

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ



Представляем вашему вниманию обзорный перевод
«Клинических рекомендаций по лечению
шизофрении» Американской
психиатрической ассоциации, подготовленный совместными
усилиями научного интернет-портала
«Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии
«Доктор САН» (Санкт-Петербург)

doctorsan.ru
psyandneuro.ru

**Американская Психиатрическая Ассоциация
Организационный комитет по практическим рекомендациям**

John S. McIntyre, M.D., Chair
Sara C. Charles, M.D., Vice-Chair

Daniel J. Anzia, M.D.
Ian A. Cook, M.D.
Molly T. Finnerty, M.D.
Bradley R. Johnson, M.D.
James E. Ninger, M.D.
Paul Summergrad, M.D.
Sherwyn M. Woods, M.D., Ph.D.
Joel Yager, M.D.

Area and Component Liaisons

Robert Pyles, M.D. (Area I)
C. Deborah Cross, M.D. (Area II)
Roger Peele, M.D. (Area III)
Daniel J. Anzia, M.D. (Area IV)
John P. D. Shemo, M.D. (Area V)
Lawrence Lurie, M.D. (Area VI)
R. Dale Walker, M.D. (Area VII)
Mary Ann Barnovitz, M.D.
Sheila Hafter Gray, M.D.
Sunil Saxena, M.D.
Tina Tonnu, M.D.

Medical Editors, Quick Reference Guides

Michael B. First, M.D.
Laura J. Fochtmann, M.D.

Staff

Robert Kunkle, M.A., Senior Program Manager
Amy B. Albert, B.A., Assistant Project Manager
Claudia Hart, Director, Department of Quality Improvement
and Psychiatric Services
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., Director, Division of Research

А. Психиатрическая помощь

1. Оцените симптомы и поставьте диагноз.

- Принимая во внимание другие психотические расстройства, проведите точную дифференциальную диагностику с учетом важности последствий для краткосрочного и долгосрочного планирования лечения. Если нельзя установить определенный диагноз, но у пациента есть продромальная симптоматика и риск психоза, чаще проводите повторные осмотры.
- Уточняйте диагноз и меняйте план лечения по мере поступления новой информации о пациенте и его симптомах.
- Определите цели лечения, оценивайте результаты и сохраняйте реалистичные ожидания по поводу той степени улучшения, по которой вы будете судить об успешности лечения.
- Пользуйтесь объективными, количественными шкалами оценки для мониторинга клинического статуса (e.g. AIMS, SCID, BPRS, PANSS).

2. Составьте план лечения и следуйте ему.

- Выберите определенный тип лечения. Процесс подбора лечения повторяется по мере укрепления связи с пациентом.

3. Позаботьтесь о терапевтическом альянсе и приверженности лечению

→ Выясните, какие у пациента цели и устремления, чтобы привязать их к результатам лечения, тем самым усиливая приверженность лечению.

→ Определите, какие факторы ухудшают приверженность лечению, и примите меры (е.g. мотивационные беседы).

Факторы, ухудшающие приверженность лечению:

- непонимание пациентом того, что он болен и ему нужно принимать лекарства,
- представления пациента о незначительности выгод от лечения (е.g. недостаточное ослабление симптомов) и рисках, связанных с лечением (е.g. неприятные побочные эффекты, дискриминация, ассоциирующаяся с психиатрическим лечением),
- когнитивные ухудшения,
- разрыв терапевтического альянса,
- практические препятствия финансового характера или трудности с проездом,
- культурные установки,
- недостаток семейной или социальной поддержки.

→ Если пациент систематически не появляется на приеме или иным образом проявляет неприверженность лечению, сделайте шаг по направлению к пациенту – позвоните по телефону, навестите его дома.

4. Повышайте уровень осведомленности пациента и членов его семьи.

→ Научите пациента распознавать ранние признаки рецидива для того, чтобы предотвратить полномасштабный возврат болезни.

→ Объясните членам семьи пациента природу заболевания, способы предотвращения рецидивов и улучшения качества жизни пациента.

5. Лечите коморбидные состояния, особенно депрессию, зависимость от психоактивных веществ и посттравматическое стрессовое расстройство.

6. Обращайте внимание на жизненные обстоятельства пациента.

→ Сотрудничайте с медработниками, пациентом, членами его семьи так, чтобы, при необходимости, пациент получил дополнительную помощь.

7. Привлекайте к лечению нескольких врачей.

8. Тщательно документируйте ход лечения, поскольку пациент может продолжить лечение у другого врача.

В. Острая фаза

Цели лечения

- Предотвратить вред.
- Восстановить контроль над поведением.
- Ослабить тяжесть психоза и связанных симптомов (e.g. ажитация, агрессия, негативные симптомы, аффективные симптомы).
- Заняться теми факторами, которые привели к обострению.
- Как можно скорее вернуть пациента к наилучшему уровню функционирования.
- Создать альянс с пациентом и его семьей.
- Сформулировать план лечения на ближайшее время и на дальнейшую перспективу.
- Установить контакт с пациентом для наблюдения после завершения лечения.

1. Оценка острой фазы

Цели при оценке острой фазы

- Определите причину рецидива или обострения (e.g. отказ от лекарств).
- Конкретизируйте или подтвердите диагноз.
- Определите наличие коморбидных психических или соматических заболеваний, включая зависимость от психоактивных веществ.
- Оцените общее состояние здоровья.
- Определите сильные стороны и слабости пациента.
- Привлеките пациента к участию в терапевтическом альянсе.

Проведите тщательное начальное обследование, включающее сбор истории психических и соматических заболеваний, а также оценку психического и физического статуса пациента.

Если пациент не против, опросите членов семьи или других близких пациенту людей.

В экстренных ситуациях (e.g. угроза для безопасности), допустимо пообщаться со знающими пациентами людьми без его согласия.

Проведите лабораторные исследования: общий анализ крови, анализы на электролиты и глюкозу в крови, оценку функций печени, почек, щитовидной железы, тест на сифилис и, при необходимости, токсикологические анализы мочи или крови, тесты на гепатит С и ВИЧ.

- Сделайте КТ или МРТ (МРТ предпочтительнее) пациентам с началом психоза или с нетипичной клинической картиной; данные томографии (e.g. увеличение желудочков, уменьшение объема коры) могут укрепить уверенность в диагнозе, помочь составить план лечения и определить прогноз.
- Оцените факторы риска суицида (попытки в прошлом, депрессивное настроение, мысли о суициде, императивные галлюцинации, чувство безнадежности, тревожность, экстрапирамидные побочные эффекты, злоупотребление алкоголем или другими веществами).
- Оцените вероятность опасного или агрессивного поведения, нанесения вреда другим людям.

2. Психиатрическая помощь в острой фазе

- Снизьте влияние возбуждающих и стрессовых отношений, внешних факторов и жизненных событий.
- Проинформируйте пациента (с учетом возможностей пациента усвоить информацию) о природе болезни и ее лечении.
- Познакомьтесь с членами семьи.

3. Использование антипсихотиков в острой фазе

Начинайте лечение антипсихотиками как можно скорее. Можно отложить начало лечения, если пациенту требуется расширенная диагностика, или он отказывается от лекарств, или его психоз вызван психоактивными веществами или острой стрессовой реакцией.

До начала лечения, насколько это возможно, объясните пациенту риски и выгоды, связанные с приемом лекарств, обозначьте целевые симптомы (e.g. тревожность, нарушения сна, галлюцинации и бред) и побочные эффекты (e.g. ортостатическая гипотензия, головокружение, дистония, бессонница и седация).

Для последующего мониторинга антипсихотической терапии соберите исходные данные:

- Измерьте жизненные показатели (пульс, артериальное давление, температура).
- Измерьте вес, рост, индекс массы тела.
- Оцените экстрапирамидную симптоматику и ненормальные произвольные движения.
- Определите наличие факторов риска диабета и сделайте анализ крови на сахар.
- Определите наличие симптомов гиперпролактинемии.
- Выполните липидограмму.
- Выполните ЭКГ и сделайте анализ крови на калий прежде чем начинать лечение тиоридазином, мезоридазином или пимозидом; при наличии факторов кардиологического риска, выполните ЭКГ прежде чем начинать лечение зипрасидоном.
- Проведите офтальмологический осмотр с помощью щелевой лампы, когда начинаете лечение антипсихотиками при повышенном риске катаракты.
- Определите наличие изменений в зрении.
- Женщинам детородного возраста можно провести тест на беременность.

Сведите к минимуму острые побочные эффекты (e.g. дистония), которые могут повлиять на отношение к фармакологическому лечению.

Примите незамедлительные, экстренные меры если пациент с острым психозом проявляет агрессию по отношению к себе или другим.

- Поговорите с целью успокоить пациента.
- Физическое ограничение пациента должно осуществляться только теми, кто обучен технике безопасного усмирения.
- Используйте парентерально антипсихотики короткого действия первого или второго поколения с (или без) бензодиазепинами парентерально.
- Как альтернативу можно использовать быстрорастворимые препараты второго поколения орально (e.g. оланзапин, рисперидон) или концентраты для орального приема (e.g. рисперидон, галоперидол).

При лечении руководствуйтесь Таблицами 1 и 2, а также Рисунком 1.

Выбор лекарства зависит от следующих факторов:

- Прежний ответ на лечение
- Опыт побочных эффектов
- Профиль побочных эффектов препарата (см. Табл. 3)
- Предпочтения пациента, включая способ приема
- Доступные формы препарата (e.g. таблетки, быстрорастворимые таблетки, концентраты для орального приема, инъекции короткого и длительного действия)

ТАБЛИЦА 1 Обычно используемые антипсихотики

Антипсихотик	Рекомендованная доза (мг/день) ^а	Эквивалент дозы хлорпромазина (мг/день) ^б	Период полувыведения (часы) ^с
Препараты первого поколения			
<i>Фенотиазины</i>			
Хлорпромазин	300-1000	100	6
Флуфеназин	5-20	2	33
Мезоридазин	150-400	50	36
Перфеназин	16-64	10	10
Тиоридазин	300-800	100	24
Трифлуоперазин	15-50	5	24
<i>Бутирофенон</i>			
Галоперидол	5-20	2	21
<i>Другие</i>			
Локсапин	30-100	10	4
Молиндон	30-100	10	24
Тиотиксен	15-50	5	34
Препараты второго поколения			
Арипипразол	10-30		75
Клозапин	150-600		12
Оланзапин	10-30		33
Кветиапин	300-800		6
Рisperидон	2-8		24
Зипрасидон	120-200		7

^аРекомендованные дозы взяты из 2003 Schizophrenia Patient Outcome Research Team recommendations (Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, et al.: "The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003" *Schizophr Bull*)

^бПриблизительная доза эквивалентная 100 мг хлорпромазина (относительная активность). Эквивалент хлорпромазина не рассчитывается для антипсихотиков второго поколения (Centorrino F, Eakin M, Bahk WM, et al.: "Inpatient Antipsychotic Drug Use in 1998, 1993, and 1989." *Am J Psychiatry* 159:1932-1935, 2002).

^сПериод полувыведения - время, которое требуется для уменьшения концентрации лекарства в крови в два раза; знание периода полувыведения помогает определить интервал приема лекарств. (Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG (eds.): *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10th ed. New York, McGraw-Hill Professional, 2001). Период полувыведения лекарства нельзя путать с полувыведением его активных метаболитов.

ТАБЛИЦА 2. Выбор препаратов в острой фазе шизофрении

Особенности пациента	Группа 1: препараты первого поколения	Группа 2: рисперидон, оланзапин, кветиапин, зипрасидон или арипипразол	Группа 3: с длительным сроком действия	Группа 4: Инъекционные антипсихотики
Первый эпизод		Да		
Неослабевающие суицидальные идеи и суицидальное поведение		Да		
Неослабевающая враждебность и агрессивное поведение		Да		
Поздняя дискинезия		Да; не все препараты группы 2 одинаковы в отношении поздней дискинезии	Да	
Ранее были реакции на экстрапирамидные побочные эффекты		Да, кроме высоких доз рисперидона		
Ранее в ходе лечения повышался пролактин		Да, кроме рисперидона		
Ранее в ходе лечения наблюдались повышение веса, гипергликемия или гиперлипидемия		Зипрасидон или арипипразол		
Отсутствие приверженности фармакологическому лечению				Да

РИСУНОК 1. Лечение шизофрении

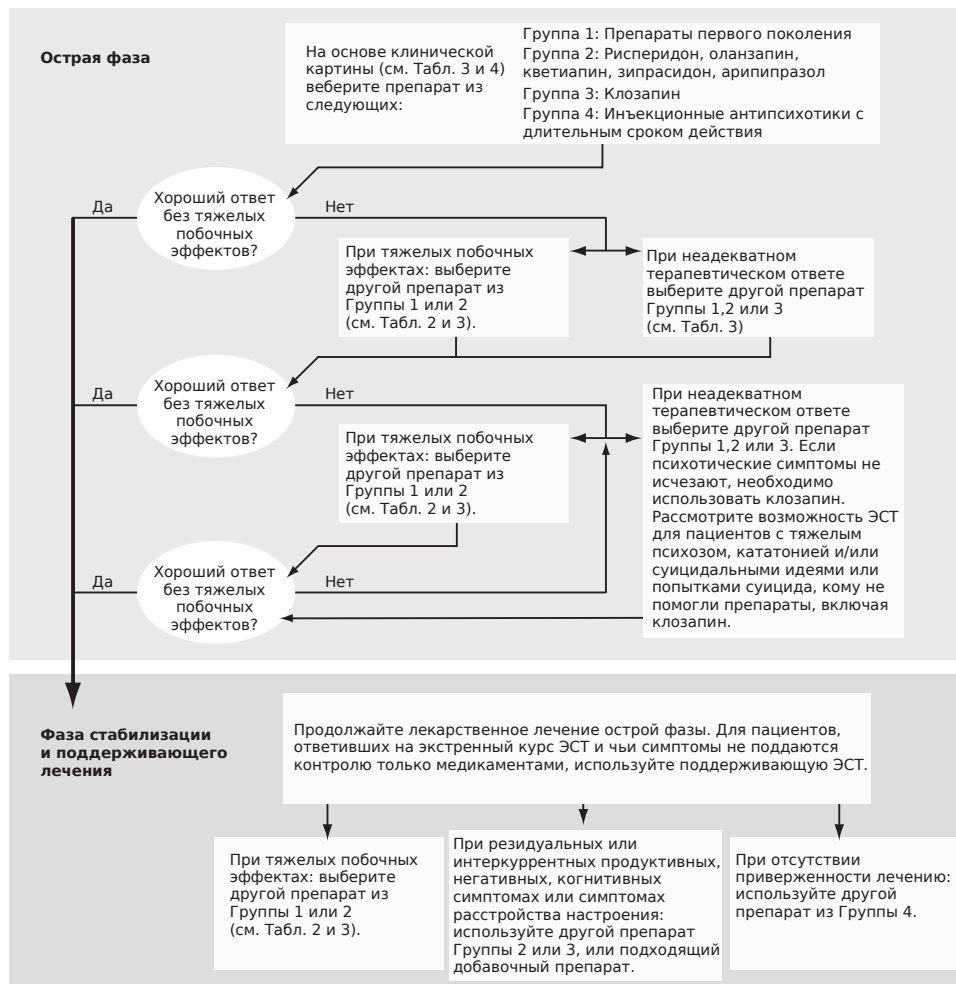


ТАБЛИЦА 3 Некоторые побочные эффекты часто используемых антипсихотиков

Препарат	Экстрапирамидные побочные эффекты / поздняя дискинезия				Рост массы тела	Нарушение уровня глюкозы	Нарушение липидного профиля	Удлинение интервала QT	Седация	Гипотензия	Антихолинергические побочные эффекты
	Повышение пролактина	Повышение массы	Нарушение уровня	Нарушение							
Тиоридазин	+	++	+	+?	+	+?	+	+++	++	++	++
Перфеназин	++	++	+	+?	+	+?	+	0	+	+	0
Галоперидол	+++	+++	+	0	+	0	0	0	++	0	0
Клозапин ^a	0 ^b	0	+++	+++	+++	+++	+++	0	+++	+++	+++
Рisperидон	+	+++	+	+	+	+	+	+	+	+	0
Оланзапин	0 ^b	0	+++	+++	+++	+++	+++	0	+	+	++
Кветиапин ^c	0 ^b	0	++	++	++	++	++	0	++	++	0
Зипрасидон	0 ^b	+	0	0	0	0	0	++	0	0	0
Арипипразол ^d	0 ^b	0	0	0	0	0	0	0	+	0	0

0 = Риска нет или в редких случаях на терапевтической дозе. + = Иногда мягкие побочные эффекты на терапевтической дозе.
++ = Иногда побочные эффекты на терапевтической дозе. +++ = Частые побочные эффекты на терапевтической дозе.
? = Слишком мало данных, чтобы делать выводы.

^aТакже вызывает агранулоцитоз, судороги и миокардит.

^bВозможное исключение – акатизия.

^cЕсть риск развития катаракты.

^dВызывает тошноту и головную боль.

Источники: Tandon R: "Antipsychotic Agents," in *Current Psychotherapeutic Drugs*, Second Edition. Edited by Quitkin FM, Adams DC. Bowden CL, et al. Philadelphia, PA, Current Medicine, 1998, pp. 120–154, with permission of Current Medicine, Inc.

3. Использование антипсихотиков в острой фазе (продолжение)

Используйте антипсихотики второго поколения как лечение первой линии, из-за сниженного риска экстрапирамидных расстройств и поздней дискинезии.

- Антипсихотики первого поколения могут быть препаратами выбора в отдельных случаях, а также если у пациентов есть успешный опыт их использования или они предпочитают именно эти препараты.
- В основном антипсихотики обладают одинаковой эффективностью при лечении продуктивной симптоматики, за исключением клозапина у пациентов с резистентными симптомами.
- Антипсихотики второго поколения эффективнее при лечении психопатологии в целом, когнитивной, негативной симптоматики и симптоматики, связанной с расстройствами настроения.

Используйте инъекционные антипсихотики длительного действия при лечении пациентов с повторяющимися рецидивами, связанными с частичной или полной неприверженностью лечению. Логично начинать лечение с оральной формы этих препаратов (e.g. флуфеназин, галоперидол и рисперидон).

Титруйте настолько быстро, насколько позволяет переносимость, поднимая до целевой терапевтической дозы (седация, ортостатическая гипотензия и тахикардия – обычные побочные эффекты, ограничивающие подъем дозы), отслеживайте клиническую картину в течение как минимум 2-4 недель.

- Оптимальная доза для антипсихотиков первого поколения в большинстве случаев находится на "пороге экстрапирамидной симптоматики" или же это доза, при которой наблюдается минимальная ригидность во время физического осмотра.
- Для антипсихотиков второго поколения целевая доза обычно находится в пределах, указанных производителем.

- Если нет улучшений, выясните, не связано ли это с недостаточной приверженностью лечению, ускоренным метаболизмом или плохой абсорбцией лекарств.
- Если клинический ответ на препарат зависит от его концентрации в крови (e.g. галоперидол, клозапин), выясните этот параметр.
- Если пациент привержен лечению, концентрация препарата в крови адекватная, но ответа на лечение нет, повысьте дозу на определенный период (при хорошей переносимости) или смените препарат.

4. Вспомогательные препараты в острой фазе

- Используйте вспомогательные препараты для лечения коморбидных состояний (e.g. депрессия, ОКР) или связанных симптомов (e.g. ажитация, агрессия, аффективные симптомы), для улучшения сна и для смягчения побочных эффектов антипсихотиков.
- Имейте в виду, что некоторые антидепрессанты (ингибиторы обратного захвата катехоламина) могут поддерживать или усиливать психотические симптомы у некоторых людей.
- Бензодиазепины помогают против тревожности и ажитации в острой фазе шизофрении.
- Стабилизаторы настроения и бета-блокаторы могут эффективно снижать уровень враждебности и агрессии.

4. Вспомогательные препараты в острой фазе (продолжение)

→ Принимая решение о профилактике экстрапирамидных побочных эффектов, учитывайте следующие моменты:

- Способность конкретных антипсихотических препаратов вызывать экстрапирамидные симптомы (см. Табл. 3)
- Предпочтения пациента
- История экстрапирамидной симптоматики у пациента
- Другие факторы риска экстрапирамидных симптомов (в особенности факторы риска дистонии)
- Факторы риска и потенциальные последствия антихолинергических побочных эффектов

→ К другим возможным стратегиям лечения при появлении экстрапирамидных симптомов относится снижение дозы антипсихотика или переход на другой антипсихотик.

5. ЭСТ и другие виды терапии в острой фазе

→ Добавьте ЭСТ к антипсихотическому лечению пациентов с шизофренией или шизоаффективным расстройством, у которых не прекращаются тяжелый психоз и/или суицидальные идеи или попытки, и которым ничто не помогло, включая клозапин.

→ Также рассмотрите возможность применения ЭСТ при лечении пациентов с тяжелой кататонией, которые не ответили на экстренный курс лоразепама (e.g. 1-2 мг i.v. или i.m., или 2-4 мг p.o., с повторением при необходимости каждые 48-72 часов).

→ ЭСТ помогает пациентам с шизофренией и коморбидной депрессией, если депрессивные симптомы не поддаются лечению или если присутствуют черты, которые делают скорейший ответ на лечение необходимым — истощение или суицидальные идеи и попытки.

6. Некоторые особенности лечения первого эпизода

→ Подробно изучите и задокументируйте признаки и симптомы, потому что первый эпизод психоза может быть полиморфным и эволюционировать в различные расстройства (e.g. шизофреноформное расстройство, биполярное расстройство, шизоаффективное расстройство).

→ Больше 70 % пациентов после первого эпизода достигают полной ремиссии в течение 3-4 месяцев, больше 80 % достигают стабильной ремиссии за год. О плохом прогнозе говорят следующие факторы:

- мужской пол
- пренатальная или родовая травма
- особенно тяжелые галлюцинации и бред
- нарушения внимания
- плохое функционирование в преморбидный период
- большая длительность нелеченного психоза
- развитие экстрапирамидных побочных эффектов
- напряженный эмоциональный климат (e.g. враждебное, критическое отношение со стороны окружающих, гиперопека и высокий уровень эмоциональности).

→ Стремитесь к тому, чтобы свести к минимуму риск рецидива, из-за его клинических, социальных и профессиональных последствий (повторение эпизодов ассоциируется с повышением риска хронических резидуальных симптомов и свидетельствует о нейроанатомических изменениях).

→ Поставьте перед пациентом цели: не употреблять каннабиноиды и психостимуляторы, научиться справляться со стрессом и продолжать поддерживающее лечение антипсихотиками.



6. Некоторые особенности лечения первого эпизода (продолжение)

Откровенно обсудите высокий риск рецидива и факторы, снижающие риск. Разумные подходы к лечению:
1) бессрочное поддерживающее лечение антипсихотиками
2) прекращение приема лекарств с последующим наблюдением и планом возобновления приема антипсихотиков при возвращении симптомов.

С. Фаза стабилизации

Цели лечения

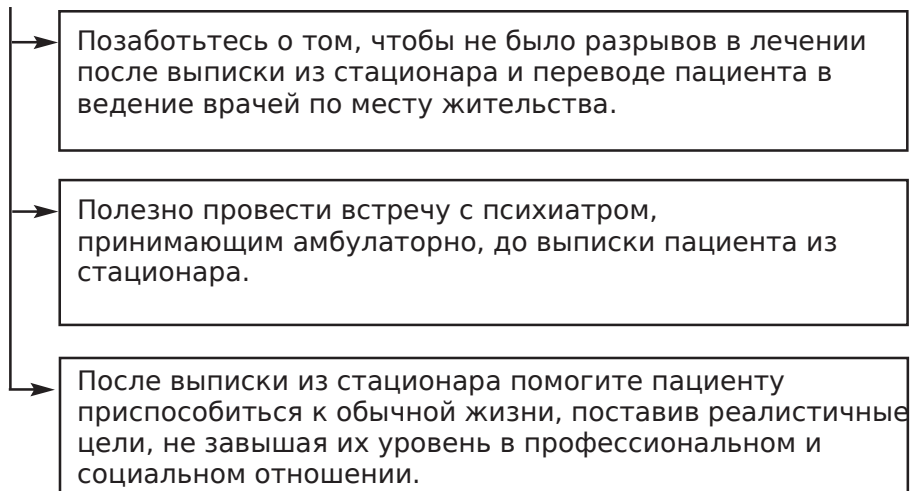
- Сведите к минимуму стресс пациента и риск рецидива.
- Помогите пациенту адаптироваться к нормальной жизни
- Содействуйте ослаблению симптоматики и закреплению ремиссии, способствуйте процессу исцеления.

Когда пациент достигнет адекватного терапевтического результата при минимальных побочных эффектах, отслеживайте ответ на тот же препарат в той же дозе следующие 6 месяцев.

Наблюдайте за побочными эффектами, появившимися в острой фазе, и корректируйте фармакотерапию так, чтобы свести их к минимуму.

Продолжайте поддерживающую психотерапию.

Начните объяснять пациенту (и продолжайте объяснять членам его семьи) ход болезни и сделайте акцент на важности приверженности лечению.

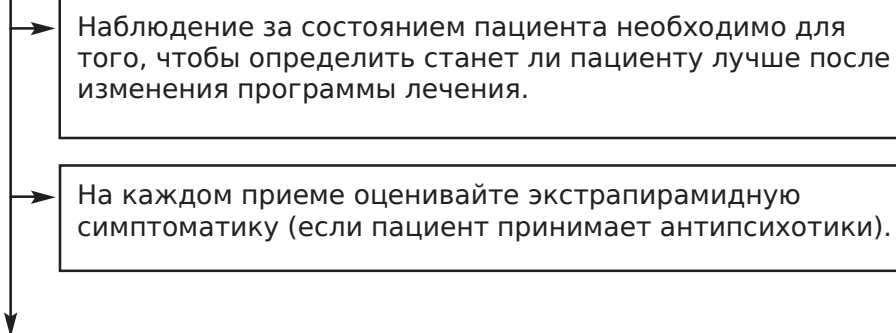


D. Стабильная фаза

Цели лечения

- Поддерживайте ремиссию или контроль над симптомами.
- Поддерживайте или повышайте уровень функционирования и качества жизни пациента.
- Эффективно реагируйте на усиление симптомов или рецидивы.
- Продолжайте следить за побочными эффектами.

1. Оценка состояния в стабильной фазе



1. Оценка состояния в стабильной фазе (продолжение)

→ Проводите осмотр на предмет непроизвольных движений каждые 6 месяцев у пациентов, принимающих антипсихотики первого поколения, и каждые 12 месяцев у пациентов, принимающих антипсихотики второго поколения. Пациентам из группы повышенного риска (e.g. пожилые люди) следует проходить такой осмотр каждые 3 месяца, если принимаются антипсихотики первого поколения, каждые 6 месяцев, если принимаются антипсихотики второго поколения.

→ Измеряйте вес и индекс массы тела (ИМТ) пациента на каждом приеме в течение 6 месяцев, и далее каждые 3 месяца. Пациентам с повышенным ИМТ или ожирением нужно систематически следить за параметрами, на которые влияет ожирение (e.g. артериальное давление, липидный профиль, клинические симптомы диабета).

→ Через 4 месяца, а затем ежегодно выполняйте анализы крови на глюкозу или гликированный гемоглобин, а также ежегодно или по клиническим показателям проверяйте другие биохимические показатели крови (e.g. электролиты, функции почек, печени и щитовидной железы); если есть клинические показания, выполняйте токсикологические исследования.

→ В зависимости от того, какие препараты назначены, проводите другие исследования, включая оценку жизненных показателей, общий анализ крови, ЭКГ, скрининг на гиперпролактинемия и офтальмологический осмотр.

→ Если пациент не возражает, поддерживайте контакт с теми, кто заметит возвращение симптомов и будет знать о стрессовых событиях в жизни пациента.

2. Психосоциальная помощь в стабильной фазе

→ Подберите подходящие психосоциальные мероприятия, соответствующие нуждам пациента и социальному контексту.

→ К психосоциальным мероприятиям, показавшим эффективность, относятся:

- работа с семьей пациента
- поддержка в трудоустройстве
- тренинг социальных навыков
- когнитивно-поведенческая психотерапия

3. Антипсихотики в стабильной фазе

→ В стабильной фазе антипсихотики снижают вероятность рецидива до уровня менее 30 %.

→ В большинстве случаев антипсихотики первого поколения надо прописывать в дозе близкой к "порогу экстрапирамидной симптоматики" (т.е. в дозе, вызывающей экстрапирамидные побочные эффекты с минимальной ригидностью, обнаруживаемой на осмотре).

→ Антипсихотики второго поколения в основном применяются в тех терапевтических дозах, которые не вызывают экстрапирамидные побочные эффекты.

→ Оцените выгоды от снижения антипсихотиков до "минимальной эффективной дозы" в сопоставлении с повышением риска рецидива и обострения симптомов шизофрении.

→ Выясните, не являются ли резидуальные негативные симптомы на самом деле проявлением паркинсонизма или невылеченной депрессии, и назначьте соответствующее лечение.

4. Вспомогательные препараты в стабильной фазе

В стабильной фазе добавляйте к антипсихотикам другие психотропные препараты для лечения коморбидных состояний, агрессии, тревожности или расстройств, связанных с настроением; для аугментации антипсихотических эффектов основных препаратов; для ослабления побочных эффектов.

5. ЭСТ в стабильной фазе

Поддерживающая ЭСТ может быть полезна тем пациентам, кто ответил на лечение ЭСТ в острой фазе, но исключительно фармакологическая профилактика для них неэффективна или плохо переносится.

Е. Особенности лечения пациентов с резистентной формой болезни

Убедитесь в том, что пациент получал адекватное лечение антипсихотиками, была ли адекватной доза и принимал ли пациент лекарство так, как было назначено.

Если пациенту не становилось лучше после применения двух антипсихотиков (как минимум один из них был антипсихотиком второго поколения), а также в случаях, когда, несмотря на лечение, не прекращаются суицидальные идеи и попытки, рассмотрите возможность применения клозапина.

- В зависимости от типа резидуальных симптомов (e.g. продуктивные, негативные, когнитивные и симптомы, связанные с расстройством настроения; агрессивное поведение), стратегии аугментации заключаются в добавлении других антипсихотиков, антиконвульсантов или бензодиазепинов.
- ЭСТ показывает эффективность при лечении пациентов с резистентной симптоматикой.
- Когнитивно-поведенческая терапия помогает с низким риском побочных эффектов улучшить продуктивную симптоматику.

F. Негативные симптомы

- Выясните, какие факторы могут поддерживать существование вторичной негативной симптоматики.
- Если негативные симптомы носят вторичный характер, лечите их причину: антипсихотики для продуктивных симптомов, антидепрессанты для депрессии, анксиолитики для тревожных расстройств, а для экстрапирамидных побочных эффектов антипаркинсонические препараты или снижение дозы антипсихотиков.
- Если негативные симптомы сохраняются, допустимо предположить, что они носят первичный характер; для таких случаев лечения с доказанной эффективностью не существует, но можно использовать клозапин или антипсихотики второго поколения.

Г. Выбор условий для лечения

К показаниям для госпитализации относится наличие серьезной угрозы, которую пациент представляет для себя или других людей, а также неспособность позаботиться о себе и потребность в уходе.

К другим показаниям для госпитализации относятся соматические или психиатрические проблемы, которые делают амбулаторное лечение небезопасным или неэффективным.

Решение об изменении формата лечения принимается на основе факторов, указанных в Таблице 4.

ТАБЛИЦА 4. Факторы для определения формата лечения

Доступность того или иного формата лечения

Клиническая картина

- Возможность нанесения пациентом вреда себе или другим людям
- Потребность во внешней поддержке
- Способность сотрудничать в ходе лечения

Желание пациента и членов его семьи

Требования лечебного плана

- Потребности в специфическом лечении или поддержании специфической интенсивности лечения, которые могут быть реализованы только в определенных условиях.
- Потребность в особом лечении коморбидных психических или соматических заболеваний.

Особенности места лечения

- Степень поддержки, ограничений и регламентации
- Возможность удержать пациента от нанесения вреда себе и другим
- Доступность различных лечебных возможностей, включая лечение соматических заболеваний и реабилитационные услуги
- Доступность психосоциальных мероприятий, облегчающих принятие пациентом лечения и помогающих психиатру собирать информацию о клиническом статусе пациента и ответе на лечение
- Возможность ухода за пациентами в состоянии психоза или тяжелой ажитации
- Время работы
- Общая характеристика места и философия лечения

Бытовые условия пациента

- Семейные обстоятельства
- Доступность системы социальной помощи