Шизотипическое расстройство

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F21 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Шизотипическое расстройство (F21) относится к расстройствам шизофренического спектра и обычно протекает на непсихотическом уровне, с медленным началом и относительно благоприятным течением. Рекомендация охватывает подтверждение диагноза, исключение сходных состояний, длительную щадящую фармакотерапию и психосоциальную реабилитацию.

Главное

- Диагноз опирается на наличие минимум 4 характерных признаков, сохраняющихся постоянно или эпизодически не менее 2 лет; случай не должен соответствовать критериям шизофрении.
- Шизотипическое расстройство обычно начинается в старшем подростковом или послеподростковом возрасте, развивается медленно и может протекать непрерывно либо приступообразно, оставаясь на непсихотическом уровне.
- Выделяют неврозоподобную, психопатоподобную и бедную симптомами формы, а также шизотипическое расстройство личности; клиническая картина может включать позитивные, негативные, аффективные, когнитивные и поведенческо-кататонические проявления.
- Лечение должно быть комплексным и длительным: психофармакотерапию сочетают с психотерапией, психообразованием и психосоциальной реабилитацией; полного устранения симптомов только лекарствами обычно добиться нельзя.
- При фармакотерапии предпочтительны атипичные антипсихотики и более низкие терапевтические дозы с учетом эффективности, переносимости, соматического состояния и лекарственных взаимодействий.
- Раннее выявление и своевременное начало комплексного лечения снижают риск перехода к психотическим формам расстройств шизофренического спектра.

Диагностика

1. На первичном осмотре выяснить жалобы, семейную отягощенность психическими заболеваниями, преморбидные особенности личности, возраст начала симптомов, продромальные явления, транзиторные субпсихотические эпизоды и нарушения социального функционирования; оценить психический и социальный статус.
2. Проверить наличие не менее 4 признаков из диагностического перечня: эмоциональная холодность или неадекватный аффект, странность поведения или внешнего вида, социальная отгороженность, магическое мышление, подозрительность, навязчивости, необычные нарушения восприятия, странное мышление или транзиторные квазипсихотические эпизоды.
3. Убедиться, что признаки присутствуют постоянно или периодически минимум 2 года, а случай никогда не отвечал критериям любого расстройства F20.
4. Провести стандартный физикальный и неврологический осмотр для исключения органических причин психотических симптомов; специальных физикальных методов диагностики нет. УУР С, УДД 5.
5. Использовать лабораторные исследования не для подтверждения F21, а для исключения сходной патологии и оценки риска побочных эффектов психофармакотерапии.
6. При невозможности надежно исключить сердечно-сосудистую патологию выполнить ЭКГ; при признаках неврологического заболевания или органического поражения мозга — ЭЭГ с нагрузочными пробами и МРТ. УУР С, УДД 5.
7. Оценить аутоагрессивные и суицидальные мысли и тенденции, а при первичной диагностике и необходимости в динамике провести экспериментально-психологическое обследование. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Назначать психофармакологическое лечение для купирования симптомов; основа терапии — антипсихотики класса N05A. При выборе учитывать прежнюю эффективность и переносимость, лекарственную форму, коморбидность и взаимодействия. УУР С, УДД 5.

- Для терапии первого выбора могут применяться рисперидон до 2 мг/сут (УУР С, УДД 2) или оланзапин 2,5–12,5 мг/сут (УУР С, УДД 4). Перед первым назначением собрать аллергологический анамнез; при возможности использовать небольшую тестовую дозу, а повышение дозы проводить не слишком быстро.
- При психопатоподобных проявлениях применять оланзапин 2,5–12,5 мг/сут или рассмотреть возможность назначения галоперидола 2–7,5 мг/сут для купирования гнева и враждебности.
- При неврозоподобных синдромах применять сульпирид 100–600 мг/сут для купирования обсессивно-компульсивной симптоматики; для противорецидивной терапии неврозоподобных проявлений — до 200 мг/сут. Улучшение может проявляться со 2-й недели, максимальный эффект — к 4-й неделе. УУР В, УДД 3.
- При деперсонализационном синдроме назначать кломипрамин до 250 мг/сут (УУР С, УДД 5); для аугментации возможен ламотриджин с титрацией от 25 мг/сут до 250 мг/сут в течение 12 недель. УУР С, УДД 2.
- При аффективных нарушениях использовать кветиапин 100–600 мг/сут для коррекции депрессивных расстройств, арипипразол до 20 мг/сут для усиления антидепрессивного эффекта или венлафаксин 75–225 мг/сут при тревожно-депрессивных синдромах неврозоподобного варианта. УУР С, УДД 4.
- При выраженном суицидальном риске назначить клозапин либо заменить им текущий антипсихотик; доза клозапина — 200–500 мг/сут. УУР В, УДД 2. При аффективных нарушениях рекомендуется определять выраженность суицидального риска.
- Для поддерживающей терапии выбирать антипсихотик, который лучше всего помог при обострении и хорошо переносился; поддерживающая терапия эффективнее прерывистой. При длительном приеме регулярно контролировать психическое и соматическое состояние, позднюю дискинезию и метаболические осложнения. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при возбуждении или агрессии, дезорганизованном поведении, выраженных непсихотических симптомах, высоком суицидальном риске, тяжелой сопутствующей соматической патологии, резистентности или непереносимости терапии, а также при отсутствии адекватной амбулаторной помощи.
- Амбулаторная помощь возможна; лечение в дневном стационаре может сохранять трудовое и социальное функционирование пациентов и предотвращать госпитализм.
- После стабилизации состояния, уменьшения психопатологической симптоматики, отсутствия выраженных побочных явлений и минимизации рисков суицида и агрессии возможна выписка.
- Диспансерное наблюдение прекращают при выздоровлении либо значительном и стойком улучшении психического состояния; решение принимает комиссия врачей-психиатров.

Частые вопросы

Сколько признаков и как долго необходимо для диагноза F21?

Не менее 4 признаков должны выявляться постоянно или периодически минимум 2 года. При этом случай никогда не должен отвечать критериям любого расстройства F20.

Нужны ли МРТ, ЭЭГ или специальные анализы для подтверждения шизотипического расстройства?

Специальных лабораторных и инструментальных методов подтверждения F21 нет. МРТ и ЭЭГ назначают при признаках возможной неврологической патологии или органического поражения мозга, а ЭКГ — если нельзя надежно исключить сердечно-сосудистую патологию.

Какой антипсихотик и в какой дозе использовать первым?

В тексте указаны рисперидон до 2 мг/сут и оланзапин 2,5–12,5 мг/сут; выбор зависит от клинической задачи, прежней эффективности и переносимости. В терапии желательно использовать более низкие терапевтические дозы.

Как лечить обсессивно-компульсивные проявления и деперсонализацию?

При неврозоподобных синдромах сульпирид назначают в дозе 100–600 мг/сут, а для противорецидивной терапии — до 200 мг/сут. При деперсонализации применяют кломипрамин до 250 мг/сут; возможна аугментация ламотриджином с постепенной титрацией до 250 мг/сут.

Когда пациента с шизотипическим расстройством госпитализировать?

Основные основания — возбуждение или агрессия, дезорганизация поведения, выраженные непсихотические симптомы, высокий суицидальный риск, тяжелая соматическая патология, резистентность или непереносимость терапии и невозможность обеспечить адекватную помощь амбулаторно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1073-shizotipicheskoe-rasstrojstvo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1073_1