



**МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА В  
ПСИХИАТРИИ**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2007

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М.Бехтерева

---

**МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА В  
ПСИХИАТРИИ**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2007

Предлагаемая новая медицинская технология представляет собой шкалу для количественной оценки комплайенса - поведения психиатрического пациента при выполнении лекарственных назначений, а также выявления факторов, влияющих на это поведение. Шкала заполняется врачом на основании полученной информации о больном. Количественной оценке подвергаются различные группы факторов, образующие структуру комплайенса: факторы, связанные с медикацией, пациентом, врачом и близким окружением больного. Оценка комплайенса позволяет прогнозировать степень устойчивости установки больного на следование рекомендациям лекарственной терапии, его дальнейший контакт со сферой психиатрического здравоохранения и течение заболевания.

Шкала предназначена для использования врачами-психиатрами в клинической практике и при проведении научных исследований.

**Заявители:** к.м.н. Н.Б.Лутова, к.м.н. А.В.Борцов, А.Я.Вукс, проф., д.м.н. В.Д.Вид

**Рецензенты:** В.К.Шамрей – д.м.н., профессор, начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской Академии им. С.М.Кирова  
Б.Е.Алексеев – д.м.н., профессор, зав. кафедрой сексологии Санкт-Петербургской Медицинской Академии Последипломного Образования  
Т.В.Решетова – д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской Медицинской Академии Последипломного Образования

ISBN – 978-5-94651-029-5

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 2007

## Введение

Термином «комплайенс» принято обозначать следование больного данным ему лечебным рекомендациям. Хотя это в принципе относится к любым рекомендациям врача, включая советы по здоровому образу жизни, под комплайенсом прежде всего подразумевают следование больного лекарственным назначениям.

Комплайенс представляет собой проблему большой практической важности, имеющую свою специфику в психиатрическом здравоохранении. Несоблюдение лекарственного режима вносит весьма существенный вклад в частоту рецидивирования заболевания и возрастание тяжести обострений. Каждые два из трех случаев повторной госпитализации являются следствием полного или частичного несоблюдения комплайенса. У пациентов, прекративших прием лекарств, чаще наблюдается антисоциальное и суицидальное поведение. Социальными последствиями нарушения комплайенса являются производственные и семейные проблемы больных, снижающие их качество жизни, а также финансовое бремя дорогостоящего лечения учащающихся рецидивов, которое в конечном счете ложится на плечи здорового населения. Чем ниже комплайенс, тем дороже становится лечить психозы.

Тяжесть последствий нарушений больными режима лекарственной терапии усугубляется их широкой распространенностью. Точные данные об этом получить трудно, но считается, что от одной трети до половины больных нарушают режим приема лекарств уже во время пребывания в психиатрическом стационаре и около двух третей без согласования с врачами снижают рекомендованные дозировки, хаотически принимают или совсем прекращают прием препаратов.

Интерес к проблеме комплайенса в последние годы заметно вырос в связи с тем, что внимание психиатров все более фокусируется не на снятии симптомов, а на предупреждении рецидивов, что придает решению проблемы комплайенса первостепенное значение.

Уровень комплайенса определяет сложное взаимодействие нескольких групп факторов, основные из которых - факторы, связанные с медикацией, пациентом, его отношениями с врачом и близким окружением.

Главным параметром, связанным с *медикацией*, является переносимость препарата. Комплайенс снижают такие побочные эффекты нейролептиков как экстрапирамидная симптоматика, нейролептическая дисфория, акатизия, сексуальная дисфункция и увеличение веса. Надежным предиктором низкого комплайенса является субъективный дистресс от увеличения веса.

Помимо нарушений моторики, обычные нейролептики оказывают негативное воздействие на побуждения, эмоциональную и когнитивную сферу, что проявляется в субъективном снижении качества жизни больных и может не находить отражения в данных объективного обследования. Этот симптомокомплекс, во многом сходный с негативными симптомами шизофрении, обозначается в литературе как «фармакогенная депрессия» или «фармакогенная ангедония».

Комплайенс находится под влиянием ряда *клинических* факторов. Он ниже при более раннем начале заболевания, малой продолжительности, приступообразном течении, наличии бредовых синдромов, высокой частоте рецидивирования и малой длительности ремиссий. Комплайенс хуже как при очень острой, так и при относительно низкой продуктивной симптоматике. Достоверно снижает комплайенс негативная симптоматика, в особенности такие ее проявления, как абulia, апатия и алогия. Больные с плохим комплайенсом имеют более интенсивные поведенческие нарушения перед манифестацией психоза. Отчетливо снижают

комплаенс коморбидное злоупотребление психоактивными веществами и коморбидные расстройства личности.

Подтверждена зависимость комплаенса от *психологических* факторов. Считается установленным, что в начале лечения установка на лекарство и сознание болезни в большей степени определяют комплаенс, чем побочные эффекты медикации. Отрицательное отношение к лекарству может формироваться под воздействием социокультуральных представлений о медикации - например, о том, что лекарства, будучи искусственно созданными химическими веществами, вредны для здоровья, или о том, что нейролептики «зомбируют» психику. Психологическое сопротивление медикации возрастает, если лечение воспринимается больным как угроза автономности существования.

Отсутствию сознания болезни и, следовательно, понимания необходимости медикации способствует то обстоятельство, что больные могут иметь сниженную способность распознавать свою симптоматику. Тем не менее, пациент не осознает, что он болен в основном лишь на высоте бредовых и маниакальных синдромов. Эти состояния характерны не для всех больных и составляют непродолжительную часть времени жизни в психозе для тех, у кого они возникают. Таким образом, наличие сознания болезни не гарантирует соблюдения больным лекарственного режима.

Существенную роль в формировании комплаенса играет такая психологическая структура, как внутренняя картина болезни, определяющая правильное понимание больным наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения. Больные психозами с хорошим и низким комплаенсом достоверно различаются между собой по таким параметрам внутренней картины болезни, как восприятие тяжести заболевания, своей способности его контролировать, оценка риска возникновения рецидива в будущем.

Предикторами комплайенса являются и социально-психологические характеристики больных. Больные с хорошим комплайенсом имеют более высокий уровень адаптации в семье и на производстве. Комплайенс высоко коррелирует с производственной занятостью, социальными отношениями и повседневной активностью. Детерминантами низкого комплайенса являются недостаточная социальная активация и низкий уровень глобального функционирования.

Феномен комплайенса имеет и свою глубинно-психологическую составляющую. Нередки случаи саботирования больным проводимой медикации, когда имеется (часто неосознаваемая) выгода от болезни, проявляющаяся в получении дополнительного внимания, заботы и материальной поддержки родных, избавления от ответственности, необходимости заниматься решением проблем и т.п.

Безусловно, существенными для формирования комплайенса являются *отношения с врачом*. Здесь используется понятие т.н. «терапевтического альянса», создание и поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии. Предиктором хорошего комплайенса является изначально положительная установка больных на сотрудничество с врачом. У таких больных также достоверно более высокий уровень ожидания положительных результатов терапии. Уровень комплайенса зависит также от многих других параметров сферы медицинского обслуживания: доступности терапии, адекватности планирования выписки, наличия, удовлетворительности и преемственности наблюдения в ремиссии. Важным предиктором низкого комплайенса является также его появление уже в анамнестическом периоде.

Комплайенс определяется и *социальными факторами*. Хороший комплайенс высоко коррелирует с наличием и степенью семейной и социальной поддержки. Высокий уровень выражения родственниками

негативных эмоций в адрес больных достоверно снижает их комплаенс. Больные с низким комплаенсом чаще бывают бездомными, а их родные чаще отказываются сотрудничать с врачами.

Планирование деятельности психиатрического здравоохранения, оценка предполагаемой эффективности обслуживания больных требуют долгосрочного прогноза их следования лекарственным назначениям после выписки из стационара. Знание внутренней структуры комплаенса позволяет узнать, каким его уровень будет в дальнейшем. Сложность структуры комплаенса, предполагает точную диагностику нарушений механизмов, обуславливающих его качество у каждого отдельного больного, что позволяет сделать соответствующие коррекционные вмешательства по оптимизации комплаенса более целенаправленными и эффективными. Объективация уровня комплаенса необходима для оценки эффективности мер по его коррекции.

Однако, точная оценка уровня комплаенса и патологии его механизмов представляет собой весьма сложную задачу. Оценку комплаенса затрудняет то обстоятельство, что больные часто имеют тенденцию к завышению его уровня, избегая порицания врача и возложения на себя ответственности за возможное ухудшение состояния. Это обстоятельство делает недоверительными данные о комплаенсе, полученные исключительно по самоотчетам больных без соответствующей коррекции с помощью информации, полученной от лечащих врачей и родственников.

Изучение комплаенса затрудняет и отсутствие достаточно адекватных и информативных психометрических инструментов для его оценки. В литературе имеются ссылки на одну методику – шкалу установки на лечение Disease Attitude Inventory (DAI)<sup>1</sup>. Этот опросник

---

<sup>1</sup> Hogan T. et al. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity.- Psychol. Med. 1983, 13,177-183.

отражает три фактора, относящиеся к пациенту: его общие установки, субъективное самочувствие и ожидания, сознание болезни. Он не свободен от существенных недостатков. Опираясь исключительно на данные самоотчета больных, он не дает возможности вносить объективную коррекцию, опираясь на наблюдения врача и используя дополнительную информацию за пределами прямых ответов больных по ряду параметров, являющихся предикторами комплайенса. Это позволило бы экстраполировать эти данные на общую картину поведения больного и сделать оценку комплайенса более точной. Ответы на вопросы шкалы дихотомичны, что затрудняет улавливание более тонких вариаций установок больных.

Разработка более совершенных методик является одной из насущных задач, от решения которой во многом зависит дальнейший прогресс в изучении проблемы комплайенса.

Предлагаемая медицинская технология - шкала оценки медикаментозного комплайенса в психиатрии - кардинально отличается от упомянутого зарубежного аналога тем, что заполняется не больным, а его лечащим врачом на основании достаточной полноты имеющейся информации о нем. Существенным отличием является и то, что, выходя за пределы самоотчета больного, оценка комплайенса становится системной, опираясь на все основные группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии: факторы, связанные с отношением к медикации, с пациентом, лечащим врачом и близким окружением. В отечественной литературе упоминания об аналогичных инструментах отсутствуют.

### **Показания к использованию технологии**

Диагностика уровня медикаментозного комплайенса и его нарушений показана во всех случаях проведения лекарственной терапии в психиатрическом здравоохранении на добровольной основе.

### **Противопоказания к использованию технологии**

1. невозможность добровольного проведения лекарственной терапии в связи с отказом больного от лечения.
2. невозможность проведения лекарственной терапии по соматическим противопоказаниям.

### **Материально-техническое оснащение технологии**

Проведение технологии не требует специального оборудования и аппаратуры.

### **Описание технологии**

Шкала заполняется лечащим врачом на основании всей полноты информации о больном, после ознакомления с анамнезом, клиническим состоянием, подробностями субъективного отношения к лекарственной терапии, данными наблюдения медперсонала за приемом лекарств при нахождении больного в стационаре и лиц близкого окружения при нахождении больного во внебольничных условиях.

При заполнении шкалы медикаментозного комплайенса (приложение 1) могут использоваться бланки произвольной формы. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены содержательными характеристиками различий.

Характеристики градаций по возможности приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного. Более сложной может оказаться идентификация вариантов психологически обусловленного саботирования медикации (п. 1.4), связанных с особенностями реагирования на врача, внутренней картины болезни и наличием субъективной (не всегда осознаваемой) выгоды от болезни, а также инсайта на психологические механизмы заболевания (п. 2.1). Успех здесь определяется клинической квалификацией эксперта и полнотой предварительного обследования больного.

Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики (пп. 2.2, 2.3) оценивается с помощью несложных и общеизвестных инструментов – шкал BPRS и SANS (приложения 2, 3). Для BPRS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле до 40, средний – 40-60, высокий – свыше 60. Для SANS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний уровень – 30-60, высокий – свыше 60.

Низкая частота рецидивирования (п. 2.4) кодируется при наличии по данным анамнеза не свыше одного рецидива в год, средняя – при 2-3, высокая – свыше 3 рецидивов в год.

Общий уровень функционирования на производстве, в учебе, семье (п. 2.7) оценивается при помощи также несложной и широко распространенной шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Низкий уровень нарушений кодируется при общем показателе свыше 60 баллов, средний – 40-60 баллов, высокий – менее 40 баллов.

Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств (п. 2.7) соответствует возможность приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему – некоторых из них, низкому – лишь недорогих общедоступных лекарственных средств.

Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплайенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением пп. 1.10 и 1.11, относящихся к пути введения препарата, где существенным представляется учет того, используется ли данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом 0 означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения, так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу.

Общий балл выводится простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

### **Возможные осложнения при проведении технологии и способы их устранения**

При проведении данной технологии какие-либо осложнения исключены.

### **Эффективность использования технологии**

Разработка измерительных инструментов предполагает подтверждение соответствия их основных психометрических качеств современным требованиям.

На основании данных, полученных в результате пробного тестирования 115 пациентов психиатрических учреждений по шкале медикаментозного комплайенса получены показатели **надежности** разработанной шкалы (расчет коэффициента  $\alpha$  Кронбаха). Расчет производился как относительно наиболее содержательных субшкал – факторов медикации и пациента, так и по суммарному баллу всей шкалы в целом. Соответствующие данные приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Показатели надежности шкалы медикаментозного комплайенса

<b>Субшкала</b>	<b>Количество пунктов</b>	<b><math>\alpha</math> Кронбаха</b>
Факторы медикации	13	.7462
Факторы пациента	8	.6154
<b>Суммарный балл</b>	25	.8307

Показатели надежности, в особенности по суммарному баллу всей шкалы, оказались достаточно высокими. Высоким оказался и коэффициент интеркорреляции между субшкалами медикации и пациента (.520,  $p \leq .000$ ), подтверждающий **внутреннюю валидность** шкалы.

**Внешняя валидность** оценивалась на основе коэффициентов корреляции между значениями субшкал и показателем объективного соблюдения больным режима лекарственных назначений (п. 1.1 шкалы). Корреляционные связи и здесь оказались достаточно высокими. Для субшкалы фактора медикации они составили .515,  $p \leq .000$ ; для субшкалы факторов пациента - .250,  $p \leq .013$  и по суммарному баллу для всей шкалы - .518,  $p \leq .000$ .

Результаты факторного анализа выявили пять факторов, по которым группируются достоверно взаимосвязанные пункты шкалы. Первый фактор является самым массивным и объединяет все наиболее *значимые*

*параметры* структуры комплайенса – практически все параметры медикации, сознание болезни, частота рецидивирования и качество терапевтического альянса с врачом. Параметр негативной симптоматики с этим фактором связан слабо, а параметр продуктивной не связан вообще. Это свидетельствует о неоднозначности влияния уровня психотической симптоматики на отношение больного к лекарственной терапии.

Второй фактор подтверждает отрицательное влияние *когнитивно-поведенческого* снижения на комплайенс больных. Он объединяет прежде всего параметры когнитивных нарушений, глобального функционирования и негативной симптоматики.

Третий фактор подтверждает существенную роль *переносимости* препарата в отношении больного к лекарственной терапии. Он объединяет отсутствие опасений, вызываемых лекарством, заинтересованность в его приеме и лонгитудинально высокий комплайенс больного.

Четвертый можно назвать фактором *социальной поддержки*. Он объединяет параметры близкого окружения с теми параметрами, на которые родные могут реально оказывать оптимизирующее влияние – урежение рецидивов и выработка положительного отношения к принимаемым препаратам.

Пятый, фактор *коморбидности*, свидетельствует о том, что наличие сопутствующих расстройств личности и/или алкогольно-наркотических тенденций сопряжено с обесценивающим отношением больного к принимаемому препарату и его действительной или декларируемой недоступностью.

Данные факторного анализа шкалы подтверждают в целом существующие концепции структуры и механизмов медикаментозного комплайенса психически больных.

Таким образом, исследование психометрических качеств разработанной шкалы подтверждает его соответствие требованиям,

предъявляемым в настоящее время к биометрическим измерительным инструментам.

С целью проверки прогностических возможностей разработанной шкалы были проведены замеры уровня комплайенса у 34 больных психозами (шизофрения и аффективные расстройства) при их выписке из стационара и в катamnестическом периоде длительностью в 6 мес. Соответствующие данные приведены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели динамики уровня комплайенса в катamnестическом периоде

<b>Уровни комплайенса</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M(x) при выписке</b>	<b>M(x) в катamnезе</b>	<b>Уровень p</b>
Высокий	14	41,2	32,5	33,9	.154
Средний	3	38,2	24,1	25,15	.91
Низкий	7	20,6	17,7	9,5	1.0

Ни в одной подгруппе уровней комплайенса не зарегистрировано достоверной динамики средних показателей в ходе катamnеза. Это подтверждает принципиальную пригодность разработанной шкалы для решения поставленных задач прогнозирования поведения больных в ходе лекарственной терапии.

## ШКАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА

### 1. Отношение к медикации

#### 1.1 *Поведение при проведении медикаментозного лечения*

Самостоятельный прием лекарств	2
Прием препаратов под контролем мед.персонала, родственников	1
Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается)	0

#### 1.2 *Заинтересованность в приеме лекарств*

Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии	3
Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	2
Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект	1
Нежелание принимать лекарства	0

#### 1.3 *Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов*

Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	5
Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия	4
Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные вещества могут оказаться вредными для организма	3
Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	2
Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	1
Негативно относится к лекарствам, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких	

(3 и более) препаратов 0

*1.4. Психологически обусловленное саботирование медикации*

Психологически обусловленное саботирование отсутствует 5

Недостаточность субъективного страдания от болезни 4

Особенности восприятия врача  
(проявление недоверия, недовольство контактом и т.д.) 3

Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как  
подтверждение наличия психического заболевания для  
себя/окружающих) 2

Особенности внутренней картины болезни 1

Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы  
родных, освобождение от ответственности и нагрузок,  
материальные выгоды) 0

*1.5 Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса (при их наличии)*

Нет нарушений 4

Снижение дозировок лекарств 3

Нерегулярность приема лекарств 2

Прекращение приема лекарств 1

Прием не рекомендованных врачом лекарств 0

*1.6 Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам*

Положительное 2

Нейтральное/ранее не принимал 1

Отрицательное 0

*1.7 Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент  
препарата при монотерапии*

Высокая 2

Средняя 1

Низкая 0

*1.8 Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент  
комбинации препаратов*

Высокая 2

Средняя 1

Низкая 0

### 1.9 Приемлемость парэнтерального способа введения препарата

Удовлетворен	+1
Индифферентен/не используется	0
Не удовлетворен	-1

### 1.10 Приемлемость перорального приема препарата

Удовлетворен	+1
Индифферентен/не используется	0
Не удовлетворен	-1

### 1.11 Удовлетворенность режимом приема препарата

Полностью удовлетворен	2
Нейтрален	1
Не удовлетворен	0

### 1.12 Доступность препарата

Доступен	1
Недоступность по финансовым или иным причинам	0

### 1.13 Информация о времени ожидаемого начала действия препарата

Получена больным	1
Не получена	0

## 2. Факторы, связанные с пациентом

### 2.1 Осознание болезни

Инсайт на психологические механизмы болезни	3
Наличие критики к симптомам	2
Частичная критика	1
Отсутствие критики	0

### 2.2 Уровень продуктивной психопатологической симптоматики (по шкале BPRS)

Низкий	2
Средний	1

Высокий	0
---------	---

### 2.3 *Уровень негативной симптоматики (по шкале SANS)*

Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

### 2.4 *Частота рецидивирования*

Низкая	2
Средняя	1
Высокая	0

### 2.5. *Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению*

Низкие	2
Средние	1
Высокие	0

### 2.6 *Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности*

Отсутствует	1
Имеется	0

### 2.7 *Глобальный уровень социального функционирования, адаптации больного (по шкале GAF)*

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

### 2.8 *Наличие когнитивных нарушений*

Отсутствуют	1
Имеются	0

## **3. Факторы, связанные с близким окружением**

### 3.1 *Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств)*

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

### 3.2 *Отношение близкого окружения к медикации*

Адекватное отношение	3
Отрицательное отношение друзей	2
Отрицательное отношение лечащего психотерапевта/парапрактика	1
Отрицательное/инадекватное отношение семьи	0

## **4. Факторы, связанные с лечащим врачом**

### 4.1 *Терапевтический альянс*

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

### 4.2 *Адекватность врачебного наблюдения вне обострения*

Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

## **Краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS)**

Кодировка: 1 - отсутствует, 2 - весьма незначительно, 3 - незначительно, 4 - умеренно, 5 - умеренно выражено, 6 - выражено, 7 - крайняя степень выраженности

### 1. Отношение к соматическому состоянию

Степень обращенности к имеющемуся состоянию физического здоровья. Оценивайте, в какой степени физическое здоровье рассматривается пациентом в качестве проблемы, вне зависимости от того, имеются ли основания для жалоб, или нет.

### 2. Тревога

Чрезмерная озабоченность, опасения, тревога относительно настоящего и будущего. Оценивайте лишь высказывания больного о его субъективных переживаниях. Не следует делать выводы о наличии страха по соматическим симптомам или невротическим защитным механизмам.

### 3. Эмоциональный уход в себя

Недостаток эмоционального контакта с собеседником и недостаточный учет ситуации осмотра. Оценивайте лишь то, насколько больному не удается установить эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения.

### 4. Распад мыслительных процессов

Степень, до которой мыслительный процесс оказывается спутанным, инкогерентным или разорванным. Оценивайте лишь интеграцию вербальных выражений, а не субъективное впечатление, имеющееся у больного о своих мыслительных возможностях.

### 5. Чувство вины

Чрезмерная озабоченность или угрызения совести относительно прежнего поведения. Оценивайте субъективное переживание вины на основе высказываний больного и их аффективного сопровождения. Не следует делать вывод о наличии чувства вины лишь потому, что обнаруживаются депрессия, тревога или невротическая защита.

### 6. Напряженность

Признаки напряженности, "нервозности" и повышенной двигательной активности в моторике. Описывайте лишь двигательные признаки напряженности, а не субъективные переживания больного.

#### 7. Манерность, вычурность поведения

Бросающиеся в глаза особенности психомоторики, необычный рисунок двигательного поведения, выделяющий определенных психически больных из группы "нормальных". Оценивайте лишь качественные отклонения картины моторики, а не просто повышенную двигательную активность.

#### 8. Идеи величия

Повышенная самооценка, убежденность в собственной необыкновенной силе и способностях. Оценивайте лишь высказывания больных о себе или в сравнении с другими, но не поведение в ситуации беседы.

#### 9. Депрессивное настроение

Подавленность, печаль. Оценивайте лишь степень подавленности. Не делайте выводов на основании таких сопутствующих депрессивных проявлений, как общая заторможенность и соматические симптомы.

#### 10. Враждебность

Недоброжелательность, уничижительное, презрительное отношение, враждебность к лицам вне ситуации осмотра. Оценивайте лишь высказывания больного о своих чувствах и действиях по отношению к другим. Не следует делать выводы о враждебности на основании наличия невротической защиты, тревоги или соматических симптомов. Поведение относительно проводящего осмотр оценивается в п.14 (снижение установки на сотрудничество с врачом).

#### 11. Подозрительность, параноидные содержания

Убежденность (бредовая или иная) в том, что окружающие имеют или имели желание причинить вред больному или отрицательно оценивали его. Оценивайте лишь те подозрения, которые основываются на устойчивых соответствующих высказываниях, вне зависимости от того, касаются ли они недавних или более ранних ситуаций.

#### 12. Галлюцинации

Восприятия, не основанные на соответствующих нормальных внешних раздражителях. Оценивайте лишь такие переживания, которые, по высказываниям больного, появились в течение последних недель и которые - так, как они описывались - демонстрируют отчетливые отличия от нормального мышления и представлений.

13. Двигательная заторможенность

Снижение энергетического уровня, видимое по замедлению движений. Оценивайте лишь наблюдаемое поведение больного, а не его субъективное впечатление о своей бодрости.

14. Снижение установки на сотрудничество с врачом

Очевидное сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с проводящим осмотр. Оценивайте лишь установку больного и его реакции на проводящего осмотр и на ситуацию осмотра. Не оценивайте высказывания, свидетельствующие об отсутствии установки на сотрудничество вне ситуации осмотра.

15. Вычурность мышления

Необычные, странные, причудливые или вычурные содержания мышления. Оценивайте лишь степень необычности, а не степень распада процесса мышления (формальные нарушения мышления учитываются в п.4).

16. Аффективная уплощенность, притупление

Редуцированная эмоциональность, очевидный недостаток нормальных чувств и вовлеченности.

17. Возбуждение

Повышенная эмоциональность, ажитированность, повышенная амплитуда реакций.

18. Нарушения ориентировки

Спутанность или недостаточная способность к ориентировке в месте, времени или окружающих лицах.

### **Шкала оценки негативной симптоматики (SANS)**

Кодировка: 0 - отсутствует, 1 - спорно, 2 - в легкой степени, 3 - умеренно, 4 - выраженно, 5 - тяжелые нарушения

#### *I. Уплотнение и ригидность аффекта*

1. Обеднение мимики
2. Снижение спонтанной подвижности
3. Обеднение выразительности моторики
4. Избегание контакта взглядом
5. Уплотнение аффекта
6. Неадекватность аффекта (паратимии)
7. Монотонность, снижение выразительности речи
8. Субъективное ощущение потери эмоций

#### *II. Нарушения речи*

1. Обеднение словарного запаса
2. Обеднение тематики разговора
3. Обрывы мыслей
4. Ответы с задержкой
5. Субъективная оценка нарушений речи

#### *III. Апато-абулические расстройства*

1. Уход за собой
2. Снижение продуктивности в работе или учебе
3. Снижение физического энергетического потенциала
4. Субъективная оценка апато-абулических нарушений

#### *IV. Ангедония - асоциальность*

1. Активность свободного времени
2. Сексуальные интересы
3. Способность чувствовать интимность и близость
4. Отношения с родными и коллегами (аутизм)
5. Субъективное осознание ангедонии-асоциальности

#### *V. Внимание*

1. Невнимательность в контакте
2. Невнимательность при психологическом тестировании
3. Субъективное восприятие снижения концентрации внимания

### **Шкала глобального функционирования (GAF)**

100-80: нет снижения, высокий уровень функционирования; работает с полным напряжением и выполняет все, что ожидается, поддерживает отличные отношения по работе, эффективно продвигается в своей карьере.

80-60: нет снижения, удовлетворительный уровень функционирования; работает на удовлетворительном уровне, хорошие отношения по работе, удовлетворительное продвижение в карьере.

60-40: незначительное снижение, легкие затруднения в функционировании; легкие затруднения в работе, учебе или домашнем хозяйстве, некоторые трудности в отношениях по работе, некоторые трудности в продвижении, есть прогулы на работе или в школе.

40-20: умеренное снижение, значительные затруднения в функционировании: значительные трудности в работе, учебе или домашнем хозяйстве, значительные трудности в отношениях, отсутствие продвижения, частые прогулы или постоянные опоздания или пренебрежение домашними обязанностями.

20-0: сильное снижение, практическая невозможность функционирования; практическая невозможность выполнять работу, учиться или заниматься домашним хозяйством, очень частые прогулы или полное пренебрежение домашним хозяйством.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д.3, корп.6  
Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева

Подписано в печать 14.12.2007. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева

Печать ризографическая.

Заказ № 117. Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д.3, тел. 365-20-80