



6A20 Шизофрения

Основные (необходимые) признаки:

- Как минимум два из следующих признаков должны присутствовать (со слов пациента или по наблюдениям врача или из других источников информации) большую часть времени на протяжении месяца или дольше. Хотя бы один из квалификационных симптомов должен быть в перечне от (a) до (d):
 - a) Стойкий бред (например, бред величия, бред отношения, бред преследования).
 - b) Повторяющиеся галлюцинации (преимущественно слуховые, хотя они могут быть любой сенсорной модальности).
 - c) Дезорганизованное мышление (нарушение формы мышления – например, резонерство и разорванность ассоциаций, бессвязная речь, неологизмы). При тяжелой степени выраженности симптоматики речь может быть настолько бессвязной, что становится непонятной (“словесная крошка”).
 - d) Ощущения воздействия, овладения или контроля (например, ощущение, что чувства, желания, побуждения к действию и мысли не принадлежат человеку, а вкладываются или отнимаются другими, или что мысли транслируются другим лицам).
 - e) Негативные симптомы, такие как притупленный аффект, алогия или обеднение речи, абулия, асоциальность и ангедония.
 - f) Значительная дезорганизованность поведения, заметная при любой форме целенаправленной деятельности (например, поведение, выглядящее нелепым или бессмысленным, непредсказуемые и неуместные эмоциональные реакции, которые мешают упорядочить поведение).
 - g) Психомоторные нарушения, такие как кататоническое возбуждение или ажитация, застывание, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор.

Примечание: Если в контексте шизофрении наблюдается полная картина симптомов кататонии, следует также использовать диагноз “Кататония, связанная с другим психическим расстройством”.

- Симптомы не являются проявлением другого заболевания (например, опухоли мозга), и не являются следствием воздействия психоактивных веществ или лекарственных средств (например, кортикостероидов) на центральную нервную систему, включая синдром отмены (например, алкогольная абстиненция).

Уточняющие критерии течения шизофрении

Следующие спецификаторы должны применяться для определения течения шизофрении, в том числе для определения того, соответствует ли пациент в настоящее время диагностическим критериям шизофрении или он находится в частичной или полной ремиссии. Спецификаторы также используются для указания на то, что текущий эпизод является первым, или уже было несколько таких эпизодов, или симптомы сохранялись непрерывно в течение длительного периода времени.

6A20.0 Шизофрения, первый эпизод

- Спецификатор “первый эпизод” должен применяться, когда текущий или последний по времени эпизод отвечает всем диагностическим критериям шизофрении (симптоматика и продолжительность) и симптоматика появилась первый раз в жизни. Если ранее уже был эпизод шизофрении или шизоаффективного расстройства, следует использовать спецификатор “множественные эпизоды”.

6A20.00 Шизофрения, первый эпизод, текущая симптоматика

- Все критерии (симптоматика и продолжительность), необходимые для диагностики шизофрении присутствуют в данный момент или в течение последнего месяца.
- Ранее не было эпизодов шизофрении или шизоаффективного расстройства.

Примечание: Если эпизод длится больше года, тогда, в зависимости от клинической ситуации, следует использовать спецификатор “непрерывное течение”.

6A20.01 Шизофрения, первый эпизод, частичная ремиссия

Состояние не отвечает полностью диагностическим критериям шизофрении в течение месяца, но некоторые клинически значимые симптомы сохраняются, что может как сопровождаться, так и не сопровождаться нарушением функционирования.

Ранее не было эпизодов шизофрении или шизоаффективного расстройства.

6A20.02 Шизофрения, первый эпизод, полная ремиссия

- Состояние не отвечает полностью диагностическим критериям шизофрении в течение месяца; клинически значимые симптомы отсутствуют.
- Ранее не было эпизодов шизофрении или шизоаффективного расстройства.

6A20.1 Шизофрения, множественные эпизоды

- Спецификатор “множественные эпизоды” должен применяться, когда отмечались, как минимум, два эпизода, отвечающих всем диагностическим критериям симптоматики шизофрении или шизоаффективного расстройства, с периодом неполной или полной ремиссии между эпизодами, продолжительностью не менее 3 месяцев, а текущий или последний по времени эпизод соответствует критериям шизофрении. Одномесячный критерий, используемый для диагностики первого эпизода, не применяется для диагностики последующих эпизодов. В период ремиссии состояние лишь частично соответствует или вовсе не соответствует диагностическим критериям шизофрении.

6A20.10 Шизофрения, множественные эпизоды, текущая симптоматика

- Все критерии симптоматики необходимые для диагностики шизофрении присутствуют в данный момент или в течение последнего месяца. Одномесячный критерий, используемый для диагностики первого эпизода, не применяется для диагностики последующих эпизодов.
- Отмечались как минимум два эпизода шизофрении или ранее был эпизод шизоаффективного расстройства с периодом частичной или полной ремиссии между эпизодами продолжительностью не менее 3 месяцев.

6A20.11 Шизофрения, множественные эпизоды, частичная ремиссия

- Состояние не отвечает полностью диагностическим критериям шизофрении в течение последнего месяца, но некоторые клинически значимые симптомы сохраняются, что может как сопровождаться, так и не сопровождаться нарушением функционирования.
- Отмечались как минимум два эпизода шизофрении или ранее был эпизод шизоаффективного расстройства с периодом частичной или полной ремиссии между эпизодами продолжительностью не менее 3 месяцев.

6A20.12 Шизофрения, множественные эпизоды, полная ремиссия

- Состояние не отвечает полностью диагностическим критериям шизофрении в течение последнего месяца; клинически значимые симптомы отсутствуют.

- Отмечались как минимум два эпизода шизофрении или ранее был эпизод шизоаффективного расстройства с периодом частичной или полной ремиссии между эпизодами продолжительностью не менее 3 месяцев.

6A20.2 Шизофрения, непрерывное течение

- Спецификатор “непрерывное течение” должен применяться, когда симптомы, соответствующие всем диагностическим критериям шизофрении, наблюдаются на протяжении всей жизни пациента с момента начала болезни, а периоды субклинической выраженности симптомов очень коротки по отношению к общему времени заболевания. Чтобы применять этот спецификатор к первому эпизоду, шизофрения должна длиться как минимум год. В таком случае спецификатор “непрерывное течение” должен использоваться вместо спецификатора “первый эпизод”.

Клинические особенности:

- Манифест шизофрении может быть острым, с выраженными нарушениями, проявляющимися в течение нескольких дней, или незаметным, с постепенным развитием признаков и симптомов.
- Продромальная фаза часто предваряет появление психотических симптомов на недели и месяцы. Характерными признаками этой фазы часто является потеря интереса к работе или социальной активности, пренебрежение к своему внешнему виду и личной гигиене, инверсия цикла сон/бодрствование и невыраженные психотические симптомы, сопровождающиеся негативными симптомами, тревожностью/ажитацией или депрессивными симптомами различной степени тяжести.
- Между острыми эпизодами могут быть резидуальные фазы, которые феноменологически сходны с продромальным периодом.
- Шизофрения часто связана со значительным дистрессом и значительным ухудшением функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах жизни. Однако наличие дистресса и психосоциальных нарушений не является необходимым условием для постановки диагноза шизофрении.

Границы с нормой:

- Симптомы, подобные психотическим, или необычный субъективный опыт могут встречаться в общей популяции, но обычно они кратковременны и не сопровождаются другими симптомами шизофрении или нарушениями психосоциального функционирования. При шизофрении множественные, сохраняющиеся симптомы устойчивы и,

как правило, сопровождаются нарушением когнитивного функционирования и другими психосоциальными проблемами.

Особенности течения болезни:

- Течение и манифест шизофрении бывают разными. Некоторые пациенты испытывают обострения и ремиссию симптомов периодически на протяжении всей своей жизни, у других наблюдается постепенное ухудшение симптомов, а у меньшей части наблюдается полная ремиссия симптомов.
- Продуктивные симптомы, как правило, со временем естественным образом ослабляются, в то время как негативные симптомы часто сохраняются и сильно связаны с ухудшением прогноза. Когнитивные симптомы также имеют тенденцию к большей устойчивости и их наличие связано с дальнейшим ухудшением функционирования.
- Ранний манифест шизофрении, как правило, связано с более плохим прогнозом, в то время как аффективное и социальное функционирование, скорее всего, сохранится при более позднем начале.

Возрастные особенности:

- Шизофрения с полностью проявленной симптоматикой очень редко манифестирует до полового созревания, и когда это происходит, ей часто предшествует снижение социального функционирования и успеваемости в школе, странное поведение и изменение аффекта, наблюдаемое во время продромальной фазы. Начало шизофрении в детстве также ассоциируется с задержками в социальном, языковом, моторном развитии и сопутствующим расстройством умственного развития или расстройством обучения.
- У детей и подростков слуховые галлюцинации чаще всего проявляются как один голос, комментирующий поведение ребенка или отдающий команды, тогда как у взрослых такие галлюцинации чаще всего переживаются в виде множества разговаривающих голосов.
- У детей и подростков бред и галлюцинации сложно отличить от более типичных возрастных явлений (например, “чудовище” под кроватью ребенка, воображаемый друг), реального жизненного опыта (например, обиды или травля в школе), и иррационального или магического мышления свойственного детскому возрасту (например, убежденность в том, что для того чтобы нечто произошло, нужно подумать об этом).
- У детей с шизофренией, негативные симптомы, галлюцинации и расстройства мышления – включая расстройства ассоциативного процесса, нелогичные суждения и обеднение речи – как правило, становятся характерными чертами клинической картины. Нарушения

мышления и поведения возникают при различных расстройствах, которые часто встречаются в детстве (например, расстройство аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности), что необходимо учитывать, прежде чем приписывать эти симптомы гораздо менее распространенной у детей шизофрении.

Культурные особенности:

- Культурные факторы могут влиять на манифест шизофрении, характер симптомов, течение и клинический исход. Например, у мигрантов, представителей этнических и культурных меньшинств, проживающих в регионах с низкой долей их собственной этнической, мигрантской или культурной группы (низкая “этническая плотность”), выше заболеваемость шизофренией. Кроме того, культура может оказывать влияние на этиологию и течение болезни на уровне семьи (например, уровень поддержки семьи, стиль взаимодействий в семье, в частности, способ выражения эмоций) и на уровне общества (например, индустриализация, урбанизация). Распространенность шизофрении значительно выше в городах, чем в сельской местности.
- Риск принять выражения дистресса за шизофрению или другое первичное психотическое расстройство может усиливаться в группах этнических меньшинств и иммигрантов, а также в ситуациях, в которых врачу не хватает знаний о культурных нормативах проявления дистресса. Это касается ситуаций, связанными с представлениями о духовном и сверхъестественном, а также ситуаций, вызванных миграционной травмой, социальной изоляцией, аккультуративным стрессом меньшинства, дискриминацией и виктимизацией.

Половые особенности:

- Шизофрения более распространена среди мужчин.
- Возраст первого психотического эпизода различается в зависимости от пола, наибольшая часть мужчин заболевает в возрасте 20-26, женщины – в возрасте 27-29.
- У женщин с шизофренией, как правило, больше продуктивных симптомов, которые с годами усиливаются. У женщин сильнее нарушается настроение и чаще наблюдаются последующие или сопутствующие психические расстройства (например, шизоаффективное расстройство, депрессивные расстройства).
- Женщинам с шизофренией менее свойственны нарушения мышления, негативные симптомы и ухудшение социального функционирования.

Границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальная диагностика):

Границы с шизоаффективным расстройством: Диагнозы шизофрении и шизоаффективного расстройства используются применительно к текущему или последнему по времени периоду болезни. Другими словами, предыдущий диагноз шизоаффективного расстройства не исключает диагноз шизофрении, и наоборот. При шизофрении и шизоаффективном расстройстве как минимум два характерных симптома шизофрении наблюдаются большую часть времени на протяжении как минимум одного месяца. При шизоаффективном расстройстве симптомы шизофрении наблюдаются одновременно с симптомами расстройства настроения, которые отвечают диагностическим критериям расстройства настроения, и длятся как минимум месяц, при этом психотические симптомы и симптомы расстройства настроения начинаются или одновременно, или с интервалом в несколько дней. При шизофрении сопутствующие симптомы расстройства настроения, если такие есть, не сохраняются более чем месяц или же недостаточно значительны, чтобы соответствовать диагностическим критериям умеренного или тяжелого депрессивного, маниакального или смешанного эпизода. Эпизодом шизофрении может быть назван эпизод, отвечающий диагностическим критериям шизоаффективного расстройства, и в котором симптомы собственно расстройства настроения смягчены таким образом, что длительность психотических симптомов без симптомов расстройства настроения намного превышает длительность сопутствующих симптомов.

Границы с острым и преходящим психотическим расстройством: Психотические симптомы при шизофрении сохраняются как минимум в течение одного месяца во всей полноте и яркой выраженности. Напротив, симптомы при остром и преходящем психотическом расстройстве быстро меняются по выраженности и типу так, что содержание и направленность бреда и галлюцинаций часто меняются, даже в течение одного дня. Такие быстрые изменения необычны для шизофрении. Негативные симптомы часто присутствуют при шизофрении, но их не бывает при остром и преходящем психотическом расстройстве. Продолжительность острого и транзиторного психотического расстройства не превышает 3 месяцев, и чаще всего оно длится от нескольких дней до одного месяца, в то время как для шизофрении характерно более длительное течение. В случаях, которые соответствуют диагностическим критериям шизофрении, за исключением того, что они длятся меньше, чем необходимо для постановки диагноза (т. е. меньше месяца), при отсутствии в анамнезе шизофрении, вместо “Острое и преходящее психотическое расстройство” следует использовать диагноз “Другое первичное психотическое расстройство”.

Границы с шизотипическим расстройством: Шизотипическое расстройство характеризуется устойчивым комплексом необычных высказываний, убеждений, восприятия и поведения, которые напоминают сглаженные формы типичных симптомов шизофрении. Шизофрению дифференцируют от шизотипического расстройства, основываясь исключительно на выраженности симптомов; шизофрения

диагностируется, если симптомы достаточно выражены, чтобы соответствовать диагностическим критериям.

Границы с бредовым расстройством: И шизофрения, и бредовое расстройство могут характеризоваться стойким бредом. Если присутствуют другие симптомы, отвечающие диагностическим критериям шизофрении (постоянные галлюцинации; дезорганизованное мышление; ощущение воздействия, овладения или контроля; негативные симптомы; дезорганизованное или патологическое психомоторное поведение), вместо диагноза бредового расстройства ставится диагноз шизофрении. Однако галлюцинации, соответствующие содержанию бреда, но не возникающие постоянно (регулярно на протяжении месяца и дольше), более подходят под критерии бредового расстройства, чем шизофрении. Бредовое расстройство, как правило, характеризуется относительной сохранностью личности и меньшим снижением и нарушением социального и профессионального функционирования по сравнению с шизофренией, и, кроме того, возникает в более позднем возрасте. Лицам с симптомами, соответствующими бредовому расстройству (например, бредовые идеи и связанные с ними простые по форме галлюцинации), но длящимися менее 3 месяцев, не следует диагностировать шизофрению, даже несмотря на то что сочетание устойчивых бредовых идей и связанных с ними галлюцинаций технически соответствует диагностическим критериям шизофрении. Вместо этого в таких случаях более уместен диагноз “Другое первичное психотическое расстройство”.

Границы с умеренными или тяжелыми депрессивными эпизодами при единичном эпизоде депрессивного расстройства, рекуррентным депрессивным расстройством, биполярным расстройством I и II типа: Психотические симптомы могут возникнуть во время депрессивных эпизодов средней или тяжелой степени. Бред во время депрессивных эпизодов может быть похож на бред при шизофрении, и, как правило, представлен бредом преследования или отношения (например, пациента преследуют власти за совершенные им якобы преступления). Также может наблюдаться бред вины (например, пациент винит себя за мнимые неправильные поступки), бред обнищания (например, пациент считает себя банкротом) и надвигающейся беды (которая воспринимается как навлекаемая самим пациентом), а также соматический (например, наличие тяжелого заболевания) и нигилистический бред (например, убежденность в отсутствии внутренних органов). Ощущения воздействия, влияния или контроля (например, вкладывание и изъятие мыслей другими, или трансляция мыслей другим людям) также могут наблюдаться при депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени. Галлюцинации обычно преходящие и редко возникают при отсутствии бреда. Слуховые галлюцинации (например, оскорбляющие или обвиняющие голоса, которые бранят пациента за воображаемые слабости или грехи) встречаются чаще, чем зрительные (например, видения смерти и разрушений) или обонятельные (например, запах гниющей плоти). В то же время, при депрессивном эпизоде средней или тяжелой степени с психотическими симптомами психотические симптомы ограничены рамками аффективного эпизода. Шизофрения отличается от единичного эпизода депрессивного расстройства психотическими и другими симптомами, отвечающими диагностическим

критериям шизофрении, проявляющимися в периоды отсутствия симптомов расстройства настроения, отвечающих диагностическим критериям депрессивного эпизода средней или тяжелой степени. Если состояние одновременно отвечает диагностическим критериям шизофрении и депрессивного эпизода средней или тяжелой степени, а психотические симптомы и симптомы расстройства настроения сохраняются не менее месяца, то ставится диагноз шизоаффективного расстройства.

Границы с маниакальным и смешанным эпизодом биполярного расстройства I типа: Психотические симптомы могут возникать во время маниакальных или смешанных эпизодов при биполярном расстройстве I типа. Хотя известно, что при маниакальных или смешанных эпизодах могут наблюдаться все виды психотических симптомов, бред величия (богоизбранность, обладание особыми способностями и властью), бред преследования и бред отношения (идеи о заговоре, направленном против индивидуума вследствие его особенностей или возможностей) встречаются чаще всего. Ощущения воздействия, овладения или контроля (например, вкладывание, отнятие или трансляция мыслей) также могут встречаться во время маниакального или смешанного эпизодов. Галлюцинации встречаются реже и обычно сопровождают бред преследования или отношения. Обычно они слуховые (например, льстивые голоса), реже зрительные (например, божественные видения), соматические или тактильные. В то же время, при маниакальном или смешанном эпизоде с психотическими симптомами эти психотические симптомы ограничены рамками эпизода расстройства настроения. Шизофрения отличается от маниакального или смешанного эпизода биполярного расстройства I типа психотическими и другими симптомами, отвечающими диагностическим критериям шизофрении, проявляющимися в периоды отсутствия симптомов расстройства настроения, отвечающих диагностическим критериям маниакального или смешанного эпизода. Если состояние одновременно отвечает диагностическим критериям шизофрении и биполярного расстройства I типа, а психотические симптомы и симптомы расстройства настроения сохраняются не менее месяца, то ставится диагноз шизоаффективного расстройства.

Границы с посттравматическим стрессовым расстройством и осложненным посттравматическим стрессовым расстройством: При посттравматическом стрессовом расстройстве и осложненном посттравматическом стрессовом расстройстве, могут возникать тяжелые флэшбэки, сопровождающиеся полной потерей ориентации в окружающей обстановке, при этом навязчивые образы или воспоминания могут иметь галлюцинаторный характер, а сверхнастороженность может достигать масштаба паранойи. Тем не менее, диагноз посттравматического стрессового расстройства и осложненного посттравматического стрессового расстройства требует наличия в анамнезе события (краткосрочного или продолжительного) или серии событий угрожающего или ужасающего характера. Как при посттравматическом стрессовом расстройстве, так и при осложненном посттравматическом стрессовом расстройстве, необходимо повторное переживание травматического события в настоящем, причем событие не просто вспоминается, но переживается, как происходящее здесь и сейчас, а дезориентация и

галлюцинаторноподобные явления возникают в специфическом контексте. Повторное переживание травматических событий не является характерным признаком шизофрении. Тем не менее, посттравматическое стрессовое расстройство и шизофрения часто наблюдаются одновременно и, при соответствии диагностическим критериям каждого из них, нужно ставить оба диагноза.

Спецификаторы симптоматических проявлений первичных психотических расстройств

В МКБ-11 есть возможность определить уровень тяжести шести симптомных доменов для расстройств, относящихся к шизофрении или другим первичным психотическим расстройствам. К этим доменам относятся:

- 6A25.0 Продуктивные симптомы
- 6A25.1 Негативные симптомы
- 6A25.2 Депрессивные симптомы
- 6A25.3 Маниакальные симптомы
- 6A25.4 Психомоторные симптомы
- 6A25.5 Когнитивные симптомы

Вес симптомов из каждого из этих симптомных доменов может быть обозначен с помощью спецификаторов – отсутствует, легкая степень, средняя степень, тяжелая степень – с использованием нижеприведенных рекомендаций. Оценка должна проводиться на основе наблюдения за тяжестью симптомов соответствующего домена, проявлявшихся в течение последней недели.

Следует оценивать каждый домен, который вносит значительный вклад в индивидуальную клиническую картину. Нужно применять столько спецификаторов симптомов, сколько необходимо для точного описания клинической картины. Тяжесть симптомов можно обозначать как “неуточненную”, если симптомы, соответствующие определенному домену, присутствуют, но нет информации для оценки их тяжести.

В случаях, когда несколько симптомов относятся к определенному домену, оценка должна совпадать с оценкой самого тяжелого симптома в этом домене. Например, галлюцинации и бред относятся к домену продуктивных симптомов. Галлюцинации пациента могут приводить к минимальному дистрессу (легкая продуктивная симптоматика), а бред влиять на поведение, но не настолько сильно, чтобы ухудшать функционирование (средняя продуктивная симптоматика). В таком случае продуктивные симптомы пациента нужно оценивать как средние. Важно отметить, что у людей с первичными психотическими расстройствами, как правило, не проявляются все симптомы определенного домена. Например, в домене продуктивных симптомов у человека могут быть только галлюцинации, только бред, и то, и другое, или ни того, ни другого. Описания, соответствующие каждой оценке, даны в таблице

ниже, служат примером проявления симптомов, соответствующих определенной оценке уровня тяжести; они не предназначены для использования в качестве обязательных критериев.

Важно отметить, что легкая, средняя и тяжелая степень для спецификатора депрессивных симптомов не эквивалентны соответствующим диагностическим критериям для легкого, умеренного или тяжелого депрессивного эпизода. Другими словами, указание на легкую степень депрессивных симптомов при психотических расстройствах не говорит о том, что состояние соответствует диагностическим критериям легкого депрессивного эпизода. То же самое относится и к маниакальным симптомам. Оценка депрессивных и маниакальных симптомов в этих спецификаторах отражает тяжесть депрессивного, повышенного или раздражительного настроения, и не включает другие симптомы (например, нарушение сна, ангедония, изменение аппетита), которые нужны для диагностирования эпизодов расстройства настроения.

Оценки степени тяжести симптомов используются для характеристики клинической картины больных с диагнозом шизофрения или другие первичные психотические расстройства, и не должны применяться в тех случаях, когда такие диагнозы не поставлены. Симптомы, связанные с прямыми патофизиологическими последствиями сопутствующих заболеваний или травм, не относящихся к психическим, поведенческим или нейроонтогенетическим расстройствам (например, опухоль головного мозга или черепно-мозговая травма), или к прямым физиологическим эффектам психоактивных веществ или лекарств, включая эффекты отмены, не подлежат оценке. Однако у лиц с шизофренией или другими первичными психотическими расстройствами этиология симптомов часто неясна (например, вызван ли симптом расстройства настроения психотическим расстройством или употреблением психоактивных веществ). В таких случаях следует учитывать наличие соответствующего симптома до тех пор, пока не станет ясно, что его патогенез не связан с первичным психотическим расстройством.

Симптоматические проявления первичных психотических расстройств: общие указания для оценки степени тяжести

“Отсутствуют” XS8H

Симптомы соответствующего домена отсутствуют в течение последней недели

“Легкая степень” XS5W

Симптомы соответствующего домена наблюдались в течение последней недели, но их количество минимально или они не оказывают существенного влияния на повседневное функционирование. Никаких существенных негативных социальных или личных последствий у симптомов нет. Симптомы могут возникать периодически, степень тяжести может изменяться, и могут быть периоды, в течение которых

симптомы отсутствуют. По сравнению с другими людьми с аналогичными симптомами, тяжесть симптомов находится в нижней трети.

“Средняя степень” XS0T

За последнюю неделю наблюдалось сравнительно большое количество симптомов или сравнительно небольшое количество симптомов, которые оказывают существенное влияние. Симптомы могут умеренно влиять на повседневное функционирование. У симптомов есть негативные социальные или личные последствия, но они не являются серьезными. Большинство симптомов присутствуют большую часть времени. По сравнению с другими людьми с аналогичными симптомами, тяжесть симптомов находится в средней трети.

“Тяжелая степень” XS25

В течение последней недели наблюдалось много симптомов или сравнительно небольшое количество симптомов, которые оказывают сильное и широкое влияние (т. е. они сильные, частые или постоянные). Повседневное функционирование постоянно нарушается из-за симптомов. Симптомы производят серьезные негативные социальные или личные последствия. По сравнению с другими людьми с аналогичными симптомами, тяжесть симптомов находится в верхней трети.

“Неуточненная тяжесть”

Симптомы соответствующего домена присутствуют в течение последней недели, но на основании доступных данных нет возможности оценить степень тяжести.

Оценка тяжести продуктивных симптомов первичных психотических расстройств

6A25.0 Продуктивные симптомы

Этот спецификатор может использоваться вместе с диагнозом из группы шизофрении или других первичных психотических расстройств, для того чтобы указать степень значительности продуктивных психотических симптомов в клинической картине. К продуктивным симптомам относятся бред, галлюцинации (чаще всего вербальные слуховые галлюцинации), дезорганизованность мышления (нарушения формального мышления, такие как разорванность ассоциаций, соскальзывание мысли и непоследовательность), дезорганизованность поведения (поведение, выглядящее нелепым, бессмысленным и бесцельным), ощущения овладения и контроля извне (например, ощущение, что чувства, побуждения к действию и мысли не принадлежат человеку, а находятся под контролем внешней силы). Психомоторные нарушения (например, кататоническое возбуждение или

ажитация, восковая гибкость, негативизм) не включены в этот домен, и должны оцениваться в домене психомоторных симптомов.

Оценке подлежат продуктивные симптомы, проявившиеся в течение последней недели.

“Отсутствуют”

6A25.0&XS8H

Продуктивные симптомы отсутствуют в течение последней недели.

“Легкая степень”

6A25.0&XS5W

Примеры симптомов (не требуется наличие всех симптомов):

Бред: Пациент придерживается бредовых убеждений (отсутствие тестирования реальности), но не чувствует потребности действовать в соответствии с ними; бред приводит к минимальному дистрессу.

Галлюцинации: Галлюцинации повторяются, но относительно редко; пациент выражает лишь минимальное беспокойство по поводу их содержания.

Ощущение овладения и контроля извне: Присутствуют искажения самоощущения, такие как ощущение того, что мысли принадлежат кому-то другому, но эти ощущения относительно редки, и связанный с ними дистресс минимален.

Дезорганизованность мышления: Патологическая обстоятельность или спутанность мыслительного процесса, но по большей части индивид способен донести суть сообщения.

Дезорганизованность поведения: Редкие эпизоды бессмысленного и бесцельного поведения, которое вызывает лишь минимальные нарушения в функционировании.

“Средняя степень”

6A25.0&XS0T

Примеры симптомов (не требуется наличие всех симптомов):

Бред: Бредовые убеждения очевидно влияют на поведение пациента, но это не приводит к значительному ухудшению функционирования (например, пациент с бредом преследования настороженно относится к тому, что происходит рядом с ним, но продолжает покидать зону комфорта).

Галлюцинации: Галлюцинации относительно частые, временами вызывают дистресс, а временами хорошо переносятся, и не заботят пациента постоянно. Содержание галлюцинаций может подталкивать к действиям, но пациент отвечает на эти побуждения непоследовательно и случайно, не подвергая риску себя или других людей.

Ощущение овладения и контроля извне: Искажения самоощущения относительно часты и вызывают поведенческие реакции, нацеленные на защиту от измененных мыслей (например, суеверные ритуалы), или заметный дистресс.

Дезорганизованность мышления: Очевидная патологическая обстоятельность или спутанность мыслительного процесса, которая снижает способность доносить суть сообщения.

Дезорганизованность поведения: Частые эпизоды бессмысленного и бесцельного поведения, которое вызывает ухудшение функционирования.

“Тяжелая степень”

6A25.0&XS25

Примеры симптомов (не требуется наличие всех симптомов):

Бред: Пациентом владеют бредовые идеи, направляющие многие действия пациента и значительно ухудшающие функционирование (например, пациент с бредом преследования, убежденный в том, что еда отравлена, отказывается есть).

Галлюцинации: Пациент заметно обеспокоен завладевшими его вниманием частыми галлюцинациями или присутствуют рекуррентные галлюцинации, которые побуждают к потенциально вредоносному поведению, и пациент чувствует себя принужденным следовать их указаниям.

Ощущение овладения и контроля извне: Искажения самоощущения вызывают заметный дистресс и значительно влияют на поведение (например, ношение шапочки из фольги для предотвращения трансляции мыслей).

Дезорганизованность мышления: Разорванность ассоциаций настолько сильна, что речь по большей части теряет связность.

Дезорганизованность поведения: В поведенческом репертуаре преобладает бессмысленное и бесцельное поведение, что приводит к тяжелому ухудшению функционирования.

“Неуточненная тяжесть”

6A25.0

Продуктивные симптомы присутствуют в течение последней недели, но на основании доступных данных нет возможности оценить степень тяжести.

Оценка тяжести негативных симптомов первичных психотических расстройств

6A25.1 Негативные симптомы

Этот спецификатор может использоваться вместе с диагнозом из группы шизофрении или других первичных психотических расстройств для того чтобы указать степень значительности негативных психотических симптомов в клинической картине. К негативным симптомам относится сниженный, притупленный или уплощенный аффект; алогия или обеднение речи; абулия (отсутствие воли или отсутствие мотивации для достижения значимых целей); асоциальность (снижение или отсутствие взаимодействия с другими людьми и потеря интереса к социальному взаимодействию) и ангедония (неспособность испытывать удовольствие от обычно приятных занятий).

Чтобы считаться негативными психотическими симптомами, симптомы не должны полностью объясняться депрессией или недостаточно стимулирующей средой, не должны быть прямым следствием продуктивного симптома (например, бреда преследования, принуждающего человека к социальной изоляции) или быть связаны с прямыми физиологическими эффектами психоактивных веществ или лекарств, включая синдром отмены. Кататонию, включая кататонический мутизм, следует оценивать как психомоторные симптомы, а не негативные.

Оценке подлежат негативные симптомы, проявившиеся в течение последней недели.

“Отсутствуют”

6A25.1&XS8H

Негативные симптомы отсутствуют в течение последней недели.

“Легкая степень”

6A25.1&XS5H

Примеры симптомов (не требуется наличие всех симптомов):

Притупленное переживание или выражение эмоций, с тонкими, но заметными аффективными изменениями. Пациент не начинает разговор, но реагирует на вопросы. Мало интересуется внешними событиями, но проявляет достаточную мотивацию для участия в основных видах повседневной деятельности или для выполнения поставленной задачи.

“Средняя степень”

6A25.1&XS0T

Примеры симптомов (не требуется наличие всех симптомов):

Уплощенное выражение эмоций. Пациент проявляет минимальную инициативу в разговоре, за исключением выражения насущных потребностей и желаний, но реагирует на вопросы с помощью кратких фраз. Отсутствие воли приводит к пренебрежению гигиеной и необходимыми действиями, которые пациент совершает только после выразительных подсказок.

“Тяжелая степень”

6A25.1&XS25

Примеры симптомов (не требуется наличие всех симптомов):

Пациент говорит, что большую часть времени чувствует себя опустошенным и безэмоциональным. Как правило, не инициирует разговор, даже для того, чтобы сообщить о насущных потребностях и желаниях. Пациент не способен инициировать поведенческую активность даже после выразительных подсказок, что может привести к серьезному пренебрежению самообслуживанием до такой степени, что возникает риск причинения вреда самому себе (например, нерегулярный прием жизненно необходимых лекарств).

“Неуточненная тяжесть”

6A25.1

Негативные симптомы присутствуют в течение последней недели, но на основании доступных данных нет возможности оценить степень тяжести.

Оценка тяжести депрессивных симптомов первичных психотических расстройств

6A25.2 Депрессивные симптомы

Этот спецификатор может использоваться вместе с диагнозом из группы шизофрении или других первичных психотических расстройств для того чтобы указать степень значительности депрессивных симптомов в клинической картине. Спецификатор относится только к депрессивным симптомам, о которых сообщает пациент (пониженное настроение, грусть), или к симптомам, которые наблюдаются врачом (например, слезливый, разбитый внешний вид). При использовании этого спецификатора не нужно учитывать степень тяжести симптомов депрессивного эпизода не связанных с настроением (например, ангедония или другие негативные симптомы, изменения сна и аппетита). В этом отношении спецификатор симптомов депрессивного настроения отличается от оценки степени тяжести депрессивного эпизода. При наличии суицидальных идей проводится оценка средних или тяжелых депрессивных симптомов. Этот спецификатор может использоваться вне зависимости от того отвечают ли депрессивные симптомы диагностическим критериям депрессивного эпизода.

Оценке подлежат депрессивные симптомы, проявлявшиеся в течение последней недели.

“Отсутствуют”

6A25.2&XS8H

Депрессивные симптомы отсутствуют в течение последней недели.

“Легкая степень”

6A25.2&XS5W

Значительно подавленное настроение, но бывают периоды облегчения. Депрессивные симптомы оказывают незначительное влияние на личное, социальное или профессиональное функционирование.

“Средняя степень”

6A25.2&XS0T

Подавленное настроение присутствует постоянно, хотя его интенсивность может варьироваться. Наиболее сильные переживания подавленности сопровождаются суицидальными идеями. Депрессивные симптомы вызывают значительные трудности в личном, социальном или профессиональном функционировании.

“Тяжелая степень”

6A25.2&XS25

Подавленное настроение сокрушительной силы. На этот уровень тяжести может указывать активное обдумывание суицида или попытки самоубийства. Симптомы депрессии влияют на личное, социальное и профессиональное функционирование настолько сильно, что человек почти полностью теряет функциональность.

“Неуточненная тяжесть”

6A25.2

Депрессивные симптомы присутствуют в течение последней недели, но на основании доступных данных нет возможности оценить степень тяжести.

Оценка тяжести маниакальных симптомов первичных психотических расстройств

6A25.3 Маниакальные симптомы

Этот спецификатор может использоваться вместе с диагнозом из группы шизофрении или других первичных психотических расстройств для того чтобы указать степень значительности маниакальных симптомов в клинической картине. Спецификатор относится к повышенному, эйфорическому, раздражительному или экспансивному настроению, с быстрыми изменениями между различными состояниями настроения (т. н. лабильность настроения). Также предполагается повышенное субъективное переживание энергичности, которое может сопровождаться усилением целенаправленной деятельности. При использовании этого спецификатора не нужно учитывать степень тяжести симптомов маниакального или гипоманиакального эпизода, не связанных с настроением (например, сниженная потребность в сне, отвлекаемость). Повышенная нецеленаправленная психомоторная активность должна учитываться при оценке степени тяжести психомоторных, а не маниакальных симптомов. Этот спецификатор может использоваться вне зависимости от того отвечают ли маниакальные симптомы диагностическим критериям маниакального эпизода.

Оценке подлежат маниакальные симптомы, проявлявшиеся в течение последней недели.

“Отсутствуют”

6A25.3&XS8H

Маниакальные симптомы отсутствуют в течение последней недели.

“Легкая степень”

6A25.3&XS5W

Гипоманиакальное повышение настроения или повышенная раздражительность. Симптомы гипомании не вызывают заметных ухудшений в личном, социальном или профессиональном функционировании.

“Средняя степень”

6A25.3&XS0T

Выраженное повышение настроения, раздражительности или субъективного уровня энергии. Маниакальные симптомы вызывают значительные трудности в личном, социальном или профессиональном функционировании.

“Тяжелая”

6A25.3&XS25

Экстремальное повышение настроения или раздражительности, которое приводит к рискованному, опасному или явно неадекватному поведению такой степени тяжести, что пациенту требуется интенсивный надзор.

“Неуточненная тяжесть”

6A25.3

Маниакальные симптомы присутствуют в течение последней недели, но на основании доступных данных нет возможности оценить степень тяжести.

Оценка тяжести психомоторных симптомов первичных психотических расстройств

6A25.4 Психомоторные симптомы

Этот спецификатор может использоваться вместе с диагнозом из группы шизофрении или других первичных психотических расстройств для того чтобы указать степень значительности психомоторных симптомов в клинической картине. К психомоторным симптомам относится психомоторное возбуждение или повышенная двигательная активность, которые обычно проявляются в бесцельном поведении, таком как ерзание, передвижения с места на место, непродуктивная деятельность, неспособность сидеть или стоять на месте, заламывание рук, стереотипия и гримасничание. К психомоторным симптомам также относится психомоторная задержка (видимое общее замедление движений и речи), а также кататонические симптомы, такие как крайнее возбуждение с бесцельной двигательной активностью доводящей до изнеможения, застывание, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор. Чтобы считаться психомоторными симптомами подходящими для применения этого спецификатора, симптомы не должны быть проявлением нейроонтогенетического расстройства или болезни нервной системы или быть связаны с прямыми физиологическими эффектами психоактивных веществ или лекарств, включая синдром отмены. Если наблюдается полная картина симптомов кататонии нужно ставить диагноз “Кататония, связанная с другим психическим расстройством”.

Оценке подлежат психомоторные симптомы, проявившиеся в течение последней недели.

“Отсутствуют”

6A25.4&XS8H

Психомоторные симптомы отсутствуют в течение последней недели.

“Легкая степень”

6A25.4&XS5W

Большую часть времени сохраняется нормальный уровень активности, но иногда бывают периоды психомоторного возбуждения или замедления. Психомоторные симптомы не оказывают заметного влияния на личное, социальное или профессиональное функционирование.

“Средняя степень”

6A25.4&XS0T

Частые периоды заметной психомоторной ажитации или торможения, но симптоматика не является непрерывной. Психомоторные симптомы значительно влияют на личное, социальное или профессиональное функционирование.

“Тяжелая степень”

6A25.4&XS25

Сильное и почти непрерывное психомоторное возбуждение или замедление, которое может включать полную картину симптомов кататонии. Психомоторные симптомы достаточно серьезны, чтобы представлять потенциальный вред для пациента или других людей (например, возбуждение, доводящее до сильного физического истощения, или ступор, который мешает человеку самостоятельно питаться).

“Неуточненная тяжесть”

6A25.4

Психомоторные симптомы присутствуют в течение последней недели, но на основании доступных данных нет возможности оценить степень тяжести.

Оценка тяжести когнитивных симптомов первичных психотических расстройств

6A25.5 Когнитивные симптомы

Этот спецификатор может использоваться вместе с диагнозом из группы шизофрении или других первичных психотических расстройств для того чтобы указать степень значительности когнитивных симптомов в клинической картине. Когнитивный дефицит может проявляться в любой из следующих областей: *скорость обработки, внимание/концентрация, ориентация, суждение, абстракция, вербальное или*

визуальное обучение, рабочая память. Когнитивные нарушения не относятся к проявлениям нейроонтогенетического расстройства, делирия или другого нейрокогнитивного расстройства, или быть связаны с прямыми эффектами психоактивных веществ или лекарств, включая синдром отмены. Если есть возможность, оценка тяжести симптомов в этом домене должна проводиться с помощью валидированных, стандартизированных систем оценки, однако подобные шкалы не всегда доступны и их применение не является обязательным.

Оценке подлежат когнитивные симптомы, проявлявшиеся в течение последней недели.

“Отсутствуют”

6A25.5&XS8H

Когнитивные симптомы отсутствуют в течение последней недели.

“Легкая степень”

6A25.4&XS5W

Незначительные когнитивные трудности (например, трудности с запоминанием во время беседы, неустойчивость концентрации, некоторая степень дезориентации во времени, но не в пространстве и не в отношении собственной личности). Повседневное функционирование в основном не затронуто когнитивными симптомами.

“Средняя степень”

6A25.5&XS0T

Явные когнитивные трудности (например, затруднения с восстановлением в памяти автобиографической информации; неспособность выполнять основные операции, которые ожидаются от человека с данным уровнем образования и интеллектуальным уровнем, например, простые арифметические расчеты; нарушение ориентации во времени и пространстве, но не в отношении собственной личности; трудности в обучении и удержании новой информации). В результате ухудшается повседневное функционирование, но помощь других людей требуется не всегда.

“Тяжелая степень”

6A25.5&XS25

Ярко выраженные когнитивные трудности (например, острый дефицит вербальной памяти или сложности при решении когнитивных задач, соответствующих образовательному и интеллектуальному уровню пациента; существенные сложности с концентрацией и вниманием во время беседы; сложности с составлением плана для достижения определенной цели; неспособность рассматривать альтернативные решения проблемы; сильная дезориентация). Эти проблемы мешают повседневному функционированию настолько сильно, что возникает необходимость в значительной внешней помощи.

“Неуточненная тяжесть”

6A25.5

Когнитивные симптомы присутствуют в течение последней недели, но на основании доступных данных нет возможности оценить степень тяжести.