяет предположить, что их восстановление отражает фундаментальные процессы стабилизации состояния после перенесенного психотического эпизода и согласуется с современными представлениями о ремиссии как о многомерном и динамическом конструкте, не сводящемся к отсутствию психотической симптоматики. Мониторинг этих функций может служить индикатором полноты и качества ремиссии, выходящим за рамки традиционной оценки по критериям RSWG. С практической точки зрения это означает, что в этот период целесообразно проведение комплексной оценки не только психотической симптоматики, но и когнитивных и функциональных аспектов для отслеживания состояния пациентов в ремиссии.

Одним из значимых результатов исследования стало выявление факторов, ассоциированных с риском обострения в течение 6 месяцев после достижения ремиссии. Сравнение пациентов с устойчивой ремиссией ($n=86$) и пациентов, перенесших обострение ($n=39$), показало, что группы не различались по социо-демографическим характеристикам, нозологической принадлежности, срокам достижения ремиссии и выраженности продуктивной, негативной и аффективной симптоматики на этапе достижения ремиссии. В то же время более низкие показатели рабочей памяти, речевой беглости и уровня повседневного функционирования в сферах финансовых, коммуникативных и бытовых навыков, выявленные на этапе достижения ремиссии, являлись статистически значимыми факторами риска последующего обострения. Это свидетельствует о прогностической ценности данных параметров в определении вероятности рецидива в краткосрочном периоде.

Множественный регрессионный анализ предикторов функционального уровня (UPSA) через 6 месяцев показал, что значимыми предикторами оказались когнитивные показатели, а также уровень негативной симптоматики (PANSS N).

Это подчеркивает роль когнитивных и психопатологических нарушений как ключевых факторов, влияющие на уровень функционирования пациентов с РШС.

Исследование влияния поддерживающей терапии на изучаемые показатели не выявило значимых различий между антипсихотиками первого и второго поколения ни на этапе достижения ремиссии, ни через 6 месяцев. При сравнении монотерапии и комбинированной терапии на этапе достижения ремиссии отмечены различия на уровне тенденции - в группе комбинированной терапии наблюдались более низкий уровень психопатологических проявлений и более высокий композитный балл BACS. Однако через 6 месяцев устойчивой ремиссии эти различия нивелировались. Таким образом, ни класс антипсихотика, ни режим терапии не ассоциировались с достоверными различиями в психопатологическом, когнитивном и функциональном статусе пациентов на этапе устойчивой ремиссии. Это позволяет предположить, что при условии адекватно подобранной терапии выбор конкретного препарата или схемы не является определяющим фактором, влияющим на краткосрочный прогноз.

Проведённое исследование подтвердило необходимость комплексной оценки состояния пациентов на этапе ремиссии, включая когнитивные и аффективные компоненты, а также уровень функционирования. Эти параметры не только отражают текущее состояние больного, но и обладают выраженным прогностическим потенциалом в отношении устойчивости и качества ремиссии. Внедрение комплексной модели оценки может способствовать персонализации поддерживающей терапии и улучшению отдалённых исходов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Результаты исследования в значительной степени согласуются с данными предыдущих работ [87, 100, 116, 117, 118], в контексте значимой роли доменов рабочей памяти и скорости обработки информации в становлении когнитивных нарушений, а также прямой связи когнитивной дисфункции и функционального профиля больных. Тем не менее, нельзя не отметить, что полученные результаты демонстрируют относительно “мягкие”, низковыраженные когнитивные нарушения и функциональную несостоятельность у пациентов.

Данные отличия могут быть объяснены двумя ключевыми факторами: относительно коротким сроком болезни в выборке, а также потенциальной тенденцией к благоприятному исходу у пациентов после первого психотического эпизода (54,4% выборки). Низкая продолжительность болезни может объяснять менее выраженные когнитивные нарушения в нашей выборке по сравнению с исследованиями, включавшими пациентов с более длительным течением заболевания. Это согласуется с гипотезой о том, что когнитивный дефицит может нарастать лишь с течением времени и повторными эпизодами психоза [118, 119, 120]. Однако социодемографические особенности выборки (высокий процент трудовой и семейной адаптации) позволяют предположить, что у таких пациентов существует высокий потенциал для сохранности когнитивных и функциональных способностей в будущем, особенно при своевременном лечении. Согласно последним данным, полученным в исследовании OPUS, посвященном 20-летним траекториям симптомов шизофрении, было выявлено, что у значительной доли пациентов, переживших первый психотический эпизод, наблюдаются относительно стабильные или даже улучшенные показатели в долгосрочной перспективе [121]. Эти факторы подчеркивают не только необходимость учета возрастных и клинических характеристик выборки при интерпретации данных, но и критическую важность раннего выявления и лечения психотических расстройств.

ВЫВОДЫ

1. В период стабилизации ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра наблюдалась положительная динамика когнитивного, аффективного статусов и уровня функционирования при стабильности негативной симптоматики. Восстановление когнитивных функций носило неравномерный характер: статистически значимое улучшение отмечено для рабочей памяти, на уровне тенденции — для речевой беглости; показатели слухоречевой памяти, моторных навыков, зрительно-моторной координации и проблемно-решающего поведения остались без существенных изменений.

2. Более низкие показатели рабочей памяти, речевой беглости и уровня повседневного функционирования (финансовые, коммуникативные навыки, навыки ведения домашнего хозяйства), выявленные на этапе достижения ремиссии, являлись статистически значимыми факторами риска обострения в течение последующих 6 месяцев. Нозологическая принадлежность, срок становления ремиссии, выраженность психопатологических проявлений (продуктивной, негативной и аффективной симптоматики) прогностической значимости не обнаружили.

3. Для пациентов с параноидной шизофренией по сравнению с пациентами шизоаффективным расстройством и острым полиморфным психотическим расстройством было характерно снижение проблемно-решающего поведения, оценивающего способности к планированию, принятию решений и когнитивную гибкость, что может отражать нозологическую специфичность данной функции в отношении различных расстройств шизофренического спектра.

4. Скорость обработки информации и выраженность негативной симптоматики являлись наиболее значимыми факторами, влияющими на уровень повседневного функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра на этапе становления ремиссии.

5. Уровень депрессивной симптоматики, оцененной по шкале CDSS у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, при достижении

ремиссии и в период 6-месячного наблюдения не достигал клинически значимого порога и не был достоверно связан с риском обострения или уровнем функционирования.

6. Особенности проводимой психофармакотерапии (нейролептики первого или второго поколения, монотерапия или комбинированная терапия) не были достоверно связаны с риском обострения, выраженностью когнитивных нарушений и уровнем повседневного функционирования в течение 6 месяцев после достижения ремиссии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При оценке риска обострения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на этапе достижения ремиссии целесообразно применение шкал BACS и UPSA для оценки когнитивных функций и уровня повседневного функционирования. Пациенты со снижением показателей рабочей памяти, речевой беглости, а также навыков в сферах финансов, коммуникации и ведения домашнего хозяйства нуждаются в более тщательном мониторинге ввиду повышенного риска обострения.

2. Для поддержания ремиссии и предотвращения обострений у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на этапе стабилизации ремиссии целесообразно применение наряду с фармакотерапией инструментов комплексной реабилитации, направленных на восстановление когнитивных функций и уровня функционирования (когнитивная ремедиация, тренинги психосоциальных навыков) и повышение приверженности лечению (психообразовательная работа с пациентом и его родственниками, регулярный мониторинг соблюдения схемы терапии, использование пролонгированных форм антипсихотиков при высоком риске нарушения режима приема препаратов).

3. В образовательную программу врачей-психиатров целесообразно включать сведения о характерных особенностях динамики когнитивных, аффективных симптомов и уровня повседневного функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на различных этапах становления ремиссии, а также о прогностической значимости отдельных когнитивных доменов в отношении риска обострения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АВП — антипсихотики второго поколения

АПП — антипсихотики первого поколения

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ДДУ — детское дошкольное учреждение

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ЦНС — центральная нервная система

ЧМТ — черепно-мозговая травма

ЭКГ — электрокардиограмма

ЭОС — электрическая ось сердца

ANOVA — analysis of variance (дисперсионный анализ)

BACS — Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (Шкала краткой оценки когнитивных функций при шизофрении)

BDI — Beck Depression Inventory (Шкала депрессии Бека)

BPRS — Brief Psychiatric Rating Scale (Шкала краткой психиатрической оценки)

CDSS — Calgary Depression Scale for Schizophrenia (Шкала депрессии Калгари у больных шизофренией)

DSM-III-R — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, revised (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 3-е пересмотренное издание)

DSM-5 — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е изд.)

IQR — интерквартильный размах

GAF — Global Assessment of Functioning (Шкала глобальной оценки функционирования)

M — mean (среднее значение)

MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Многофазный личностный опросник Миннесоты)

OPUS — Danish National Schizophrenia Early Intervention Program (Датская национальная программа раннего вмешательства при шизофрении)

PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale (Шкала оценки продуктивных и негативных симптомов)

PANSS P — субшкала продуктивных симптомов (positive scale)

PANSS N — субшкала негативных симптомов (negative scale)

PANSS G — субшкала общей психопатологической симптоматики (general psychopathology scale)

PSP — Personal and Social Performance Scale (Шкала личностного и социального функционирования)

RSWG — Remission in Schizophrenia Working Group (Рабочая группа по ремиссии при шизофрении)

SAPS — Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Шкала оценки продуктивной симптоматики)

SANS — Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Шкала оценки негативной симптоматики)

SD — standard deviation (стандартное отклонение)

SOFAS — Social and Occupational Functioning Assessment Scale (Шкала оценки социального и профессионального функционирования)

SLOF — Specific Level of Functioning Scale (Шестидоменная шкала функционирования)

VALERO — Validation of Everyday Real-world Outcomes study (Исследование валидации повседневных реальных результатов)

UPSA — University of California, San Diego Performance-Based Skills Assessment (Методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization: official website. Schizophrenia World Health Organisation (WHO, 2023 [Electronic resource] – URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (дата обращения 02.09.2023).
2. A systematic review of the prevalence of schizophrenia / S. Saha, D. Chant, J. Welham [et al.] // *P LoS Med.* – 2005. – № 2. – [Electronic resource] – URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0020141> (дата обращения: 02.09.2023).
3. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016/ T. Vos, A. A. Abajobir, K. H. Abate [et al.] // *Lancet.* – 2017. – № 390. – P. 1211-1259.
4. Excess early mortality in schizophrenia / T. M. Laursen, M. Nordentoft, P. B. Mortensen [et al.] // *Annu Rev Clin Psychol.* – 2014. – № 10. – P. 425-448.
5. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010 / F. J. Charlson, A. J. Baxter, T. Dua [et al.] // *Epidemiol Psychiatr Sci.* – 2015. – № 24. – P. 121-140.
6. Щепин, В. О. Эпидемиология, структура, факторы риска, социально-экономическое бремя шизофрении и основные направления профилактики летальности больных шизофренией (обзор литературы) / В. О. Щепин, А. В. Масякин // *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки.* – 2014. – № 9-10. – С. 55-59.
7. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016 /F. J. Charlson, A. J. Ferrari, D. F. Santomauro [et al.] // *Schizophr Bull.* – 2018. – № 44 (6). – P. 1195-1203.
8. Экономическое бремя шизофрении в России / Е. Б. Любов, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко, С. А. Чапурин, Ю. Ю. Чурилин, И. А. Былим, А. К. Гажа, В. В. Доронин, А. М. Косов, Ю. Л. Петухов, П. Н. Фадеев // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2012. – № 3. – С.36-42.

9. Клинические рекомендации: "Шизофрения" / Министерство здравоохранения Российской Федерации – Москва, 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/451_3 (дата обращения: 25.12.2024).

10. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system / A. Rivelli, V. Fitzpatrick, M. Nelson [et al.] // *Schizophrenia*. – 2024. – № 10 (1). – [Electronic resource] – URL: <https://www.nature.com/articles/s41537-024-00448-2> (дата обращения: 11.12.2024).

11. Predictors of Relapse and Functioning in First-Episode Psychosis: A Two-Year Follow-Up Study / D. Berge, A. Mane, P. Salgado [et al.] // *Psychiatr Serv*. – 2016. – №67 (2). – P. 22-33.

12. Clinical outcomes in brief psychotic episodes: a systematic review and meta-analysis / U. Provenzani, G. Salazar, M. Arribas [et al.] // *Epidemiol Psychiatr Sci*. – 2021. – № 4. – [Electronic resource] – URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/clinical-outcomes-in-brief-psychotic-episodes-a-systematic-review-and-metaanalysis/B26C927791F1C8707EEE0C6FC2C68B97> (дата обращения: 12.12.2023).

13. Wy, T.J. Schizoaffective Disorder / T. J. Wy, A. Saadabadi // *Stat Pearls Publishing*. – 2023. – [Electronic resource] – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541012> (дата обращения: 12.12.2023).

14. Relapse risk after in-ward electroconvulsive therapy for acute polymorphic psychotic disorder / S. Kalling, O. Brus, M. Landén [et al.] // *Nord J Psychiatry*. – 2021. – № 75 (3). – P. 201-206.

15. Camacho-Gomez, M. Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials / M. Camacho-Gomez, P. Castellvi // *Schizophr Bull*. – 2020. – № 46 (1). – P. 98-109.

16. Mueser, K. T. Rising to the challenge of first episode psychosis: the NIMH Recovery After Initial Schizophrenia Episode (RAISE) initiative / K. T. Mueser, J. A. Cook // *Psychiatr Rehabil J*. – 2014. – № 37 (4). – P. 267-269.

17. Larson, M. K. Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders / M. K. Larson, E. F. Walker, M. T. Compton // *Expert Rev Neurother.* – 2010. – № 10 (8). – P. 1347-1359.

18. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis / M. Alvarez-Jiménez, A. G. Parker, S. E. Hetrick [et al.] // *Schizophr Bull.* – 2011. – № 37 (3). – P. 619-630.

19. Rates and Predictors of Relapse in First-Episode Psychosis: An Australian Cohort Study / E. Brown, G. Bedi, P. McGorry [et al.] // *Schizophrenia Bulletin Open.* – 2013. – Vol. 1. – №1. – [Electronic resource] – URL: <https://academic.oup.com/schizbullopen/article/1/1/sgaa017/5818975> (дата обращения: 02.09.2023).

20. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus / N. C. Andreasen, W. T. Carpenter, J. M. Kane [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – № 3. – P. 441-449.

21. Фастовцов, Г. А. Формирование критериев ремиссии при шизофрении / Г. А. Фастовцов, С. Н. Осколкова // *Российский психиатрический журнал.* – 2016. – № 5. – С. 26-32.

22. Определение ремиссии при шизофрении (По материалам 10-й зимней сессии семинара по проблемам шизофрении. Давос, 2006 г.) // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2006. – Т. 8. – № 3. – С. 44-46.

23. National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. – London : National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014. – 300 p.

24. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life / S. Almond, M. Knapp, C. Francois [et al.] // *Br J Psychiatry.* – 2004. – № 184. – P. 346-351.

25. Gaebel, W. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy / W. Gaebel, J. Zielasek // *Psychiatry Clin Neurosci.* – 2015. – № 69 (11). – P. 661-673.

26. Gaebel, W. Schizophrenia guidelines across the world: A selective review and comparison / W. Gaebel, M. Riesbeck, T. Wobrock // *Int Rev Psychiatry*. – 2011. – № 23. – P. 379-387.

27. Krystal, J. H. Psychiatric disorders: Diagnosis to therapy / J. H. Krystal, M. W. State // *Cell*. – 2014. – № 157. – P. 201-214.

28. Карякина, М.В. Когнитивные нарушения при шизофрении в зарубежных исследованиях: нарушение отдельных функций или группа синдромов? / М. В. Карякина, О. В. Рычкова, А. Б. Шмуkler // *Современная зарубежная психология*. – 2021. – Т. 10. – № 2. – С. 8-19.

29. Cognitive Functioning in Prodromal Psychosis: A Meta-analysis/ P. Fusar-Poli, G. Deste, R. Smieskova [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2012. – № 69 (6). – P. 562-571.

30. Niendam, T.A. Exploring predictors of outcome in the psychosis prodrome: implications for early identification and intervention / T. A. Niendam, M. Jalbrzikowski, C. E. Bearden // *Neuropsychol Rev*. – 2009. – № 19 (3). – P. 280-293.

31. Bozikas, V.P. Longitudinal studies of cognition in first episode psychosis: a systematic review of the literature / V. P. Bozikas, C. Andreou // *Aust N Z J Psychiatry*. – 2011. – № 45 (2). – P. 93-108.

32. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia / K. H. Nuechterlein, D. M. Barch, J. M. Gold [et al.] // *Schizophr Res*. – 2004. – №72 (1). – P. 29-39.

33. Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis / A. Szöke, A. Trandafir, M. E. Dupont [et al.] // *Br J Psychiatry*. – 2008. – № 192 (4). – P. 248-257.

34. McCutcheon, R. A. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment / R. A. McCutcheon, R. S. E. Keefe, P. K. McGuire // *Mol Psychiatry*. – 2023. – №28 (5). – P. 1902-1918.

35. Cognitive function in schizophrenia: conflicting findings and future directions / A. A. Moustafa, J. K. Garami, J. Mahlberg [et al.] // *Rev Neurosci*. – 2016. – № 27 (4). – P. 435-448.

36. Шмуклер, А. Б., Когнитивные нарушения у больных шизофренией / А. Б. Шмуклер, Т. С. Сюняков // Современная терапия психических расстройств. –2018. - № 4. – С. 8-17.

37. Карякина, М. В. Когнитивные нарушения при шизофрении: мнение группы экспертов о современном состоянии проблемы / М. В. Карякина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32. – № 3. – С. 83-90.

38. Дорофейкова, М. В. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция / М. В. Дорофейкова, Н. Н. Петрова // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – № 1. – С. 2-9.

39. Harvey, P. D. Cognitive and functional deficits in people with schizophrenia: Evidence for accelerated or exaggerated aging? / P. D. Harvey, J. B. Rosenthal // Schizophrenia Research. – 2018. – Vol. 196. – P. 14-21.

40. Bowie, C. R. Cognition in schizophrenia: impairments, determinants and functional importance / C. R. Bowie, P. D. Harvey // Psychiatr Clin N Am. – 2008. – № 28. – P. 613-633.

41. Physical performance and disability in schizophrenia / M. Strassnig, J. Signorile, C. Gonzalez [et al.] // Schizophr Res Cogn. – 2014. – Vol. 1. – P. 112-121.

42. Lundqvist, T. Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions / T. Lundqvist // Pharmacol Biochem Behav. – 2005. – Vol. 81. – P. 319-330.

43. Goldman-Rakic, P. S. The physiological approach: functional architecture of working memory and disordered cognition in schizophrenia / P. S. Goldman-Rakic // Biol. Psychiatry. – 1999. – Vol. 46, Issue 5. – P. 650-661.

44. The impact of alcohol and cannabis misuse on cognition among individuals with schizophrenia / A. L. Bahorik, J. R. Cornelius, S. S. Bangalore [et al.] // Schizophr Res Cogn. – 2014. – Vol. 1. – P. 160-163.

45. Predictors and longitudinal course of cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders, 10 years after baseline: The OPUS study / S. Bergh, C. Hjorthoj, H. J. Sorensen, [et al.] // Schizophrenia Research. – 2016. – Vol. 175. – № 1–3. – P. 57-63.

46. Bora, E. Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis? / E. Bora, R. M. Murray // *Schizophr Bull.* – 2014. – Vol. 40. – P. 744-755.

47. Frangou, S. Neurocognition in early-onset schizophrenia / S. Frangou // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* – 2013. – Vol. 22. – P. 715-726.

48. Keshavan, M. S. High-risk studies, brain development, and schizophrenia / M. S. Keshavan // M. S. Keshavan, J. L. Kennedy, R. M. Murray // *Neurodevelopment and Schizophrenia.* – 2004. – P. 432-454.

49. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis / M. Penttilä, E. Jääskeläinen, N. Hirvonen [et al.] // *Br J Psychiatry.* – 2014. – Vol. 205. – № 2. – P. 88-94.

50. Course of Cognitive Development From Infancy to Early Adulthood in the Psychosis Spectrum / J. Mollon, A. S. David, S. Zammit [et al.] // *JAMA Psychiatry.* – 2018. – Vol. 75. – № 3. – P. 270-279.

51. Longitudinal Associations Between Cognitive Deficits in Childhood and Psychopathological Symptoms in Adolescence and Young Adulthood / I. Morales-Muñoz, R. Upthegrove, P. K. Mallikarjun [et al.] // *JAMA Netw. Open.* – 2021. – Vol. 4. – [Electronic resource] – URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2778203> (дата обращения: 10.10.2023).

52. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом) : метод. рекомендации / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. С. Дороднова, Л. Г. Мовина. – Москва, 2003. – 23 с. – Текст : непосредственный.

53. Аведисова, А. С. Шизофрения и когнитивный дефицит / А. С. Аведисова, Н. Н. Вериги // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2001. – Т. 3. – № 6. – С. 202-204.

54. Софронов, А. Г. Нейрокогнитивный дефицит: психосоциальный подход и фармакотерапия / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // *Обзор*

психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2011. – № 1. – С. 54-59.

55. Are psychotic psychopathology and neurocognition orthogonal? A systematic review of their associations / M. de G. Dominguez, W. Viechtbauer, C. J. Simons [et al.] // *Psychol Bull.* – 2009. – Vol. 135. – № 1. – P. 157-171.

56. Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella review / Y. Gebreegziabhere, K. Habatmu, A. Mihretu [et al.] // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2022. – Vol. 272. – № 7. – P. 1139-1155.

57. Софронов, А. Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2012. – Т. 22. – № 1. – С. 33-37.

58. Янушко, М. Г. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода / М. Г. Янушко, М. В. Иванов, А. В. Сорокина // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2014. – Т. 24. – № 1. – С. 90-95.

59. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Далныкова, М. В. Магомедова // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2007. – Т. 4. – № 1. – С. 9-21.

60. Dickinson, D. Systemic hypotheses for generalized cognitive deficits in schizophrenia: a new take on an old problem / D. Dickinson, P. D. Harvey // *Schizophr Bull.* – 2009. – Vol. 35. – P. 403-414.

61. Early clinical recovery in first-episode psychosis: Symptomatic remission and its correlates at 1-year follow-up / C. Simonsen, A. Faerden, K. L. Romm [et al.] // *Psychiatry Research.* – 2017. – Vol. 254. – P. 118-125.

62. Torgalsboen, A. K. Neurocognitive predictors of remission of symptoms and social and role functioning in the early course of first-episode schizophrenia / A. K. Torgalsboen, C. Mohn, B. R. Rund // *Psychiatry Research.* – 2014. – Vol. 216. – P. 1-5.

63. Braw, Y. Executive functioning during full and partial remission (positive and negative symptomatic remission) of schizophrenia / Y. Braw, A. Benozio, Y. Levkovitz // *Schizophrenia Research*. – 2012. – Vol. 142. – P. 122-128.

64. Johansson, M. What could be learned from a decade with standardized remission criteria in schizophrenia spectrum disorders: An exploratory follow-up study / M. Johansson, F. Hjärthag, L. Helldin // *Schizophrenia Research*. – 2018. – Vol. 195. – P. 103-109.

65. Psychiatric comorbidities and schizophrenia / P. F. Buckley, B. J. Miller, D. S. Lehrer, D. J. Castle // *Schizophr Bull*. – 2009. – Vol. 35. – № 2. – P. 383-402.

66. Иванец, Н. Н. Клинические особенности депрессий, развивающихся у больных шизофренией после купирования острого психоза / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина // *Российский психиатрический журнал*. – 2010. – № 5. – С. 46 – 53.

67. Тювина, Н. А. Типология и клинические особенности депрессий в период ремиссии при приступообразной шизофрении / Н. А. Тювина, Д. О. Магомедова, В. Д. Морозова // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 24-30.

68. Upthegrove, R. Depression and Schizophrenia: cause, consequence or trans-diagnostic issue? / R. Upthegrove, S. Marwaha, M. Birchwood // *Schizophr Bull*. – 2016. – Vol. 2. – P. 240-244.

69. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia / R. R. Conley, H. Ascher-Svanum, B. Zhu [et al.] // *Schizophr Res*. – 2007. – Vol. 90. – P. 186-197.

70. Особенности депрессивных расстройств у больных шизофренией / Ю. С. Ермолина, С. О. Коржова, А. В. Иванов [и др.] // *Центральный научный вестник*. – 2017. – Т. 2. - № 12 (29). – С. 19-21;

71. Иванец, Н. Н. Депрессии при шизофрении / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина // *Вестник Российской академии медицинских наук*. – 2008. – № 10. – С. 55-63;

72. Craddock, N. The Kraepelinian dichotomy - going, going... but still not gone / N. Craddock, M. J. Owen // *Br J Psychiatry*. – 2010. – Vol. 196. – № 2. – P. 92-95.

73. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort / R. Dutta, R. M. Murray, J. Allardyce [et al.] // *Schizophr Res.* – 2011. – Vol. 126. – P. 11-19.

74. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors / K. Hawton, L. Sutton, C. Haw [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 187. – P. 9-20.

75. Антохин, Е. Ю. Постпсихотическая депрессия и суицидальные попытки в первом эпизоде шизофрении / Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, Е. М. Крюкова // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: тезисы, Казань, 23–26 сентября 2015 года / отв. ред. Н. Г. Незнанов. – Казань : ООО «Альта Астра», 2015. – С. 876.

76. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study / I. Kelleher, P. Corcoran, H. Keeley [et al.] // *JAMA Psychiatry.* – 2013. – Vol. 70. – P. 940-948.

77. Baseline differences in clinical symptomatology between ultra high risk subjects with and without a transition to psychosis / E. Velthorst, D. H. Nieman, H. E. Becker [et al.] // *Schizophr Res.* – 2009. – Vol. 109. – № 1-3. – P. 60-65.

78. Velthorst, E. Social dysfunction of young persons with an ultra high risk of developing first-episode psychosis / E. Velthorst // *Tijdschr Psychiatr.* – 2014. – № 56 (1). – P. 40-49.

79. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model / Z. Iqbal, M. Birchwood, P. Chadwick, P. Trower // *Br J Psychiatry.* – 2000. – Vol. 177. – P. 522-528.

80. Candido, C. L. Depression in paranoid and nonparanoid schizophrenic patients compared with major depressive disorder / C. L. Candido, D. M. Romney // *J Affect Disord.* – 2002. – Vol. 70. – P. 261-271.

81. Post-psychotic depression: paranoia and the damage done / S. Moritz, S. J. Schmidt, T. Lüdtkke [et al.] // *Schizophr Res.* – 2019. – Vol. 211. – P. 79-85.

82. Johnson, D. A. The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia / D. A. Johnson // *Br J Psychiatry*. – 1988. – Vol. 152. – P. 320-323.

83. Rajkumar, S. Factors affecting relapse in schizophrenia / S. Rajkumar, R. Thara // *Schizophr Res*. – 1989. – Vol. 2. – P. 403-409.

84. Post-Psychotic Depression: An Updated Review of the Term and Clinical Implications / M. Guerrero-Jiménez, C. M. Carrillo de Albornoz Calahorro, B. Girela-Serrano [et al.] // *Psychopathology*. – 2022. – Vol. 55. – № 2. – P. 82-92.

85. Chintalapudi M. Postpsychotic depression in schizophrenia / M. Chintalapudi, P. Kulhara, A. Avasthi // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. – 1993. – Vol. 243. – P. 103-108.

86. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder / D. Robinson, M. G. Woerner, J. M. Alvir [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56. – № 3. – P. 241-247.

87. Long-term outcome of schizoaffective disorder. Are there any differences with respect to schizophrenia? / F. Pinna, L. Sanna, V. Perra [et al.] // *Riv Psichiatr*. – 2014. – Vol. 49. – № 1. – P. 41-49.

88. Gender differences in remission and recovery of schizophrenic and schizoaffective patients: preliminary results of a prospective cohort study / B. Carpiello, F. Pinna, M. Tusconi [et al.] // *Schizophr Res Treatment*. – 2012. – [Electronic resource] – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2012/576369> (дата обращения: 10.10.2023).

89. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the «right stuff»? / M. F. Green, R. S. Kern, D. L. Braff, J. Mintz // *Schizophr Bull*. – 2000. – Vol. 26. – № 1. – P. 119-136.

90. Keefe, R. S. E. Cognitive impairment in schizophrenia / R. S. E. Keefe, P. D. Harvey // *Novel antischizophrenia treatments* – 2012. – P. 11-37.

91. Когнитивный статус и повседневное функционирование у пациентов с расстройствами шизофренического спектра при достижении ремиссии / В. А.

Седелкова, Ю. Г. Тихонова, С. М. Ефимочкина [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2025. – Т. 18. – № 6 (185). – С. 705-716.

92. Волчкова, Т. Ф. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией / Т. Ф. Волчкова // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 (108). – С. 13-16.

93. Mantovani, L. M. Functional capacity: a new framework for the assessment of everyday functioning in schizophrenia / L. M. Mantovani, A. L. Teixeira, J. V. Salgado // Braz J Psychiatry. – 2015. – Vol. 37. – № 3. – P. 249-255.

94. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Revised Edition (DSM-III-R). – Washington : American Psychiatric Association, 1987. – Текст : непосредственный.

95. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P. L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla [et al.] // Acta Psychiatr Scand. – 2000. – Vol. 101. – P. 323-329.

96. Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – Москва : Медпрактика, 2007. – 492 с. – Текст : непосредственный.

97. Validating the measurement of real-world functional outcomes: phase I results of the VALERO study / P. D. Harvey, T. Raykov, E. W. Twamley [et al.] // Am J Psychiatry. – 2011. – Vol. 168. – P. 1195-1201.

98. Schneider, L. C. SLOF: a behavioral rating scale for assessing the mentally ill / L. C. Schneider, E. L. Struening // Soc Work Res Abstr. – 1983. – Vol. 19. – P. 9-21.

99. Harvey, P.D. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies / P. D. Harvey, D. I. Velligan, A. S. Bellack // Schizophr. Bull. – 2007. – Vol. 33. – № 5. – P. 1138-1148.

100. Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures / C. R. Bowie, W. W. Leung, A. Reichenberg [et al.] // Biol Psychiatry. – 2008. – Vol. 63. – № 5. – P. 505-511.

101. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia / G. Fervaha, G. Foussias, O. Agid, G. Remington // *Acta Psychiatr Scand.* – 2014. – Vol. 130. – № 4. – P. 290-299.

102. Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts / G. Lahera, J. L. Galvez, P. Sanchez [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2018. – Vol. 18. – P. 176.

103. Exploring functioning in schizophrenia: predictors of functional capacity and real-world behaviour / M. Bechi, M. Bosia, M. Spangaro [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2017. – Vol. 251. – P. 118-124.

104. UCSD Performance-Based Skills Assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults / T. L. Patterson, S. Goldman, C. L. McKibbin [et al.] // *Schizophr Bull.* – 2001. – Vol. 27. - № 2. – P. 235-245.

105. McGurk, S. R. Cognition and work functioning in schizophrenia / S. R. McGurk, K. T. Mueser // *Cognitive impairment in schizophrenia: Characteristics, assessment and treatment.* – 2013. – P. 98-109.

106. Neurocognition and Social Cognition Predicting 1-Year Outcomes in First-Episode Psychosis / M. Lindgren, M. Holm, T. Kieseppä, J. Suvisaari // *Front Psychiatry.* – 2020. – Vol. 11. – [Electronic resource] – URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2020.603933/full> (дата обращения: 15.10.2023).

107. Correll, C.U. Symptomatic, functional and quality of life measures of remission in 194 outpatients with schizophrenia followed naturalistically in a 6-month, non-interventional study of aripiprazole once-monthly / C. U. Correll, A. Brieden, W. Janetzky // *Schizophrenia (Heidelb).* – 2023. – Vol. 9. – № 1. – P. 80. – [Electronic resource] – URL: <https://www.nature.com/articles/s41537-023-00405-5> (дата обращения: 15.10.2023).

108. Associations Between Relapses and Psychosocial Outcomes in Patients With Schizophrenia in Real-World Settings in the United States / D. Lin, K. Joshi, A. Keenan [et al.] // *Front Psychiatry.* – 2021. – Vol. 12. – [Electronic resource] – URL:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2021.695672/full> (дата обращения: 15.10.2023).

109. Van Dee, V. Systematic review and meta-analysis on predictors of prognosis in patients with schizophrenia spectrum disorders: An overview of current evidence and a call for prospective research and open access to datasets / V. van Dee, H. G. Schnack, W. Cahn // *Schizophr Res.* – 2023. – Vol. 254. – P. 133-142.

110. The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies / I. M. Molstrom, J. Nordgaard, A. Urfer-Parnas [et al.] // *Schizophr Res.* – 2022. – Vol. 250. – P. 152-163.

111. Cognitive reserve profiles are associated with outcome in schizophrenia / M. Buonocore, E. Inguscio, M. Bechi [et al.] // *J Neurol Sci.* – 2022. – Vol. 443. – [Electronic resource] – URL: https://jns-journal.com/retrieve/pii/S0022510X22003586?__cf_chl_rt_tk=E9T5dE_M4AUykv8XTrbY0J60FDN7d0YM_f4ail1qnv4-1776630126-1.0.1.1-ixTcT2F6ExM60uGCGyQJ4WRRXF9Q1cJd53V6h7xLpcA (дата обращения: 15.10.2023).

112. Kay, S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophr Bull.* – 1987. – Vol. 13. – № 2. – P. 261-276.

113. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery / R. S. Keefe, T. E. Goldberg, P. D. Harvey [et al.] // *Schizophr Res.* – 2004. – Vol. 68. – № 2-3. – P. 283-297.

114. Study of the concurrent validity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenics (CDSS) / C. Lançon, P. Auquier, G. Reine [et al.] // *J Affect Disord.* – 2000. – Vol. 58. – № 2. – P. 107-115.

115. Саркисян, Г. Р. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) / Г. Р. Саркисян, И. Я. Гурович, Р. С. Киф // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2010. – № 3. – С. 13-19.

116. Петрова, Н. Н. Когнитивные нарушения у больных шизофренией на разных этапах течения заболевания / Н. Н. Петрова, М. В. Дорофейкова, Е. Е. Воинкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. – № 4. – С. 10-15.

117. Мосолов, С. Н. Клинико-функциональные критерии ремиссии при шизофрении / С. Н. Мосолов // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения : сборник материалов 7-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 31 октября 2022 года / под ред. проф. Г. П. Костюка. – Москва : КДУ ; Добросвет, 2023. – С. 158-177.

118. Bowie, C. R. Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance / C. R. Bowie, P. D. Harvey // Psychiatr Clin N Am. – 2005. – № 28. – P. 613-633.

119. Структура и динамика ремиссии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра / В. А. Седелкова, Ю. Г. Тихонова, М. А. Макарова [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2026. – Т. 28. – № 2. – С. 20-25.

120. Дифференциальная диагностика и вопросы нозологической принадлежности расстройств с аффективными и психотическими проявлениями: клиническое наблюдение / В. А. Седелкова, Ю. Г. Тихонова, М. А. Кинкулькина, [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2024. – Т. 17. – № 6 (173). – С. 780-788.

121. 20-year trajectories of positive and negative symptoms after the first psychotic episode in patients with schizophrenia spectrum disorder: results from the OPUS study / M. Starzer, H. G. Hansen, C. Hjorthoj [et al.] // World Psychiatry. – 2023. – Vol. 22. – № 3. – P. 424-432.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Оценочные методики и шкалы

Шкала оценки продуктивных и негативных симптомов PANSS

Шкала продуктивных синдромов (П)

П I. Бред

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению свойств.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: наличие одной или двух нечетких мало оформленных и неустойчивых бредовых идей, не нарушающих мышление, поведение и отношения больного с другими людьми.
4. Умеренная выраженность: калейдоскопическое чередование многих мало оформленных и неустойчивых бредовых идей или наличие нескольких четко оформленных идей, которые иногда отражаются на мышлении больного, его отношениях с другими людьми и поведении.
5. Сильная выраженность: наличие многочисленных, четко оформленных и устойчивых бредовых идей, которые периодически отражаются на его мышлении, социальных отношениях и поведении больного.
6. Очень сильная выраженность: наличие комплекса оформленных, нередко систематизированных, устойчивых бредовых идей, которые заметно нарушают процесс мышления, отношения больного с другими людьми и его поведение.
7. Крайняя степень выраженности: наличие устойчивого комплекса многочисленных или детально систематизированных бредовых идей, оказывающих существенное влияние на основные аспекты жизни больного, что приводит к неадекватным поступкам, представляющих в некоторых случаях опасность для больного и окружающих.

II 2. Расстройства мышления

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: мышление обстоятельное, резонерское, паралогичное или с соскальзываниями. Больной испытывает некоторое затруднение при попытке сосредоточиться на одной мысли, при проявлении врачом настойчивости могут появляться случайные ассоциации.

4. Умеренная выраженность: при простом кратковременном общении сохраняется способность сосредоточиваться на определенных мыслях, однако, при малейшем давлении или в более сложных ситуациях мышление становится более аморфным (расплывчатым) и лишенным целенаправленности.

5. Сильная выраженность: больной почти всегда испытывает трудности в организации целенаправленного потока мыслей, что проявляется в соскальзываниях, непоследовательности, расплывчатости мышления даже при отсутствии давления со стороны.

6. Очень сильная выраженность: мыслительная деятельность серьезно расстроена; практически постоянно отмечаются непоследовательность и разорванность мышления.

7. Крайняя степень выраженности: разорванность мышления достигает степени бессвязности. Имеет место выраженное разрыхление ассоциативных связей, приводящее к полной утрате способности к общению, вплоть до “словесной крошки” или мутизма.

П 3. Галлюцинации

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: одна или две редкие, но отчетливые галлюцинации или несколько смутных патологических восприятий, не сказывающихся на мышлении или поведении больного.

4. Умеренная выраженность: частые, но не постоянные галлюцинации, мышление и поведение больного нарушено незначительно.

5. Сильная выраженность: частые галлюцинации, затрагивающие иногда более одной чувственной сферы и заметно нарушающие мышление и/или поведение. Возможна бредовая интерпретация галлюцинаторных переживаний с соответствующим эмоциональным и вербальным сопровождением.

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

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

П 4. Возбуждение

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

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

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

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

7. Крайняя степень выраженности: чрезвычайное возбуждение больного препятствует нормальному приему пищи, нарушает сон и взаимоотношение с другими людьми. Ускорение речи и усиление двигательного возбуждения могут приводить к речевой разорванности, спутанности и истощению.

П 5. Идеи величия

Повышенная самооценка и необоснованная убежденность в своем превосходстве, включая идеи обладания особыми способностями, богатством, знаниями, славой, властью или моральной правотой. Выраженность оценивается

по содержанию мыслей, выявляемых в беседе с врачом, и их отражению в поведении больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: отмечаются некоторая экспансивность и хвастливость. Четко оформленные идеи величия не обнаруживаются.

4. Умеренная выраженность: больной отмечает свое превосходство над другими, держится с переоценкой; возможны мало оформленные бредовые идеи особого положения или способностей, которые, однако, не определяют поведения больного.

5. Сильная выраженность: четко оформленные идеи выдающихся способностей, власти или исключительного положения, которые оказывают влияние на отношение больного к другим людям, но не проявляются в его поведении.

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

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

П 6. Подозрительность, идеи преследования

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: больной проявляет настороженность или даже открытое недоверие, но нарушения мыслительной деятельности, поведения и отношений с другими людьми практически отсутствуют.

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

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

6. Очень сильная выраженность: оформленный бред преследования, имеющий тенденцию к расширению, систематизации и оказывающий существенное влияние на отношения больного с другими людьми.

7. Крайняя степень выраженности: комплекс систематизированных бредовых идей преследования, практически полностью определяющий образ мыслей, социальные отношения и поведение больного.

П 7. Враждебность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: не прямые или скрытые проявления гневливости, например, сарказм, неуважение, враждебные высказывания, эпизоды раздражительности.

4. Умеренная выраженность: открытая враждебная настроенность, быстрая раздражительность и прямые проявления гнева и негодования.

5. Сильная выраженность: больной крайне раздражителен, иногда прибегает к словесным оскорблениям и угрозам.

6. Очень сильная выраженность: контакт с больным затруднителен вследствие словесных оскорблений и угроз, что также существенно нарушает отношения с другими людьми. Больной может быть настроен воинственно и иметь склонность к разрушению, однако, физического нападения на людей не совершает.

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

Негативные синдромы (Н)

Н 1. Притупленный аффект

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: мимика и коммуникативная жестикуляция кажутся напыщенными, вымученными, искусственными или обедненными.

4. Умеренная выраженность: уменьшение диапазона экспрессивности лица и жестикуляции определяет характерный “скучающий” (невывразительный) внешний вид.

5. Сильная выраженность: аффект обычно “притуплен” (уплощен), мимика скудная, жестикуляция обеднена.

6. Очень сильная выраженность: выраженная притупленность аффекта и недостаточность эмоциональных реакций наблюдаются большую часть времени. Иногда возможны чрезвычайно сильные неконтролируемые аффективные разряды в виде возбуждения, вспышек ярости или беспричинного смеха.

7. Крайняя степень выраженности: мимические модуляции и коммуникативная жестикуляция практически отсутствуют. Выражение лица постоянно безразличное или застывшее.

Н 2 Эмоциональная отгороженность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: больной обычно мало инициативен и иногда может проявлять слабый интерес к окружающим событиям.

4. Умеренная выраженность: обычно больной эмоционально самоустраивается от влияния среды и предъявляемых ею требований, однако, при активном поощрении может быть вовлечен в более активную деятельность.

5. Сильная выраженность: больной обнаруживает отчетливую эмоциональную отгороженность от окружающих людей и происходящих событий и не поддается никаким попыткам активации извне. Он выглядит сдержанным,

сговорчивым, не имеющим определенной цели, временами его удастся вовлечь хотя бы в кратковременное общение и пробудить интерес к собственным нуждам.

6. Очень сильная выраженность: выраженное безразличие к окружающему и отсутствие эмоциональных реакций проявляются в резком уменьшении разговорного общения с людьми и пренебрежение собственными нуждами, в связи с чем требуется организация специального наблюдения и ухода за больным.

7. Крайняя степень выраженности: вследствие глубокого равнодушия к окружающему и отсутствия эмоциональных переживаний, больной выглядит почти полностью отстраненным, некоммуникабельным и безразличным к собственным нуждам.

НЗ. Трудности в общении (малоконтактность, некоммуникабельность)

Отсутствие открытости, откровенности в разговорах с людьми, сопереживания, интереса или участия к собеседнику, что проявляется в затруднении налаживания межперсональных контактов, уменьшении объема вербального и невербального общения. Выраженность оценивается по характеру поведения и отношению больного к врачу в процессе беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: в общении с больным ощущается некоторая искусственность, натянутость, высокопарность. Речи больного не хватает эмоциональной глубины, она часто носит обезличенный, резонерский характер.

4. Умеренная выраженность: больно, как правило, выглядит отчужденным, держит дистанцию с собеседником, на вопросы отвечает механически, его действия выражают скуку или отсутствие интереса к беседе.

5. Сильная выраженность: явная отчужденность и незаинтересованность больного в беседе значительно затрудняют продуктивный контакт с ним. Больной старается избегать смотреть в глаза собеседника.

6. Очень сильная выраженность: больной в высшей степени безразличен к окружающему, держит себя на расстоянии от собеседника. избегает смотреть ему в глаза и не выдерживает ответного взгляда. Ответы односложные, поверхностные. Попытки невербального контакта практически остаются без ответа.

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

Н 4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: временами проявляет интерес к социальному общению, но мало инициативен. Вступает в контакты с другими людьми только по инициативе последних.

4. Умеренная выраженность: пассивно. механически. без интереса участвует в большинстве социальных отношений, старается держаться в тени.

5. Сильная выраженность: принимает пассивное участие в очень узком круге социальных контактов, практически не проявляя интереса к ним или инициативы. Проводит мало времени в общении с другими людьми.

6. очень сильная выраженность: больной большую часть времени апатичен, стремится к самоизоляции, очень редко проявляет какую-либо социальную активность и временами пренебрежительно относится к собственным нуждам. Лишь от случая к случаю вступает в социальные контакты.

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

Н 5. Нарушение абстрактного мышления

Расстройство абстрактно-символического мышления, проявляющееся в затруднении классифицирования и обобщения, а также в неспособности уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач. Выраженность оценивается по ответам на вопросы о смысловой общности предметов или понятий, интерпретации пословиц и преобладанию конкретного мышления над абстрактным в процессе беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: отмечается тенденция давать буквальную или личностную интерпретацию сложных пословиц. возможны затруднения при толковании абстрактных или отдаленно связанных толкований концептуального характера.

4. Умеренная выраженность: больной часто прибегает к конкретному способу мышления. испытывает затруднения при интерпретации большинства пословиц и некоторых абстрактных понятий, а также при выделении наиболее характерного признака и функционального явления или предмета.

5. Сильная выраженность: мышление преимущественно конкретное, больной испытывает трудности при интерпретации большинства пословиц и понятий.

6. Очень сильная выраженность: больной не способен понять абстрактный смысл ни одной из предложенных пословиц или образных выражений, классифицирует по функциональному сходству только самые элементарные понятия. Мышление полностью непродуктивно или ограничивается способностью к выделению характерных признаков, определению функционального назначения или идиосинкразическим интерпретациям.

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

Н 6. Нарушение спонтанности и плавности речи

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

4. Умеренная выраженность: речь больного лишена плавности, неровна или прерывиста. Для получения требуемой информации часто приходится задавать наводящие вопросы.

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

6. очень сильная выраженность: ответы больного сводятся к нескольким словам или коротким фразам, направленным на прекращение беседы или резкого сокращения объема общения с врачом (например: “Я не знаю”, “Я не могу говорить об этом”). В результате этого беседа сильно затруднена и непродуктивна.

7. Крайняя степень выраженности: речь больного, как правило, сводится к случайным высказываниям; беседа с ним не возможна.

Н 7. Стереотипное мышление

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: обнаруживается некоторая ригидность установок и представлений. Больной может отказываться от рассмотрения альтернативных соображений или испытывать затруднения при переключении с одной мысли к другой.

4 Умеренная выраженность: беседа все время возвращается к одной и той же теме, больной с трудом переключается на другую тему.

5. Сильная выраженность: ригидность и стереотипность мышления выражены настолько сильно, что беседа, несмотря на противодействие врача ограничивается двумя или тремя преобладающими темами.

6. Очень сильная выраженность: неконтролируемое повторение требований, заявлений, отдельных мыслей или вопросов, что значительно затрудняет беседу.

7. Крайняя степень выраженности: в мышлении, поведении и разговоре больного доминируют постоянно повторяемые идеи или отдельные фразы, что приводит к неадекватности и резкой ограниченности контакта с врачом.

Шкала общих психопатологических синдромов (О)

01. Соматическая озабоченность

Жалобы на физическое здоровье или убежденность в наличии соматического заболевания или расстройства, которые могут варьировать от смутного чувства наличия болезни до отчетливого бреда смертельного соматического заболевания.

Выраженность оценивается на основании высказываний больного в процессе беседы с врачом.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: заметная обеспокоенность своим здоровьем или физическим состоянием, проявляющаяся в задаваемых время от времени вопросах и в желании получить поддержку со стороны врача.

4. Умеренная выраженность: жалобы на плохое здоровье или расстройства отдельных функций организма. Однако, бредовой убежденности нет. Состояние поддается психотерапевтическому воздействию.

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

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

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

02. Тревога

Субъективное переживание нервозности, беспокойства, опасения или волнения. варьирующее от чрезмерной обеспокоенности своим настоящим или будущим до реакции паники. Выраженность оценивается на основе информации.

полученной от больного во время опроса, и по соответствующим физическим проявлениям.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: больной выражает некоторую обеспокоенность, чрезмерное волнение или опасения, что не сопровождается, однако, какими бы то ни было соматическими или поведенческими реакциями.

4. Умеренная выраженность: больной сообщает о повышенной нервозности, беспокойстве, которые сопровождаются появлением легких физических признаков, таких как мелкоразмашистый тремор рук, потливость.

5. Сильная выраженность: больной сообщает о наличии тревоги, что сопровождается появлением соматических и поведенческих реакций, таких как заметная напряженность, ослабление концентрации внимания, сердцебиение и нарушения сна.

6. Очень сильная выраженность: почти постоянное субъективное переживание страха, сопровождающееся фобиями, выраженным беспокойством и разнообразными соматическими проявлениями.

7. Крайняя степень выраженности. жизнь больного в значительной степени нарушена практически постоянным чувством тревоги, которая иногда может переходить в приступы паники.

03. Чувство вины

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: прицельный расспрос выявляет наличие смутного чувства вины и идей самообвинения по поводу незначительного проступка, что, однако, не сильно занимает больного.

4. Умеренная выраженность: больной выражает явную обеспокоенность по поводу какого-то реального проступка, что однако, не отражается на поведении больного; полной охваченности сознания этими мыслями не наблюдается.

5. Сильная выраженность: больной испытывает сильное чувство вины с идеями самоуничтожения или наказания. Чувство вины может быть связано с развитием бредового психоза, может возникать спонтанно, может служить источником озабоченности и/или подавленного настроения и не ослабевает после беседы с врачом.

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

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

04. Напряженность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

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

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

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

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

05. Манерность и позирование

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: некоторая неуклюжесть движений или небольшая застываемость (ригидность) в позах.

4. Умеренная выраженность: заметная неуклюжесть или диспластичность (разорванность) движений, на короткое время больной может принимать неестественные позы.

5. Сильная выраженность: больной временами совершает странные, похожие на ритуальные, движения или застывает в неестественных, искаженных позах на довольно длительные периоды времени.

6. Очень сильная выраженность: частые повторения эксцентричных, “ритуальных” движений, манерность или стереотипные движения; застывание в неестественных позах может наблюдаться на протяжении длительного времени.

7. Крайняя степень выраженности: нормальная жизнедеятельность серьезно нарушена из-за практически постоянного совершения больным ритуальных или стереотипных движений, выраженной манерности или длительного застывания в неестественных позах.

06. Депрессия

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

4. Умеренная выраженность: отчетливые переживания печали и безнадежности, о которых больной может говорить по собственной инициативе, но которые, однако, существенным образом не сказываются на поведении и

социальных отношениях больного. Возможна психотерапевтическая коррекция состояния.

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

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

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

07. Моторная заторможенность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: легкое, но заметное замедление движений и речи. Возможно некоторое снижение продуктивности в разговоре и жестикуляции.

4. Умеренная выраженность: движения больного явно замедлены, речь может быть малопродуктивна, больной подолгу задумывается при ответах на

вопросы, в разговоре появляются продолжительные паузы, скорость речи снижается.

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

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

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

08. МалоCONTACTность (отказ от сотрудничества, малообщительность)

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: больной подчиняется требованиям, проявляя при этом неудовольствие, нетерпение или саркастическое отношение. Старается избегать разговоров на нежелательные темы.

4. Умеренная выраженность: временами больной откровенно отказывается выполнять элементарные требования общежития, например, убирать постель, следовать распорядку дня и т.п.; может давать враждебные, негативистические защитные реакции. что, однако, в большинстве случаев не исключает возможности договориться с ним.

5. Сильная выраженность: больной часто не выполняет правила общежития; окружающие характеризуют его как "изгоя" или как человека с сильно нарушенной способностью к общению. В беседе раздражителен или отгорожен, старается уйти от ответа на многие вопросы.

6. Очень сильная выраженность: больной всячески противодействует сотрудничеству, установлению контакта, проявляет активный негативизм, а иногда бывает настроен воинственно. Он отказывается следовать большинству правил общежития и часто не желает вести беседу с врачом.

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

09. Необычное содержание мыслей

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: несколько странное или идиосинкразическое (несоответствующее общепринятому) содержание мыслей, или употребление известных идей в необычном контексте.

4. Умеренная выраженность: частое искажение мыслей, иногда достигающих уровня эксцентричных.

5. Сильная выраженность: больной высказывает много странных и фантастических мыслей (например, считает себя приемным сыном короля или, что

он только что избежал смерти), а иногда и явно нелепых (например, что он имеет сотни детей. принимает радиосигналы из космоса через зубную пломбу).

6. Очень сильная выраженность: больной высказывает множество алогичных и абсурдных мыслей (например, что имеет три головы. что он пришелец с другой планеты).

7. Крайняя степень выраженности: мышление перегружено нелепыми, эксцентричными и фантастическими идеями.

010. Дезориентированность

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

3. Слабая выраженность: общая ориентировка в целом сохранена; больной испытывает затруднения в некоторых частных вопросах. Например, он может знать, где проживает, но путается в точности адреса. узнает в лицо медицинский персонал, но не знает, чем они занимаются; знает месяц, но путает дни недели или по крайней мере. на два дня ошибается в датах. Иногда может отмечаться сужение круга знаний больного: он может ориентироваться в ближайшем окружении, но не за его пределами. Например. больной знает персонал, с которым ему приходится иметь дело, но не знает фамилий политических деятелей.

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

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

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

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

011. Нарушение внимания

Расстройство целенаправленного внимания, проявляющееся в недостатке сконцентрированности, повышенной отвлекаемости. трудностях сосредоточения, поддержания, переключения внимания на новые объекты. Выраженность оценивается на основании наблюдения за больным на протяжении беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

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

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

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

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

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

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

012. Снижение критичности к своему состоянию

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

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

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

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

5. Сильная выраженность: больной признает наличие психического расстройства в прошлом, но не в настоящем. При расспросах он может указать на наличие некоторых несуществующих или не относящихся к данному заболеванию

симптомов, проявляя тенденцию к их неправильному или даже бредовому истолкованию. Необходимость психиатрического лечения обычно отрицается.

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

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

013. Расстройство воли

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

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

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

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

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

6. Очень сильная выраженность: волевые нарушения препятствуют выполнению даже самых простых автоматических действий, таких как одевание, уход за собой; отмечаются отчетливые расстройства речи.

7. Крайняя степень выраженности: практически полное отсутствие волевых актов, проявляющееся в идеомоторной заторможенности вплоть до полной неподвижности и/или мутизма.

014. Ослабление контроля импульсивности(агрессивность)

Нарушение регуляции и контроля внутренних побуждений, что приводит к неожиданной, немодулированной, произвольной и нецеленаправленной разрядке напряжения и эмоций без учета возможных последствий. Выраженность оценивается по поведению во время беседы и со сведений медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

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

3. Слабая выраженность: в условиях стресса или при неудовлетворенном желании больной легко раздражается или расстраивается, но при этом редко действует импульсивно в соответствии со своими переживаниями.

4. Умеренная выраженность: больной становится гневливым и склонным к словесным нападкам по малейшему поводу, иногда прибегает к угрозам. Могут отмечаться один-два эпизода физического противодействия или склонность к разрушающим действиям.

5. Сильная выраженность: периодически наблюдаются импульсивные разряды, сопровождающиеся оскорблениями, повреждением вещей или угрозами физической расправы. Возможны один-два эпизода нападения на людей, вызывающие необходимость изоляции больного, применения мер стеснения или других способов успокоения больного.

6. Очень сильная выраженность: наблюдаются частые импульсивные (неконтролируемые) вспышки агрессивности, постоянно угрожает или требует,

разрушает окружающие предметы, явно не представляя себе последствия этих действий. Больной проявляет отчетливую тенденцию к насильственным действиям, в том числе нападению на почве сексуального влечения. Поведение может быть обусловлено подчинением императивным галлюцинациям.

7. Крайняя степень выраженности: больной предпринимает непрекращающиеся попытки нападения на людей с целью убийства или изнасилования, склонен к самоповреждению. При этом проявляет особую жестокость. В связи с неспособностью контролировать опасные импульсы больной требует постоянного наблюдения, изоляции или фиксации.

015. Загруженность психическими переживаниями

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

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

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

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

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

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

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

016. Активная социальная устранимость

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

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

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

3. Слабая выраженность: больной чувствует себя неловко в присутствии других людей и предпочитает проводить время в одиночку, хотя при необходимости проявляет социальную активность.

4. Умеренная выраженность: больной неохотно вступает в социальные контакты, нуждается в постоянном поощрении и может неожиданно прервать их при появлении тревоги, подозрительного или враждебного отношения.

5. Сильная выраженность: больной со страхом или гневом отказывается от большинства социальных контактов, несмотря на попытки окружающих вовлечь его в них. Большую часть времени бесцельно проводит в одиночестве.

6. Очень сильная выраженность: из-за сильного страха, враждебного или подозрительного отношения больной проявляет лишь самую необходимую социальную активность. При инициативе со стороны окружающих больной

проявляет явное стремление избежать контактов и обычно старается держаться в стороне от людей.

7. Крайняя степень выраженности: больного не удастся вовлечь в социальные отношения из-за наличия сильного страха, враждебности или бреда преследования. Он всеми силами стремится избежать контактов и остается в полной изоляции.

Шкала депрессии Калгари у больных шизофренией CDSS

1. Депрессия. Как бы вы описали свое настроение за последние 2 недели: были ли вы достаточно бодры или находились в тяжелой депрессии или в плохом расположении духа в последнее время? За последние 2 недели, как часто вы были (словами пациента) каждый день? весь день?

Отсутствует

Легкая степень – выражает некоторую грусть и упадок духа.

Средняя степень – отчетливо депрессивное настроение до половины времени за последние 2 недели; присутствует ежедневно.

Тяжелая степень – выраженное депрессивное настроение, присутствует ежедневно в течение более, чем половины времени, мешает нормальной физической и социальной активности.

2. Безднадежность. Каким вы видите свое будущее? Вы можете представить себе какое-либо будущее, или жизнь представляется вам весьма безднадежной? Вы сдались или всё же вам кажется, что есть основание пытаться что-то сделать?

Отсутствует

Легкая степень – за последнюю неделю безднадежность ощущалась время от времени, но всё же есть некоторая надежда на будущее.

Средняя степень – постоянное ощущение безднадежности средней степени выраженности в течение последней недели. Пациента можно убедить в том, что возможно дела пойдут лучше.

Тяжелая степень – постоянное и причиняющее страдание ощущение безднадежности.

3. Самоуничижение. Как вы оцениваете себя по сравнению с другими людьми? Вы считаете себя лучше или хуже, или таким же, как большинство других? Вы чувствуете себя неполноценным или даже никчемным человеком?

Отсутствует

Легкая степень – пациент чувствует себя несколько неполноценным, но не до такой степени, чтобы чувствовать себя никчемным.

Средняя степень – пациент чувствует себя никчемным, но менее 50% времени.

Тяжелая степень – пациент чувствует себя никчемным более 50% времени. Его можно переубедить.

4. Идеи обвинения. Есть ли у вас чувство, что вас упрекают за что-либо или даже, что вы жертва ложного обвинения? В чем? (Не имеются в виду обоснованные упреки или обвинения, равно как и бредовые идеи виновности)

Отсутствует

Легкая степень – пациент чувствует, что его упрекают, но не обвиняют, менее, чем 50% времени.

Средняя степень – постоянно чувствует, что его упрекают и/или изредка чувствует, что его обвиняют.

Тяжелая степень – постоянно чувствует, что его обвиняют. Если пациента убеждать, он признает, что это не так.

5. Патологическое чувство вины. Имеется ли у вас склонность упрекать себя за мелкие проступки, возможно совершенные в прошлом? Считаете ли вы, что это достойный повод для беспокойства?

Отсутствует

Легкая степень – пациент испытывает избыточное чувство вины по поводу некоего мелкого проступка, но менее 50% времени.

Средняя степень – пациент обычно (более 50% времени) испытывает чувство вины по поводу своих прошлых действий, значимость которых он преувеличивает.

Тяжелая степень – пациент обычно упрекает себя за всё, что было не так, даже если это не его вина.

6. Утренняя депрессия. Когда вы чувствовали депрессию за последние 2 недели, заметили ли вы, что депрессия была хуже в какое-то определенное время дня?

Отсутствует

Легкая степень – депрессия присутствует, но не изменяется в течение дня.

Средняя степень – без наводящих вопросов интервьюера пациент отмечает, что депрессия хуже с утра.

Тяжелая степень – депрессия существенно хуже с утра, сопровождается нарушением функционирования, состояние улучшается во второй половине дня.

7. Раннее пробуждение. Просыпаетесь ли вы утром раньше, чем это нормально для вас? Сколько раз в неделю это происходит?

Отсутствует

Легкая степень – иногда (до двух раз в неделю) просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения или звонка будильника.

Средняя степень – часто (до пяти раз в неделю) просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения или звонка будильника.

Тяжелая степень – ежедневно просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения.

8. Суицид. Бывало ли у вас чувство, что не стоит жить? Хотелось ли вам когда-нибудь покончить с собой? Каким образом вы хотели это сделать? Пытались ли вы когда-нибудь это сделать?

Отсутствует

Легкая степень – часто думал, что было бы лучше умереть, или изредка помышлял о суициде.

Средняя степень – серьезно думал о суициде и имел план, но попыток не было.

Тяжелая степень – суицидальная попытка была организована так, что должна была привести к смерти, но была случайно раскрыта, или использовались неэффективные средства.

9. Наблюдаемая депрессия. Основана на наблюдениях интервьюера в ходе всего опроса. Вопрос «Хочется ли вам плакать?», заданный в соответствующих пунктах опроса, может дать информацию, полезную для этого наблюдения.

Отсутствует

Легкая степень – пациент кажется грустным и мрачным даже при эмоционально нейтральном обсуждении вопросов интервьюера.

Средняя степень – пациент кажется грустным и мрачным в ходе всего опроса, говорит унылым монотонным голосом и временами плачет или готов расплакаться.

Тяжелая степень – пациент замолкает при обсуждении огорчающих его вопросов, часто тяжело вздыхает и плачет в открытую или находится в состоянии скорбного оцепенения.

Краткая шкала оценки когнитивных функций при шизофрении BACS

Таблица А.1 – Краткая шкала оценки когнитивных функций при шизофрении BACS

№	Субтест	Краткое описание
1	Слухоречевая память	Пациенту зачитывается список из 15 слов. Затем он должен их воспроизвести. 5 предъявлений.
2	Рабочая память	Пациенту зачитываются последовательности цифр, которые он должен воспроизвести, упорядочив цифры по возрастанию.
3	Скорость обработки информации (двигательный тест)	Перекладывание жетонов со стола в емкость на скорость в течение 60 секунд.
4	Скорость обработки информации (речевая беглость)	За 60 секунд назвать: 1) слова на определённую букву (фонематическая), 2) животных (семантическая).

Продолжение Таблицы А.1

5	Скорость обработки информации (шифровка)	Пациенту предлагается таблица со знаками и символами, в которой в течение 90 секунд он должен, используя ключ, сопоставлять символы с числами.
6	Проблемно-решающее поведение (тест “Башня Лондона”)	Пациент решает задачи по перемещению объектов, чтобы достичь заданной конфигурации за минимум ходов.

Методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий UPSA

Таблица А.2 – Методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий UPSA

№	Домены	Описание задания
1	Планирование деятельности	Чтение и анализ сценариев, составление последовательности действий, планирование поездок, покупок, рекреационных задач.
2	Финансовые навыки	Подсчёт сдачи, оплата счетов, чтение квитанций, составление и корректировка бюджета.
3	Коммуникативные навыки	Имитированные телефонные звонки: вызов экстренных и сервисных служб, планирование встреч, получение необходимой информации.
4	Пользование транспортом	Планирование маршрутов с пересадками, чтение расписания транспорта, оценка времени и стоимости поездки.
5	Навыки ведения домашнего хозяйства	Составление списка покупок на основе имеющихся продуктов и рецепта, планирование бюджета на покупки.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Психотерапия расстройств шизофренического спектра

Таблица Б.1 – Антипсихотики первого (АПП) и второго (АВП) поколения, применяемые для терапии расстройств шизофренического спектра

Препарат	Тип	Терапевтический диапазон доз (мг/сут)	Дозировка, эквивалентная хлорпромазину 100 мг
Хлорпромазин	АПП	100–1000	1,0
Галоперидол	АПП	2–20	1,6
Трифтазин	АПП	5–30	2,8
Клозапин	АВП	150–600	120,0
Оланзапин	АВП	10–20	3,0
Рисперидон	АВП	2–6	0,8
Кветиапин	АВП	300–750	60,0
Арипипразол	АВП	10–30	4,0
Луразидон	АВП	40–160	16,0

Таблица Б.2 – Вспомогательная фармакотерапия расстройств шизофренического спектра. Нормотимики

Препарат	Терапевтический диапазон доз (мг/сут)
Лития карбонат	600–1200
Вальпроевая кислота	600–1200
Ламотриджин	100–300
Карбамазепин	400–1200

Таблица Б.3 – Вспомогательная фармакотерапия расстройств шизофренического спектра. Анксиолитики

Препарат	Терапевтический диапазон доз (мг/сут)
Диазепам	5–15
Клоназепам	0,5–4
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин	0,5–3

Таблица Б.4 – Вспомогательная фармакотерапия расстройств шизофренического спектра. Корректоры экстрапирамидных нарушений

Препарат	Терапевтический диапазон доз (мг/сут)
Тригексифенидил	2–6
Бипериден	2–8