Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

А.П.Коцюбинский, К.А.Лукманова, Н.Б.Лутова

ПРОДРОМАЛЬНЫЕ И РЕМИССИОННЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ АУТОХТОННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
2015

УДК: (616-008.495+616.895.8) - 07
ББК: 56.14

Коцюбинский А.П., Лукманова К.А. Лутова Н.Б.

Продромальные и ремиссионные состояния при аутохтонных психических расстройствах: учебное пособие - Санкт-Петербург: - Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015. – 108 с.

Данное пособие содержит материал, отражающий современные представления об интегративном подходе в диагностике и оценке непсихотических состояний при аутохтонных психических расстройств. В рамках этих представлений с позиций холистического (целостного) подхода изложена классификация продромальных и ремиссионных состояний аутохтонных (эндогенных) психических расстройств. Такой подход предполагает многоаспектную диагностику, которые являются основополагающей для содержательной работы специалистов различного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников) в рамках бригадной формы организации их деятельности.

Учебное пособие «Продромальные и ремиссионные состояния при аутохтонных психических расстройствах» подготовлено по дисциплине « Психиатрия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей, обучающихся по специальности 14.01.06 – психиатрия.

УДК:(616-008.495+616.895.8) - 07

ББК: 56.14

Рецензенты:

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ.

Утверждено и рекомендовано к печати ученым советом ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» (протокол « … от … июня 2015)

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2015

© Коцюбинский А.П., Лукманова К.А., Лутова Н.Б. 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	Категориальные и дименсиональные характеристики аутохтонных психических расстройств			4
Глава 1	Продромальные состояния			23
	1.	Современные представления о продромальных состояниях		23
	2.	Предпсихотическая продромальная шизофрения		26
	3.	Шизофренические реакции		28
Глава 2	Особенности ремиссий			33
	1.	Современные представления при определении ремиссий		33
	2.	Категориальный подход к классификации ремиссий		35
	3.	Дименсиональный подход к классификации ремиссий		41
Глава 3	Холистическая диагностическая оценка ремиссионных состояний			53
	1.	Функционально-динамические показатели биологической адаптации		55
	2.	Функционально-динамические показатели психологической адаптации		55
		А.	Приспособительное поведение	56
		1)	Типы приспособительного поведения	57
		2)	Уровень мотивации к психосоциальной реабилитации	63
		3)	Уровень комплайенса	64
		4)	Уровень самостигматизации	67
		Б.	Качество жизни	
		В.	Удовлетворенность терапией	68
	3.	Функционально-динамические показатели социальной адаптации		71
Глава 4	Особенности ремиссий при аффективных расстройствах			78
Заключение				85
Приложения				88
Тестовые задания				103
Рекомендуемая литература				106

Введение
Категориальные и дименсиональные характеристики аутохтонных психических расстройств

Как отмечает С. Н. Мосолов (2012а), методологические проблемы современных классификаций психических расстройств заключаются в том, что до последнего времени аутохтонные (эндогенные) заболевания подаются как дискретные, качественно самостоятельные диагностические единицы (нозологические или, реже, синдромальные), а не как варьирующиеся в своей интенсивности и поддающиеся измерению (т. е. не как континуум или спектр состояний). Соответственно такой традиционный для отечественной психиатрии **категориальный подход,** характеризующийся простотой использования в практике, в том числе в условиях дефицита времени и информации (Павличенко А. В., 2013), подразумевает наличие четких качественных границ между нормой и патологией, а внутри патологических состояний — между различными диагностическими единицами (каждая из которых представляет собой интеграцию различных элементов в одну психопатологическую структуру), что оказывается невозможным до момента манифеста основной симптоматики, удовлетворяющей критериям, которые часто весьма несовершенны, но конвенционально согласованы психиатрическим сообществом. При этом в случае присутствия полного или частичного набора симптомов, удовлетворяющих критериям сразу двух или более диагностических категорий, без достаточных оснований возникает искусственная проблема коморбидности (лат. *co* — вместе; *morbus* — болезнь), при формализованном понимании которой, как отмечает В. Н. Краснов (2011), утрачивается истинная статистическая картина распространенности расстройств и игнорируется понимание их природы. Кроме того, тезис о том, что в психиатрии (как и в других медицинских специальностях) клинические показатели по своей сути являются качественными, остается не совсем ясным, что в значительной мере обусловливает отсутствие четких границ большинства психиатрических категорий (Мартынихин И. А., 2013).

Другой, получивший в последние годы распространение в западной психиатрии и прежде всего в США, **дименсиональный подход** уходит своими корнями в концепцию «единого психоза» W. Griesinger (1876) и, конечно, лучше описывает все многообразие клинических проявлений психических расстройств, однако полностью размывает классификационные границы**.** Дименсиональная модель позволяет рассматривать отдельные симптомокомплексы заболевания в качестве независимых измерений, размерностей (дименсий), имеющих собственные стереотипы развития (Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., 2005). Предпосылкой к научному обоснованию дименсиональной структуры клинических проявлений психических расстройств явились признание того, что:

а) бóльшая часть явлений, изучаемых биологией, медициной и психологией, характеризуется значительной их индивидуальной вариабельностью;

б) интенсивность выраженности отдельного феномена в динамике может изменяться, с чем связана возможность «перетекания» одного явления в другое.

Кроме того, признанию правомочности дименсионального подхода способствовали успехи психофармакологии и прогресс нейробиологических исследований.

К сильным сторонам дименсионального подхода относят следующие признаки:

- возможность количественной оценки выраженности синдромов;
- включение субсиндромальных состояний;
- отнесение сходных состояний в одну группу (спектр).

Пока очевидно, что дименсиональная модель, являющаяся основой для так называемой доказательной медицины, лучше, чем категориальная, согласуется с полигенной системой наследования психических расстройств (Мосолов С. Н., 2012а). В рамках последней множественное взаимодействие нескольких генов с факторами окружающей среды формирует различной степени выраженности риски (от уязвимости до проявлений психического диатеза), предрасполагающие, под влиянием экстрагенетических факторов, к развитию тех или иных фенотипических проявлений заболевания. Кроме того, мультидименсиональный подход, создающий возможность формировать гомогенные группы больных, позволяет выработать индивидуальные алгоритмы и тем самым более эффективно подобрать адекватную фармакотерапию.

В то же время обусловленный дименсиональной моделью механистический редукционизм не может не вызывать тревоги у отечественных клиницистов, поскольку своей стохастической направленностью ориентирует исследователей на атеоретический подход, делая прогноз течения заболевания зависимым лишь от конкретного случайного «набора» дименсий и, в силу этого, лишенным какой-либо прогнозируемой закономерности. «Получается, — отмечает И. А. Мартынихин (2013), — что диагноз, основанный на выявлении определенного числа признаков из перечня критериев своей диагностической рубрики, нивелирует клинические (а возможно, и биологические, генетические, нефроморфологические, нейрофизиологические) различия между пациентами, так как в одну категорию могут попадать лица с существенно различающимися наборами признаков».

В соответствие с современным дименсиональным подходом и многофакторной моделью заболевания все многообразие симптоматики можно разделить на несколько относительно самостоятельных категорий или сфер поражения психической деятельности:

1) позитивную (бред, галлюцинации, дезорганизация речи, мышления и поведения, включая кататоно-гебефренную симптоматику);

2) негативную, в значительной мере определяющую дефицит социального ответа и отгороженность (эмоционально-волевое снижение, бедность рече-

вой продукции, аутизм и социальная изоляция, снижение мотивации и энергетического потенциала и др.);

3) когнитивную (нарушения памяти, критики, внимания, планирования, исполнительских функций и др.);

4) аффективную (возбуждение, тревога, депрессия и др.). (Мосолов С. Н., Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э., 2012).

Как и большинство исследователей, мы также выделяем при аутохтонных психических заболеваниях позитивные, аффективные, негативные и когнитивные дименсии. Следует лишь отметить, что в настоящее время дименсиональный подход используется преимущественно при рассмотрении расстройств шизофренического спектра.

Позитивные дименсии. Проявления позитивной (прежде всего — продуктивной психотической) симптоматики при выраженных проявлениях аутохтонных (эндогенных) психозов описаны во всех учебниках психиатрии и представляются общепринятыми.

Меньше изучены позитивные расстройства при малой прогредиентности этой патологии.

В качестве непсихотических позитивных психопатологических феноменов в этом случае можно рассматривать:

- обсессии (с быстрым формированием ритуалов и ограничительного поведения);
- конверсионно-диссоциативные расстройства, отличающиеся грубостью, утрированностью и шаблонностью;
- сенестезии (в том числе и пароксизмальные), склонные к генерализации;
- диффузную подозрительность; преходящие, быстро утрачивающие актуальность идеи отношения, элементарные обманы восприятия;
- нестойкие и незавершенные психопатологические симптомокомплексы, которые, в отличие от психотической шизофрении, выступают в необычных, часто меняющихся сочетаниях. При этом нередко наблюдается трансформация одних психопатологических феноменов в другие. Эта трансформация происходит в пределах континуума кататимных (определяемых содержанием аффективно окрашенных представлений под влиянием сильных эмоций) расстройств, например — сверхценные идеи религиозного содержания переходят в контрастные навязчивости типа хульных мыслей, а те в свою очередь — в эпизодические бредовые идеи греховности.

Аффективные дименсии в структуре разной степени выраженности аффективных расстройств (депрессивных и маниакальных состояний) давно и подробно описаны и известны любому специалисту службы психического здоровья. Это обстоятельство делает возможным при изложении аффектив-

ных дименсий сосредоточиться на их представленности в расстройствах шизофренического спектра.

Аффективная симптоматика обычно не считается специфичной для расстройств шизофренического спектра. В действительности же, как показывает многочисленная практика, она характерна для аутохтонных заболеваний вообще — будь то шизофрения или аффективные расстройства. Исходя из этого положения в настоящее время признается, что депрессия является одной из дименсий, оцениваемых при ее диагностике (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5), 2013). В частности, одна из субшкал 5-факторной шкалы позитивных и негативных симптомов – PANSS, нацелена на диагностику тревоги и депрессии (Мазо Г.Э., 2005). Более того, разработана специальная шкала для оценки депрессии у больных шизофренией (Calgary Depression Schizophrenia Scale – CDSS; Addington D., Addington J.A., 1990; Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E., Joyce J.,1992)

Данные о частоте депрессии у больных шизофренией расходятся и колеблются, по результатам исследований разных авторов, в широких пределах: от 7 до 70% (Siris S., 2001), при этом чаще всего называются 29—42% (Бубнова Ю. С., Дорофейков В. В., Мазо Г. Э., Петрова Н. Н., 2012; Tapp A., Kilzieh N., Wood A. E. [et al.], 2001; Jäger M., Riedel M., Schmau ß M., 2008). Депрессия может наблюдаться как в продроме, так и фазе активного течения (ремитируя параллельно психотической симптоматике), вслед за острым эпизодом, между психотическими экзацербациями, в постприступном периоде, на этапе регредиентности, а также развиваться как побочное действие лекарственной терапии [Мазо Г.Э., 2005; Смулевич А.Б., 2003; Bartels S., Drake R.E.,1988; Bressan R.A., Costa D.C., Jones H.M., Ell P.J., Pilowsky L.S., 2002; Möller H.-J., 2005; Planansky K., Johnston R., 1978). Некоторые исследователи указывают, что актуальная депрессивная симптоматика выявлялась у 6,5% амбулаторных пациентов; при обострении симптоматики,требующего стационарного лечения, она диагностировалась у более 1/3 больных, а при лечении в дневном стационаре – у половины, а а среди больных, наблюдавшихся в психиатрической больнице и дневном стационаре – превышала 75%. (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Гажа А.К., Максимова Н.Е., Степанова О.Н., Сучков Ю.А., 2013; Шмуклер А.Б., 2015).

В 1980-е годы сформировалось представление о неуклонном росте депрессивных нарушений у больных шизофренией, что позволило предположить существование «депрессивного сдвига», получившего отражение в увеличении частоты аффективных нарушений уже в преморбидном периоде и дебюте этого заболевания (Бубнова Ю. С., Дорофейков В. В., Мазо Г. Э., Петрова Н. Н., 2012).

«В настоящее время, — подчеркивает А. Б. Смулевич (2007б), — становится очевидным, что большая часть депрессий при шизофрении формируется вне рамок реактивного процесса». «Депрессия является наиболее часто наблюдающейся интегральной частью шизофренического процесса»

(Олейчик И. В., 2009). При этом особое место занимает вариант депрессий, при котором обращает на себя внимание главным образом содержание идеаторной сферы. Это так называемые «депрессии духа» или, как их иногда называют, «экзистенциальные депрессии», обусловленные как насыщенностью духовного содержания сферы мышления, так и эмоциональной недостаточностью (Циркин С. Ю., 2012). В картине такой депрессии преобладает представление о бессмысленности жизни, обреченности на безрадостное существование, прозябание и одиночество.

При этом некоторые исследователи оценивают наличие депрессии при шизофрении как благоприятный прогностический признак (Вовин Р. Я., 1989; Kay S. R., Lindenmayer J. P., 1987; Oosthuizen P., Emsley R. A., Roberts M. C. [et al.], 2001), однако большинство авторов свидетельствует, что депрессия способствует снижению социальных и профессиональных возможностей больных (Siris S.G, Bench C., 2003; Resnick S. G., Rosenheck R. A., Lehman A. F., 2004; Massimo S., Mauri C., Moliterno D. [et al.], 2008).

Существует несколько гипотез, объясняющих взаимосвязь депрессии и шизофрении.

1. Личностно-реактивные гипотезы рассматривают депрессию как реакцию личности на факт психического заболевания (Lambert P. A., 1987; Docherty N. M., 1996).

2. Фармакогенные гипотезы предполагают связь депрессии с побочными эффектами антипсихотической терапии (Van Putten T., May P. R., 1978; Bressan R. A., Costa D. C., Jones H. M. [et al.], 2002) или с прямым влиянием антипсихотических препаратов на дофаминовую трансмиссию (De Alarcon R., Camey M., 1969; Floru L., Heinrich K. [et al.] , 1975; Galdi J., 1983).

3. Морбогенные гипотезы предполагают связь депрессии с основными проявлениями шизофренического процесса, причем как с позитивной (Siris S. G., 1991), так и с негативной симптоматикой (Müller M. J., 2002), о чем может свидетельствовать включение в клиническую картину аффективных симптомокомплексов на дофармакологическом этапе заболевания.

В соответствии с данными M. Birchwood (цит. по Смулевичу А. Б., Ильиной Н. А., 2012), изложенными в статье «Эмоциональная дисфункция при психозах: в большей степени этиологический фактор, нежели коморбидный феномен?», аффективные (депрессивные) симптомокомплексы свойственны не только клиническим проявлениям аффективных заболеваний, но представляют базисные дименсии, участвующие в формировании психопатологического пространства как продромов, так и манифестных психозов в рамках шизофрении.

В некоторых случаях депрессивные переживания при этом заболевании последовательно перемежаются с атипично-маниакальными или оказываются эмоционально «смешанными», отличаясь в таком случае «частоколом» смены полярности. При этом если на начальных этапах заболевания аффективные и процессуальные расстройства сосуществуют как бы параллельно,

то по мере нарастания тяжести психоза аффективные нарушения приобретают черты клинического единства с другими позитивными и/или негативными психопатологическими симптомами, выступая при этом в форме гипотимии, ранних пробуждений, идей виновности и несколько реже — ощущения безнадежности (Бубнова Ю. С., Дорофейков В. В., Мазо Г. Э., Петрова Н. Н., 2012; Maggini C., Raballo A., 2006).

Преобладание в некоторых случаях шизофренического процесса аффективной составляющей позволило некоторым авторам, применительно к детскому и подростковому возрасту, выделить циклотимоподобный вариант вялотекущей шизофрении (шизотипических расстройств), проявляющийся преимущественно в виде стертых аффективных приступов (Буреломова И. В., 1986; Данилова Л. Ю., 1987; Горюнов А. В., 2002; Гаммацаева Л. Ш., 2004; Козлова И. А., Башина В. М., 2005).

Негативные дименсии — проявления стойкого или временного снижения (вплоть до выпадения) психических функций, отражающие деструктивность болезненного процесса.

При диагностике и терапии негативных расстройств важно различать первичную и вторичную негативную симптоматику.

Первичные негативные расстройства присутствуют в качестве устойчивых признаков и могут наблюдаться как в продромальной фазе заболевания (в виде снижения трудовой активности, социальной самоизоляции, потери интереса или способности к учебе и работе, нарушений личной гигиены или странностей поведения (Мосолов С. Н., Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э., 2012), так и в структуре психотических эпизодов и в периоде ремиссии. Они вызваны непосредственно процессом поражения мозговой ткани и резистентны к проводимой терапии (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

Вторичные (псевдодефицитарные) негативные расстройства привнесены в картину болезни другими факторами, такими, как депрессия (постпсихотическая или лекарственно индуцированная), побочный эффект терапии (например, индуцированный нейролептиками псевдопаркинсонизм), позитивные расстройства (например, социальная изоляция вследствие параноидных идей), явления госпитализма, т. е. недостаточная социальная активность вследствие длительной госпитализации (Carpenter W. T. [et al.], 1985).

Проявления первичной дефицитарности могут выражаться в потере личностью преморбидной внутренней интегрированности и характерологической целостности, что, в случае деятельности компенсаторных механизмов, хотя и явно недостаточных, выражается в личностной трансформации, а по мере компенсаторного истощения и, соответственно, превалировании адаптационной составляющей приспособления — в нарастании явлений дефекта.

Негативная симптоматика может никак не фиксироваться больным. В том же случае, когда дефицитарные явления субъективно ощущаются пациентом, они выражаются жалобами на повышенную утомляемость, слабость, затруднение в поддержании необходимого ритма работы, невозможность концентрации усилий на достижении цели, непереносимость психических и физических

нагрузок. Больные отмечают снижение способности радоваться, огорчаться, утрату прежней впечатлительности.

В настоящее время при описании негативной симптоматики выделяют два ряда явлений: характерологическая трансформация и проявления дефекта.

Характерологическая трансформация.

Как считает А. Б. Смулевич (2012), данные, относящиеся к процессуально обусловленной деформации конституциональной структуры личности, свидетельствуют о том, что патологическая активность шизофрении, интерпретируемая в психологическом аспекте, не ограничивается механизмами расщепления. Соответственно может быть выделено три ранжированных по степени тяжести типа деформации конституциональной патохарактерологической структуры:

1) Синергизм — процессуальное заболевание (чаще всего шизотипические расстройства) амплифицирует (усиливает, обостряет) основные проявления расстройств личности.

2) Расщепление — процессуальное заболевание (чаще всего с приступообразным течением) парциально нивелирует конституциональную структуру личности, ее облигатные свойства, и амплифицирует факультативные.

3) Нивелировка — процессуальное заболевание (чаще всего с шубообразным или непрерывным течением) «разрушает» конституционную структуру личности.

В связи с этим можно выделить следующие последовательные в своей динамике варианты клинических проявлений воздействия аутохтонного (эндогенного) процесса на структуру характерологических особенностей (Смулевич А. Б., 2011а).

1. Деформация врожденных черт характера без нарушения преморбидных осевых конституциональных личностных свойств, т. е. возникновение процессуально обусловленного развития личности. При этом возможны два варианта.

А. Усиление **(**амплификация) доминирующих у личности преморбидных характерологических свойств (гомономное усиление), которые диагностируются в рамках широкого круга расстройств личности: тревожного, истерического, пограничного, параноического, шизоидного и др. Такое усложнение психопатологической структуры может протекать в двух разных вариантах. В одних случаях — это усиление преморбидно присущих черт дефензивности (явления нажитой реактивной лабильности). В других — на первый план выступают преморбидно присущие, но морбидно гипертрофированные демонстративность, эксплозивные реакции.

Б. Появление антиномных (т. е. противостоящих преморбидно доминирующим) патохарактерологических особенностей личности при общей неизменности ее типологической структуры. В этом случае деформация доболезненной структуры личности касается сдвига в рамках имевшейся у пациента ранее психестетической пропорции (E. Kretschmer, 1930). В связи с неизменностью общей структуры характерологических расстройств сдвиги психестетиче-

ской пропорции не могут квалифицироваться в качестве псевдо- или нажитой психопатии.

2. Деформация врожденных черт характера с изменением преморбидных осевых конституциональных личностных свойств и формированием нажитых, ранее не свойственных, психопатологических (патохарактерологических) проявлений (т. е. псевдопсихопатий).

В этом случае по мере редукции психотических проявлений происходит «сдвиг личности», который проявляется образованием новых позитивных явлений, «ложного жизненного воззрения» (Снежневский А. В., 1972). Это, в конечном счете, определяет характер формирующейся псевдопсихопатии в рамках нажитого расстройства личности (нажитая психопатия) (Смулевич А. Б., 2007а) или «сдвига личности по типу второй жизни» (Ястребов В. С., 1977). Дальнейшая динамика этих состояний обусловливается сочетанием нажитых расстройств личности (ипохондрических, паранойяльных и др.) с конституциональными и микросоциальными особенностями (Смулевич А. Б., 2007а).

Подчас характерологические признаки приобретают характер «негативной шизотипии» (эмоциональная дефицитарность, замкнутость, односторонность деятельности, отстраненность, отгороженность, отчужденность, безразличие как к одобрению, так и к порицанию) и «эволюционирующей шизоидии» (эксцентричность, манерность, дисгармония внешнего облика и моторики, стойкая ангедония с нивелировкой витальных чувств и утратой ощущения естественности окружающего мира, аутизм, расстройства коммуникативной сферы).

В рамках формирующихся псевдопсихопатий нередко можно наблюдать психический инфантилизм, эксплозивность, истериформность, дискордантную поверхностную общительность; иногда — иррациональную деятельность, не соответствующую условиям реального окружения.

Проявления собственно дефекта.

В толковом словаре психиатрических терминов **дефект (**лат. *defectus* — отпадение, убывание, недостаток) определяется как резидуальные психические изменения, в первую очередь личностные, вследствие перенесенного психотического состояния (Блейхер В. М., Круг И. В., 1995).

Как отмечают М. А. Морозова и А. Г. Бениашвили (2008), в современных условиях «клиническое понятие «дефект при шизофрении» существенно усложняется, а категория «шизофренический дефект» как объект исследования распадается на фрагменты по нескольким осям, причем эти фрагменты изучаются так, как будто они изолированы друг от друга. Но пока объединительной концепции дефекта не существует, мы, в рамках адаптационной парадигмы расстройств шизофренического спектра, считаем допустимым определение, данное Р. Я. Вовиным [и др.] (1991), согласно которому дефект есть «квазистабильное угнетение или искажение аффективно-побудительной и когнитивной активности, наступающее либо вследствие болезненного процесса, либо длительно действующих иных патогенных воздействий (госпитализм, интоксикация и т.п.)».

Клиническому смыслу данного понятия больше всего соответствуют различные представления, высказываемые авторами о:

- «чистом дефекте» (Huber G., 1966);
- «первичной недостаточности психической активности», определяющей ослабление интенциональной сферы и «гипотонию сознания» (Berze J., 1914);
- редукции энергетического потенциала в сферах психической активности, продуктивности и аффекта (Conrad K., 1958);
- «динамическом опустошении» и «структурной деформации» (Janzarik W., 1959);
- «дисгармонии психического склада» и «недостаточной интегрированности влечений» (Снежневский А. В., 1969);
- «снижении энергетического потенциала и спонтанной активности, а также уровня целенаправленного мышления и эмоциональной отзывчивости» (Huber G., 1966, 1976);
- «снижении психической активности уровня произвольной регуляции и спонтанной активности» (Критская В. П. [и др.], 1983);
- «снижении психической активности (продуктивности и целенаправленности) психической деятельности» (Курек Н. С., 1981), отражающейся в изменении произвольного внимания» (Савина Т. Д., 1980);
- падении общей активности и интересов, снижении жизненной динамики (Jucha Z., Rzecki Z., 1975);
- трате психической активности, в том числе ее мотивационно-побудительного компонента (Абрамова Л. И. [и др.], 1987);
- «амотивационном синдроме» (Maller O., 1978), аспонтанности, рассматриваемой с позиций нарушения активации мозговых структур ретикулярной формации (Викторов И. Т., 1967);
- «снижении функционального уровня личности, приводящем в свою очередь к снижению социальной адаптации и трудоспособности» (Мелехов Д. Е., 1977).

Представляет интерес в этой связи понятие об «активности фона», являющееся одним из центральных во взглядах P. Berner (1977). «Активный фон» характеризуют эмоции (аффективность), мотивации (собственные побуждения) и состояние сознания, а фундирует его, с точки зрения автора, «энергетический потенциал» (Conrad K., 1958), т. е. психофизиологический уровень функционирования, находящийся в определенной взаимосвязи с другими психическими процессами, редукция которого влияет также на изменение личностных особенностей индивидуума.

Дефект, как симптом выпадения, может появиться на любом этапе течения заболевания, иметь любую выраженность и разные клинические характеристики, сочетаться с процессуальной симптоматикой и обходиться без нее (Сонник Г. Т., Милявский В. М., 1996). Только на конечной стадии заболевания дефект достигает своей максимальной выраженности и определяет харак-

тер клинической картины в целом.

Считается, что его развитие связано с гипофункцией или гибелью дофаминергических нейронов в префронтальных областях коры (Мосолов С. Н. 2007). В некоторых случаях в качестве патогенетической основы рассматриваются морфологические нарушения в корково-подкорковых лимбических связях.

Основными компонентами симптомокомплекса дефекта мы считаем «энергетический»; тимический; инициативный (волевой) и когнитивный.

1. «Энергетический» компонент, заключающийся в снижении (или искажении) жизненного тонуса, выражается в падении активности (вплоть до аспонтанности), снижении способности к деятельности, что приводит к сужению объема физической и психической активности или к смещению спектра деятельности. Объективно тонические нарушения проявляются снижением продуктивности, моторной обедненностью (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

2. Тимический компонент проявляется недостаточностью эмоциональной выразительности в диапазоне от лабильности настроения, снижения эмоционального репертуара, притупленности аффекта — до апатии, аффективной тупости. Нередко больные указывают на своеобразные расстройства настроения, в частности «отсутствие всякого настроения», «эмоциональную сдержанность». Важной чертой этих нарушений является снижение или утрата эмоционального отклика на происходящее, своего рода «социальная ангедония». Разработан ряд инструментов для оценки этих факторов, к примеру, Шкала оценки социальной ангедонии - Revised Social Anhedonia Scale (Eckblad M.L., Chapman L.J., Chapman J.P., Mishlove M. (1982), цит. по Гурович И.Я., Папсуев О.О., 2015), или Шкала оценки апатии - Apathy Evaluation Scale (Marin R.S.. 1996).

3. Инициативный (волевой) компонент проявляется в снижении сознательной саморегуляции субъектом своей деятельности и поведения, что уменьшает возможности пациента в преодолении трудностей для достижения цели. В нашем понимании воля — это мотивация, выражающаяся в целенаправленной активности по реализации желания (цели): чем выше мотивация, тем воля кажется «тверже». Различного уровня расстройства этой сферы: гипобулия, парабулия, абулия — связаны с дезинтеграцией аффективно-побудительной сферы и невозможностью поддержания волевого потенциала на адекватном уровне, что отражается в отсутствии стремления к деятельности, снижении интереса к окружению, недостатку социального целеполагания. Объективно это проявляется снижением продуктивности, моторной обедненностью, неустойчивостью волевого напряжения (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

4. Когнитивный компонент проявляется в нарушении познавательных (информационных) процессов. Взаимосвязь между негативными симптомами и когнитивными нарушениями при шизофрении подтверждается K. A. Hawkins [et al.] (1997).

Различное соотношение четырех составляющих симптомокомплекса дефекта позволяет выделить, при некотором упрощении, основные типологические формы дефицитарности (Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008):

- тонический;
- органоидный типы дефекта.

А. Тонический тип по преобладанию тех или иных нарушений может быть представлен следующими вариантами (Коцюбинский А. П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С. [и др.], 2004).

1) Гипотонический (астенический) вариант. Развитие негативной симптоматики в целом определяется изменениями в виде нарастания черт дефензивности (ранимости, робости, впечатлительности) и замкнутости, которые приводят к ограничению интерперсональных связей, социальной отгороженности. Причем астеническая аутизация выступает здесь скорее как защита от избыточной для больного социальной стимуляции (т. е. аутизм является вторичным); грубого расстройства личности может не быть, хотя нередко имеет место усиление тревожности и появление на этом фоне повышенной рефлексии со склонностью к самоанализу.

Одновременно происходит утрата прежней продуктивности с сужением эмоциональных контактов, эгоизмом, обеднением выразительности. Нередко появляются признаки реактивной лабильности — особой реактофильности, т. е. готовности к формированию психогенных реакций по незначительному поводу; усиливаются личностные расстройства психастенического типа в виде рефлексии, склонности к самоанализу.

С точки зрения М. В. Иванова и Н. Г. Незнанова (2008), главной характеристикой этого варианта дефекта является стойкое снижение способности к деятельности вследствие сужения объема физической и психической активности с переживанием чувства слабости, истощаемости, упадка сил. Отдых приносит лишь кратковременное улучшение, являясь вместе с тем непременным условием поддержания работоспособности на минимальном уровне.

Данный вариант нарушений нередко сопровождается соматовегетативными расстройствами в виде эпизодической потливости, головокружения, головных болей и тахикардии, обычно проявляющихся при активных попытках преодоления утомления, при отсрочке необходимого отдыха и увеличении нагрузки.

2) Дистонический вариант. Проявления этого вида дефекта заключаются в возникновении синдрома лабильности волевого усилия и дезорганизации как целенаправленной активности, так и поведения в целом. При этом нередко происходит как бы эмоциональная стереотипизация личности, утрата ее аффективного индивидуального своеобразия, но без выраженного снижения психической активности. Возможно формирование несвойственных ранее проявлений ананкастического круга: ригидности, консерватизма, утрированной прямолинейности суждений.

Главным для этого варианта дефекта, в основе которого, с точки зрения М. В. Иванова и Н. Г. Незнанова (2008), находятся «дисбулические расстрой-

ства и ослабление устойчивости волевого напряжения», является дезинтеграция аффективно-побудительной сферы и невозможность поддержания волевого потенциала на адекватном уровне. Особенностью является не столько недостаточность, сколько «беспорядок в бюджете активности».

3) Атонический вариант. Этот тип дефекта называется также апато-адинамическим или апато-абулическим. Как подчеркивают М. В. Иванов и Н. Г. Незнанов (2008), его главной характеристикой является стойкое снижение побудительной активности с ограничением (обеднением) двигательной сферы и переживанием вялости, апатии. Более тяжелые проявления этого варианта дефекта характеризуются тотальной дефицитарностью со значительным снижением трудоспособности, неспособности к адекватному общению с людьми и утратой большинства интерперсональных связей, а также с резким сужением сферы интересов. Крайне глубокая дефицитарность определяет широко известные картины апатического слабоумия с регрессом личности.

Б. Органоидный тип, в отличие от тонического дефекта, определяется главным образом доминирующим нарушением когнитивной составляющей психического состояния (Вовин Р. Я. [и др.], 1991). Диапазон этих расстройств весьма широк — от «базисных» нарушений мышления, внимания и восприятия, протекающих на субъективном уровне, до грубого интеллектуально-мнестического снижения, наблюдаемого в структуре состояний, близких к конечным.

Субъективный уровень органоидного дефекта наиболее часто представлен жалобами на выраженные трудности сосредоточения, нарушение удержания в памяти текущих событий, ухудшение последовательного восприятия цепи внешних событий и выработки алгоритма при совершении элементарных бытовых действий, непереносимость сильных звуковых и зрительных раздражителей. При большей выраженности органоидного дефекта в процессе беседы когнитивные нарушения проявляются в виде грубого нарушения внимания (апрозексия), нарушения организации памяти (дисмнезия), наличия речевых расстройств (олигофазия, персеверации, парафазия) или, в крайней форме — выраженной тотальной тенденцией к распаду аффективно-побудительной сферы с высвобождением примитивных влечений, грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, заметной эмоциональной неадекватностью, расстройствами моторики.

Мы полагаем, что негативная симптоматика **при шизофрении** является результатом адаптационной деятельности организма в условиях ограничения его компенсаторной активности. В свете этих представлений апато-абулический синдром — это способ или результат самокупирования индивидуумом тревоги и возбуждения. В диаде апатия — абулия первичной, по-видимому, является апатия, а абулия — вторичной. Это представляется естественным: потеря эмоциональности порождает потерю активности, в то время как потеря активности может не приводить к потере эмоциональности (аспонтанность при лобных поражениях — своего рода «абулия без апатии»).

Негативные расстройства **при аффективных заболеваниях** характеризуются личностными изменениями с отказом от прежних ролевых функций, что обусловлено:

- снижением психической активности, ограничением круга интересов (Кузьмин А. М., 2003), уменьшением стремления к общению и избеганием негативных ситуаций со снижением витального тонуса, сопровождающимся изменением уровня социальной активности;
- появлением робости, ранимости, пассивности (Кузьмин А. М., 2003);
- зависимостью от окружающих, повышенной подчиняемостью близким (Кузьмин А. М., 2003),
- формированием характерогенных аффективных (циклотимических) феноменов (Смулевич А. Б., 2009а) или проявлений характерогенных дистимий.

Возможно также возникновение тонического дефекта (астенического его варианта) с повышенной истощаемостью при физических и психических нагрузках и снижением реакции на положительные стимулы (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008). Как отмечает А. М. Кузьмин (2003), в более легких случаях астенические нарушения представлены опосредованно, через повышенную впечатлительность, сниженную психическую толерантность на фоне психических и физических нагрузок. Более отчетливо они проявляются в условиях, требующих определенного напряжения (работа, продолжительная беседа), при неожиданных или сопровождающихся дополнительными внешними раздражителями событиях, что связано с уменьшением энергии, повышенной истощаемостью нервной системы.

В клинической картине в этом случае преобладают расстройства астенического и апато-анергического спектров, снижение энергетического потенциала, недостаток или потеря инициативы, побудительной активности. Больные жалуются на слабость, утомляемость, усиливающиеся при физическом и умственном напряжении и усложнении деятельности, снижение темпов и качества работы.

Изменение психического состояния часто сопровождается соматовегетативными нарушениями в виде тахикардии, головокружений и головных болей, диспептических расстройств, ощущения нехватки воздуха, вазомоторных нарушений. Отдых и благоприятная внешняя ситуация в большинстве случаев приводят к компенсации состояния.

Когнитивные дименсии отражают операциональные нарушения и по существу представляют собой генуинное нарушение течения информационных процессов.

Результаты многих исследований свидетельствуют, что когнитивная дисфункция является стержневой при шизофрении и может быть выделена в отдельный кластер патологии (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008; Коробова Е. Л., 2008; Шмуклер А. Б., 2010). При сходстве профиля когнитивных

нарушений была отмечена лишь их большая выраженность при шизофрении по сравнению с аффективными расстройствами (Rossi A. [et al,], 2000; Martinez-Aran A., 2002). При этом когнитивное снижение предшествует развитию аутохтонного расстройства.

Фундамент современных представлений о когнитивных нарушениях при шизофрении был заложен еще E. Kraepelin (1919) и E. Bleuler (1930). Именно они обратили внимание на тот факт, что за «фасадом» ярко представленных позитивных расстройств скрываются нарушения памяти, внимания и других составляющих когнитивного функционирования.

Лишь в 1980-х понятие когнитивного дефицита обрело новое звучание благодаря исследованиям T. Crow (1980a), а затем и N. Andreasen (1982), которые разработали теорию негативной и позитивной шизофрении. В рамках этой концепции негативные или дефицитарные нарушения традиционно рассматривались в качестве прямого следствия предполагаемой «деструкции или инактивации нейронов», «клинического выражения выпадения функций высших центров головного мозга», а позитивные — как проявления компенсаторной активности нейронов неповрежденных центров головного мозга.

С точки зрения С. Ю. Циркина (2012), позитивные симптомы правильнее называть сложными, поскольку в их структуре определяется как позитивный, который можно рассматривать как своеобразную реакцию на недостаточность психической функции, так и негативный компоненты.

В структуру негативной шизофрении, как отмечали авторы этого понятия, помимо дефицитарных явлений входят те нарушения, которые в настоящее время получили обозначение как когнитивный дефицит.

Когнитивные расстройства — нарушение познавательных (информационных) процессов (лат. *cognition* — знание, познание). Базовыми когнитивными механизмами являются: внимание (в значительной степени определяющее как способность к сосредоточению, так и к социальным когнициям при межгрупповых интеракциях), память (рабочая и вербальная), исполнительские функции (Аведисова А. С., 2005) и отчасти — речь. Соответственно этому, наблюдаются нарушения в трех структурных элементах (звеньях) когнитивной деятельности.

Первый тип когнитивных нарушений связан с функциями концентрации внимания: дефицит его устойчивости и избирательности, снижение целенаправленности деятельности, нарушение понимания общего смысла.

Второй тип когнитивных нарушений касается зрительной и слухоречевой памяти: аккуратности и точности при копировании, способности к конструктивному праксису, полноценности вербальной и пространственной памяти, слухового и зрительного гнозиса.

Третий тип когнитивных нарушений включает в себя исполнительские функции: навыки и обучение, планирование и смена установки, контроль деятельности и ее организации, скорость сенсомоторных реакций.

По мере углубления процессуальных расстройств преморбидно существующие проявления когнитивного дефицита усиливаются, они становятся все

более отчетливыми в процессе беседы с пациентом. Мы, как и большинство исследователей, полагаем, что с момента начала психического заболевания (в наибольшей степени это исследовано при шизофреническом процессе) преморбидно существующие явления когнитивного дефицита могут усиливаться, подтверждением чего является субъективное их переживание больными и наличие соответствующих жалоб с их стороны.

Пациенты могут жаловаться на ухудшение памяти, трудность концентрации внимания, трудности запоминания информации (особенно в печатной форме), необходимость дополнительного сосредоточения для понимания обращенной к ним речи или для формулирования ответов, а также на другие трудности мыслительного процесса. В этом случае в процессе беседы с больным выявляются определенные сложности, связанные с трудностью сосредоточения, а также с затрудненным или искаженным пониманием пациентом простых заданий, а специальные тесты необходимы лишь для того, чтобы уточнить особенности и глубину когнитивных нарушений.

По мнению ряда специалистов, 94% больных шизофренией в той или иной степени обнаруживают когнитивный дефицит (Waldo W. C. [et al.], 1991). Исследование когнитивного дефицита в активном периоде болезни показало, что он имеет прямое отношение к пониманию биологических механизмов шизофрении, поскольку когнитивные симптомы непосредственно связаны с нейроанатомическим субстратом этого заболевания (Hoff A. L., Sakuma M., [et al.], 2000). Когнитивный дефицит наблюдается также и в периоды ремиссий (Jaeger J., Douglas E., 1992; Velligan D. I., Miller A. L., 1999), при этом он не зависит от гендерных и демографических особенностей пациентов (Aleman A. et al., 1999).

Относительная стабильность этих нарушений по отношению к клиническим проявлениям шизофрении, периоду заболевания (активному или ремиссионному) и степени его прогрессирования позволяет рассматривать их в качестве «фундамента» и одновременно «стержня» для объяснения нейробиологических (нейроморфологических) механизмов болезненного процесса, который «надстраивается» различными клинически выраженными феноменологическими образованиями.

В этой связи следует упомянуть концепцию «базисных симптомов» (Huber G., 1983), под которыми подразумеваются неспецифические первичные субъективные переживания больных, непосредственно связанные с патологическим мозговым процессом. Такого рода «базисные симптомы» являются основой для их переработки и развития сложного комплекса вторичных симптомов, т. е. завершенных шизофренических феноменов. К базисным симптомам G. Huber относил, в частности, сложности в концентрации внимания, а также особое первичное когнитивное расстройство, часто описываемое больными как «неуправляемое мышление» и связанное с нарушением процессов переработки (избирательной фильтрации) информации (Sülwold E, 1977). Речь идет, например, о постоянном возникновении побочных ассоциаций, о неспособности сосредоточиться, о внезапных обрывах мыслей, оста-

новках действия, о непонимании слов или последовательности предложений при чтении или на слух.

Некоторые авторы подчеркивают относительно малую выраженность нарушений, понимаемых как когнитивные. Так, М. А. Морозова и А. Г. Бениашвили (2008) считают, что когнитивные расстройства, в отличие от формальных расстройств мышления, не проявляются в рамках обычной клинической беседы и могут быть обнаружены только с помощью специальных тестов, целенаправленно исследующих отдельные функции: памяти, восприятия, способности планировать и использовать имеющийся опыт для решения новых задач. Именно в таких случаях в настоящее время для оценки когнитивных функций наиболее часто используются следующие тесты:

1) Verbal Fluency Test, VFT (Lezak M. D., 2004);

2) Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT (Schmidt M., 1996);

3) Rey-Osterrieth Complex Figure Test (Stern R. A., Javorsky D. J. [et al.], 1999);

4) Wisconsin Card Sorting Test, WCST (Heaton R. K. [et al.], 1981);

5) Test of Variables of Attention, TOVA (Leark R. A., Dupuy T. R. [et al.], 1996);

6) Continuous Performance Test, Stroop Test (Carter C. S. [et al.], 1992, — цит. по Аведисовой А. С., 2005).

Однако дефицит, выявленный с помощью с помощью тестов, отражает все же ограниченное количество вариантов функционирования в реальной жизни (Green M.F., 1996), где его недостаточность имеет существенное значение. Показано, что когнитивный дефицит является более валидным предиктором социального функционирования в обществе, чем позитивная и негативная симптоматика (Velligan D. I. [et al.], 1997). Это обстоятельство связано прежде всего с тем, что когнитивный дефицит включает в себя не только нейрокогнитивные, но и социально-когнитивные дисфункции. При этом. M.Bechi, R.Ricoaloni, S.Ali и соавт. (2012, цит. по Гурович И.Я., Папсуев О.О, 2015) считают, что социальные когнитивные дисфункции, опосредующие влияние нейрокогнитивного дефицита (Schmidt S.J. et al., 2011) в значительно большей степени обуславливают социальную дезадаптацию больных шизофренией, чем нейрокогнитивные, что, понятно, не лишено оснований, поскольку всякая деятельность человека связана с социальными отношениями (Гурович И.Я., Папсуев О.О., 2015).

Термин «социальные когнитивные функции» («социальные познавательные функции») впервые был использован в социальной психологии для определения того, как человек обрабатывает информацию в социальном контексте, включая личностное восприятие происходящего, выстраивание причинно-следственных связей относительно себя и других, привнесение социальных правил в процесс принятия решений (Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L., 2008). С этой точки зрения социальные когнитивные функции могут быть определены как «способность выстраивать представления об отношениях между собой и другими и гибко использовать эти представления для

управления социальным поведением» (Adolphs R., 2001) и определяют то, «как люди думают о себе и других в социальном мире» (Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L., 2008). Главное отличие социальных когнитивных функций от несоциальных заключается в том, что их содержание связано с социальными взаимодействиями индивидуума (сценарии, роли и другие схемы интеракций) (Allen D.N., Strauss G.P., Donohue B., van Kammen D.P., 2007).

Среди социальных когниций наиболее исследованными являются:

А) **внутренняя модель сознания другого -** ВМСД (Theory of Mind), суть которой состоит в необходимости для индивида объяснять другим и самому себе собственные ментальные состояния, убеждения, цели, страсти, симуляции, знания и пр., а также понимать, что те убеждения, страсти и цели, которые имеют другие, отличаются от его собственных);

Б) **распознавание эмоций окружающих;**

В) **атрибутивный стиль** (приписывание собственным или чужим поступкам каких-либо умозрительных причин или оснований).

Такое разделение, как указывают И.Я.Гурович и О.О. Папсуев (2015), по всей видимости, достаточно условно и имеет существенные ограничения при исследовании этих функций на практике.

Таким образом, когнитивный дефицит может явиться серьезным препятствием на пути попыток социальной реабилитации пациентов (Тараканова Е. А., 2008). Именно с этим обстоятельством связано то, что показатели когнитивного функционирования, а не собственно клинические симптомы, являются важными индикаторами имеющегося у больного шизофренией потенциала к социальной адаптации, независимо от психопатологических особенностей состояния. Не случайно, как считает В.А.Лоскутова (2009), «тренинг социальных когнитивных функций может и должен стать еще одним оружием в арсенале средств для лечения шизофрении».

В последнее время значение нейрокогниции и социальных когниций в динамике течения шизофрении и их влияние на социальное функционирование по-прежнему являются предметом интереса исследователей (Addington J., Girard T.A., Christensen B.K., Addington D., 2010; Fiszdon J.M., Fanning J.R., Johannesen J.K., Bell M.D., 2013; Roberts D.L., Combs D.R., Willoughby M., Mintz J., Gibson C., Rupp B., Penn D.L., 2014).

Учитывая важность когнитивного функционирования для социальной адаптации, можно назвать когнитивность основополагающим показателем в системе эффективной терапии (Green M. F. [et al.], 1997; Sharma T., Mockler D., 1998). Воздействие на базовые показатели когнитивности способно видоизменять параметры социального функционирования больных. Непрерывный поиск методов восстановления когнитивных функций приводит к активному изучению не только медикаментозных, но и других, не менее важных путей, в частности, психосоциальных. Как отмечают А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев (2012), использование в комплексной терапии больных шизофренией когнитивных тренингов показало свою эффективность в арсенале средств лечения этого недуга.

Когнитивные расстройства при аффективных заболеваниях, как следует из ряда работ, свидетельствуют о дисфункции правого полушария, в отличие от таковых у больных шизофренией, для которых характерны левополушарные или двусторонние нейропсихологические расстройства (Flor-Henry P., Yeudall L. Y., 1979); другие авторы это не подтверждают. М. В. Иванов и Н. Г. Незнанов (2008) считают, что когнитивные расстройства у больных с аффективными расстройствами, как и у больных шизофренией, проявляются достаточно сложными, многофакторными синдромами, свидетельствующими о неполноценности некоторых образований мозга

Как отмечает А. М. Кузьмин (2003), когнитивные нарушения у больных с аффективными расстройствами выглядят как нарушение концентрации внимания, способности к сосредоточению. Явления субъективной интеллектуальной недостаточности проявляются жалобами на снижение памяти, затруднение, замедление процесса мышления, нарушение сообразительности. Отмечается также повышенная чувствительность к внешним раздражителям, частыми являются жалобы на нечеткость восприятия.

Вместе с тем у этих пациентов не встречается расстройств мышления процессуального характера. Не отмечается нарушений, достигающих уровня простого слабоумия или «психической дряхлости» E. Kraepelin (1923). Чаще эти проявления умеренно выражены и, хотя и приводят к затруднениям деятельности, а дополнительная нагрузка вызывает их отчетливое усиление, большинство больных сохраняет способность к компенсации.

Важно подчеркнуть, что большинство рассмотренных выше деменсий касаются всего спектра расстройств шизофренического и аффективного кругов, т. е. представлены как при психотическом, так и при непсихотическом регистре их проявлений.

В заключении можно сказать, что как категориальный, так и дименсиональный подходы при диагностике психических расстройств, с одной стороны, мотивированы клинической реальностью, а с другой — демонстрируют свою недостаточность и определенную «тупиковость» при попытке изолированного их использования. «Хотя противостояние парадигм клинического подхода и доказательной медицины, — отмечает И. А. Мартынихин (2012), — не является единственной зоной противоречий в психиатрии<…>, столкновение именно этих двух парадигм рождает наиболее острые споры, что делает важным анализ тех фундаментальных допущений», которые лежат в основе этих парадигм, и выводов, которые из них следуют».

Какой из подходов, категориальный или дименсиональный, является более продуктивным и правильным, рассудит время, но основным критерием истины, как считает С. Н. Мосолов (2012а), по-видимому, будут служить нейробиологические исследования, которые должны уже в ближайшем будущем показать, что лучше описывает природу аутохтонных (эндогенных) психических расстройств. Принимая во внимание критику категориального и дименсионального подходов, можно предположить, что оптимальным вари-

антом будет их объединение в рамках одной диагностической системы (Demjaha A. et al., 2009).

В связи с этим правомерно предположить, что, несмотря на высокую статистическую воспроизводимость диагностических оценок современных классификаций, они не подменяют концептуальных разработок. Непрерывность и прерывность (дискретность) объектов и явлений — фундаментальные философские категории, споры о взаимосвязи которых распространяются и на частные случаи этих понятий — категориальную и дименсиональную диагностики в психиатрии. Дальнейшее развитие психиатрии связано не с противопоставлением этих подходов, а с их гармоничным сочетанием (которое имеется, например, при понимании корпускулярно-волнового дуализма в теории света), благодаря чему появляется возможность рассмотрения клинического многообразия психических расстройств как цепи последовательно «утяжеляющихся» дискретных состояний (между которыми, однако, имеются «промежуточные» симптомокомплексы). При этом каждое звено цепи включает по-разному представленные, но принципиально общие для нее дименсиональные характеристики. С этой точки зрения в целом категориальный и дименсиональный подходы совместимы друг с другом.

Сказанное выше явилось той базовой основой, на которой ниже рассматриваться преморбидные проявления, а также формирующиеся ремиссионные состояния при аутохтонных (эндогенных) психических расстройствах.

Глава 1.
Продромальные состояния

Основную группу этих расстройств составляют проявления так называемой латентной шизофрении, содержание которой всегда было весьма неопределенным. Так, автор этого термина, E. Bleuler, в 1911 году использовал его для обозначения состояния пациентов, находящихся вне психоза, но одновременно обнаруживающих элементы психопатологии, сходной с шизофренической симптоматикой. В отличие от этого, H. Rorschach (1942) году использовал этот же термин для обозначения практически здоровых лиц, ответы которых на его тест были сходными с ответами больных шизофренией.

1. Современные представления о продромальных состояниях

Как известно, продромальные явления шизофрении представляют собой достаточно аморфные психопатологические феномены, которые появляются у пациента впервые и, как показали проведенные исследования, чаще всего **непосредственно предшествуют** дальнейшему течению психического заболевания или, что бывает реже — оказываются **отдаленными** от него определенным промежутком времени.

В рамках DSV-5 в качестве нового класса психических расстройств выделяется аттенуированный (ослабленный) психотический синдром (attenuated psychosis syndrome), рассматриваемый вне пределов шизофрении и вместе с тем относимый к продромальным ее проявлениям. При этом разработанные критерии клинического содержания этого синдрома фактически касаются не только продрома психотического заболевания, но и непсихотического этапа психотической шизофрении, и основаны на проспективных наблюдениях большой когорты подростков и молодых людей, у которых за несколько лет до психотической манифестации заболевания наблюдались различные субпсихотические симптомы и проблемы с адаптацией в школе или дома (Cannon T. D. [et al.], 2008; Ruhrmann S. [et al.], 2010).

В предпсихотическом периоде у этих больных часто встречались нестойкие идеи отношения, подозрительность, необычные (не соответствующие культуральной среде) мысли, верования, и относительно редко — идеи преследования, влияния, воздействия, овладения и другие бредовые идеи. Еще более редко наблюдались нарушения восприятия, дереализация с отчуждением или искажением реальности, акоазмы, акустическое «эхо», слуховые галлюцинации.

Особый интерес представляли признаки дезорганизации мышления и речи, диапазон которых весьма широк: от ассоциативных (формальных) нарушений мышления (фрагментарность, паралогичность, нецеленаправленность, соскальзывания, тангенциальность, неологизмы) до обеднения или искажения мыслительной деятельности и речевой продукции. Последнее характеризовалось наличием обрывов мыслей (шперрунгов), оскудением речи (олигофазией), обеднением ассоциаций, нарушением понимания письменной и устной продукции, неуправляемостью мышления, магическим мышлением,

непроизвольными мыслями, эхо-мыслями, путаницей или наплывами мыслей (по своей феноменологии приближающимися к малым психическим автоматизмам, описанным в свое время Г. Клерамбо) и др.

Перечисленные выше симптомы вызывают заметный дистресс и затрудняют функционирование пациента в одной и более сферах (работа, межличностные отношения или уровень самостоятельного проживания и ведения хозяйства), мотивируя его или его родственников к обращению за медицинской помощью.

Как видно, в аттенуированный психотический синдром оказались включенными как собственно продромальные, так и психопатологические феномены в рамках непсихотического этапа психотической шизофрении или малопрогредиентной шизофрении (шизотипических расстройств).

Не случайно С. Н. Мосолов (2012а) подчеркивает, что многие из этих позитивных подпороговых симптомов могли длительное время оставаться стабильными и не перерастали в психоз, как это и имеет место при малопрогредиентных формах шизофрении (шизотипических расстройствах) или шизотипическом расстройстве личности. Кроме того, как свидетельствует клиническая практика, помимо позитивной симптоматики и ухудшения функционирования, у этих больных нередко обнаруживаются когнитивный дефицит и негативные симптомы (Häfner H., van der Heiden W. 1999; Klosterkotter J. [et al.], 2008), которые представляют не меньшую диагностическую и предиктивную ценность. Важными признаками, также не включенными в критерии аттенуированного психотического синдрома, является наследственная отягощенность расстройствами шизофренического спектра.

Введение рубрики **«аттенуированный (ослабленный) психотический синдром»**, как указывает W. Carpenter (2009), будет способствовать пониманию траектории развития болезни и разработке подходов к ранней терапии продромальных расстройств. Однако отнесение элементов единого процесса к разным классам психической патологии (продромальные явления и непсихотические проявления в рамках малопрогредиентной шизофрении или этапа психотической шизофрении как один класс и психотическая шизофреническая симптоматика — как другой) в действительности не только сужает интеллектуальное осмысление и синтезирование врачом обнаруживаемых в процессе диагностики патогенетически связанных между собой явлений, но и ограничивает формулирование им комплексных лечебно-реабилитационных индивидуальных программ.

Этот подход создает представлению о психических феноменах как эклектически случайной совокупности явлений, что не только отбрасывает развитие психиатрии как науки на столетие назад, но и затрудняет формирование у исследователей мотивации для системного изучения проявлений заболевания. В результате, «каковы *общие закономерности* психических болезней, их проявлений и развития, каковы *общие закономерности* этиологии и патогенеза, какова *общая природа* основных симптомов и синдромов, в чем

состоят их наиболее *общие причины* — эти и другие важные вопросы для некоторых врачей остаются *terra incognita*» (Волков П. П., 1977).

При этом остается неопределенным и логически непонятным место для состояний, которые, выходя за рамки продромальных явлений, характеризуются признаками относительной аутохтонности развития, с одной стороны, и непсихотическими проявлениями на всем протяжении заболевания или, в случае психотических форм расстройства, на определенном его этапе, с другой.

Если же попытаться «выделить» из аттенуированного психотического синдрома собственно продромальные расстройства, то в силу неструктурированности, «размытости», малой выраженности симптоматики они, с нашей точки зрения, свидетельствуют не о самостоятельной форме шизофрении, а лишь о **начальных продромальных явлениях расстройств шизофренического спектра.** При этом характер заболевания может быть уточнен лишь при динамическом наблюдении за больным, т. е. в дальнейшем он может оказаться малопрогредиентным, среднепрогредиентным или даже злокачественным.

Продромальные проявления шизофрении (как это показано в обзорной публикации Н. А. Мазаевой, 2010) рассматриваются в рамках синдрома риска психоза (Psychosis-Risk Syndrome — T. H. McGlashan [et al.], 2010), что соотносится со взглядами Немецкого общества по исследованию шизофрении (German Research Networkon Schizophrenia), предложившего **постадийную модель клинического риска шизофрении,** в рамках которой смена клинических стадий предполагает синдромальную последовательность развития первого эпизода психоза (Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Beming J. [et al.], 2010; Klosterkotter J., Schultze-Lutter F., Bechdolf A., Ruhrnann S., 2011).

В настоящее время в МКБ-10 продромальные явления рассматриваются в рамках **предпсихотической шизофрении** (F21.1) — непосредственно предшествующие развитию заболевания, или **шизофренических реакций** (F21.2) — отставленные от последующего развития заболевания (рис. 1).

Рис. 1. Виды продромальных состояний заболеваний шизофренического спектра

2. Предпсихотическая (продромальная) шизофрения (F21.1)

В рубрике F21.1 **(предпсихотическая шизофрения)** можно рассматривать психопатологические феномены, которые представителями Немецкого общества по исследованию шизофрении (German Research Network on Schizophrenia) относятся к следующим двум последовательно утяжеляющимся проявлениям риска развития заболевания (Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Beming J. [et al.], 2010; Klosterkotter J., Schultze-Lutter F., Bechdolf A., Ruhrnann S., 2011):

1. Неспецифические продромальные симптомы, которые невозможно отграничить от нарушений настроения, социального взаимодействия, активности и концентрации внимания в рамках аффективных расстройств (Klosterkotter J., Hellmich M., Steinmeyer E. M. [et al.], 2001).

2. Предиктивные базисные симптомы, впервые операционализированные в шкале BSABS (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms — Боннской шкале базисных симптомов) — и представляющие собой особые совокупности когнитивно-перцептивных феноменов, отражающие текущий статус больного и в настоящее время широко используемые в международных исследованиях для раннего распознавания симптомов шизофрении

(Moller P., Husby R., 2000; Pamas J., Jansson L., Sass L. A. [et al.], 1998; Simon A. E., Dvorsky D. N., Boesch J. [et al.], 2006; Schultze-Lutter F., 2009; Ruhrmann S., Schultze-Lutter F., Salokangas R. K. [et al.], 2010). Позднее путем дименсионального анализа были разработаны более короткие версии этой шкалы для взрослых и детей: Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version— SPI-A и Child and Youth version — SPI-CY (Schultze-Lutter F., Steinmeyer E. M., Ruhrmann S. [et al.], 2008), что сделало возможным определение выраженности базисных симптомов (на основании наибольшей частоты их возникновения в последние 3 мес.).

Использование этих шкал в ретроспективном ABC-исследовании (Age-Beginnen-Course — Häfner H., Maurer K., Luffler W. [et al.],1998) и проспективном исследовании раннего распознавания шизофрении с катамнестическим периодом около 10 лет (Klosterkotter J., Hellmich M., Steinmeyer E. M. [et al.], 2001) позволило выделить два, частично перекрывающихся, критерия риска развития психотических форм шизофрении (Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Klosterkotter J., 2006; Klosterkotter J., Hellmich M., Steinmeyer E. M. [et al.], 2011).

А. Критерий COPER (Cognitive-Perceptive Basis Symptoms), состоящий из 10 пунктов:

- перекрывание мыслей (другими психопатологическими феноменами),
- персеверация мыслей;
- скачка мыслей;
- шперрунги (остановка /обрывы мыслей);
- снижение способности различать мысли и ощущения;
- фантазии и настоящие воспоминания;
- нестойкие идеи отношения;
- дереализация;
- нарушения зрительного восприятия (кроме гиперчувствительности к свету и нечеткого зрения;
- нарушение восприятия звуков (кроме гиперчувствительности к звукам/шумам).

Б. Критерий COGDIS (Cognitive Disturbances), состоящий из 8 пунктов:

- неспособность распределять внимание;
- перекрывание мыслей;
- скачка мыслей;
- шперрунги (остановки мыслей);
- нарушение рецептивной речи;
- нестойкие идеи отношения;
- нарушение абстрактного мышления;
- отвлечение внимание на детали, попадающие в поле зрения.

Наряду с этим, как отмечает А. Б. Смулевич (2012), в качестве одного из ранних, продромальных проявлений шизофрении могут выступать формирующиеся патохарактерологические расстройства.

Для определения прогностически значимых непсихотических (инициальных) психопатологических проявлений разработаны симптоматические шкалы CAARMS (Yung A. R., Yuen H. P., McGorry P. D. [et al.], 2005), SIPS, COPS (Miller T. J., McGlashan T. H., Rosen J. L. [et al.], 2002; McGlashan T. H., Walsh B., Woods S., 2010).

В связи с отмеченной стадийностью развития расстройств шизофренического спектра «представляется актуальным продолжать исследования в направлении установления <…> индивидуализации оценки риска путем стратификации, выделения и включения субпсихотических состояний в диагностические системы» (Медведев В. Э., 2012).

3. Шизофренические реакции (F21.2)

Термин «шизофренические/шизоидные реакции» введен Ervin Popper и Eugen Kahn в 1924 году для обозначения состояний, определяющихся шизофреническими симптомами, но, в отличие от прогредиентно протекающего аутохтонного заболевания, «манифестирующих» на фоне актуального и понятного психотравмирующего жизненного переживания; длятся они несколько дней или недель и проходят бесследно.

Место кратковременных шизофренических реакций в психиатрии до сих пор не определено. В то время как одни исследователи рассматривают шизофренические реакции вне связи с конституцией (психопатологическим диатезом) и с аутохтонным (эндогенным) процессом (Краснушкин Е. К.,1960), другие подчеркивают роль в генезе шизофренических реакций шизоидного предрасположения (шизофренической конституции, психопатологического диатеза), психогении и процессуальных факторов (Ганнушкин П. Б.,1914/1964; Снежневский А. В., 1972).

При этом одни авторы относят их к так называемым «третьим психозам» — полиморфной группе функциональных психических расстройств, занимающих «промежуточное» положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом (Marneros A., Pillmann F., 2004 — цит. по Ильиной Н. А., 2006). Другие исследователи сближают эти состояния с психотической шизофренией и трактуют как проявление **реактивной шизофрении**, разработка концепции которой продолжается вплоть до настоящего времени (Смулевич А. Б. [и др.], 1997а). Наконец, третьи — считают их психогенно провоцированными непроцессуальными образованиями (Rohr K.,1961); четвертые — рассматривают в рамках **атипично протекающего (шизоформного) постстрессового расстройства** (De Alarcon R., Camey M., 1969; Jung K. E., 2001).

В настоящее время **под кратковременными шизофреническими реакциями** — психогенно/ соматогенно спровоцированными проявлениями эндоформного типа — понимаются состояния, характеризующиеся:

- эпизодическими (транзиторными) феноменами искаженного восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
- краткосрочными эпизодами со слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями.

Возникают шизофренические реакции при воздействии как объективно тяжелой (потеря близких, угроза жизни, банкротство, тяжелое соматическое заболевание), так и условно-патогенной травмы. Для последней характерна опосредованная неадекватная оценка реальных событий (акцентуация малозначимых, второстепенных фактов, возводимых в ранг невыносимых или катастрофических). Отличительной особенностью шизофренических реакций является их относительная кратковременность.

Возможность реактивного возникновения психопатологических образований, клиническая картина которых опосредована конституциональным предрасположением, обоснована в работах K. Bonhöffer (1910) в рамках концепции пределикционных (от лат. *deliquus* — недостаточный, но предопределенный способ реагирования) типов реагирования применительно к реакциям экзогенного типа (делирий, аменция, сумеречные состояния и др.), возникающим в ответ на действие острых инфекций и интоксикаций.

По-видимому, психопатологические проявления, определяющие клиническую картину кратковременных шизофренических реакций, также можно интерпретировать как результат предопределенного способа реагирования, но не экзо-, а эндогенного типа. Соответственно, основываясь на собственных наблюдениях и данных целого ряда исследований, Н. А. Ильина (2006) рассматривает шизофренические реакции, по аналогии с реакциями экзогенного типа, как **реакции эндогенного типа,** к которым относятся:

1) параноидные шизофренические реакции;

2) затяжные продромальные эндоформные шизотипические состояния.

Н. А. Ильина (2006) описывает **параноидные шизофренические реакции** как реактивные бредовые состояния двух типов: истеро-параноидного и тревожно-параноидного.

При этом как патохарактерологические свойства преморбидной личности больных (для истеро-параноидных — склонность к образованию кататимных комплексов и истерический тип реагирования; для тревожно-параноидных — персистирующие обсессивно-фобические расстройства и параноидный тип реагирования), так и проявления психического диатеза находят непосредственное отражение в структуре реактивного состояния.

Существенной особенностью параноидных шизофренических реакций является их краткость и парадоксальный (как по степени выраженности, так и по содержанию) ответ на психогенное воздействие.

Среди психогенных факторов, способствующих возникновению параноидных реакций, преобладают следующие: для истеро-параноидных — потеря близких (гибель, развод), для тревожно-параноидных — угроза жизни, здоровью или материальному благосостоянию (нападение бандитов, пожар,

визит ревизора). Однако, несмотря на наличие объективно тяжелой психической травмы, патогенным фактором зачастую становится не столько неблагоприятно сложившаяся ситуация как таковая (например, угроза увольнения за подлог документов), сколько отдельные, частные обстоятельства (необходимость публичных объяснений со ссылками на чужую недобросовестность).

Неадекватное отношение к стрессовой ситуации находит отражение также в выборе способов разрешения конфликта (например, самостоятельное увольнение при субъективно воспринимаемой угрозе сокращения, развод с супругом при страхе быть покинутым).

К другим особенностям параноидных шизофренических реакций следует отнести также ограниченный, обыденный характер бреда, не определяющий целиком поведение больного. Параноидные расстройства при шизофренических реакциях наблюдаются лишь на высоте состояния и не обнаруживают тенденции к формированию завершенных бредовых феноменов; отсутствует также тенденция к расширению фабулы, дальнейшей систематизации. Психопатологические расстройства носят парциальный характер, не приводят к существенному снижению социальной адаптации в период реактивного состояния.

Кроме того, бредовые расстройства, возникающие на высоте психогении, приобретают форму психопатологических образований, вторичных по отношению к другим феноменам, наблюдаемым в картине реакций.

При ***истеро-параноидных шизофренических реакциях*** бредовые симптомокомплексы оказываются производными конверсионных (диссоциативных) нарушений. Под конверсионными (лат. c*onversio* — изменение) понимают совокупность двигательных (параличи, парезы, гиперкинезы, контрактуры, астазия-абазия), сенсорных (анестезия, гипестезия, гиперестезия) и вегетативных истерических симптомов. В современной систематике этот термин используется в качестве синонима более широкого понятия «диссоциативные (лат. *dissociation* — разделение, разъединение) расстройства», включающего, наряду с перечисленными проявлениями, феномены истерически помраченного сознания (припадки, амнезии, фуги и др.).

При тревожно-параноидных шизофренических реакциях бред сопоставим с формирующимся в рамках тревожно-фобического расстройства примитивным бредом отношения (Schneider K.,1992).

Должно быть отвергнуто отнесение к продромальным шизофреническим реакциям кратковременных (в течение нескольких дней) психотических состояний с картинами острого синдрома Кандинского-Клерамбо, острого галлюциноза и острого параноида. Такого рода психопатологические явления по существу являются стертыми или явными шубами с последующей многолетней ремиссией и частым формированием состояния псевдопсихопатий.

Итак, в рамках отставленных продромальных расстройств шизофренического спектра можно ретроспективно рассматривать лишь те состояния в анамнезе больных с отчетливыми психическими расстройствами, которые характеризовались аутохтонностью возникновения, преимущественно непси-

хотическим характером и последующей редукцией без признаков остаточной симптоматики и прогредиентности.

Таким образом, непсихотические расстройства, описываемые в рубриках F21.1 и F21.2, по существу охватывают различные **продромальные состояния расстройств шизофренического спектра.**

В этом случае, как показал в своем исследовании А. А. Чумаченко (2003), в основе лежит «шизофреническая» триада: интенциональные расстройства — первичный аутизм — дискордантность. Эта триада, компоненты которой В. М. Воловик (1980) относил к «стержневым» расстройствам при шизофрении, знаменует собой «шаг в болезнь», который начинается с проявлений схизиса (выявленной «триады»).

Такой «шаг в болезнь», как отмечает Немецкое общество по исследованию шизофрении (Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Beming J. [et al.], 2010; Klosterkotter J., Schultze-Lutter F., Bechdolf A., Ruhrmann S., 2011), при развитии в дальнейшем психотической шизофрении характеризуется появлением в структуре непсихотической симптоматики критериев ***очень высокого ее риска*** (Ultra-High Risk Criteria), которые представляют собой сочетание пролонгированных невыраженных позитивных симптомов (бред, галлюцинации, формальные расстройства мышления) или кратких, хотя и выраженных, психотических симптомов, с несколькими предиктивными базисными симптомами. Такая симптоматика всегда включает генетический риск и соотносится с функциональными отклонениями, а именно — со снижением общего балла по шкале GAF минимум на 30 пунктов в течение минимум 1 месяца (Yung A. R., Phillips L. J., McGorry P. D. [et al.] 1998; Phillips L. J., Yung A. R., McGorry P. D., 2000). При этом в качестве наиболее прогностически валидных выступает сочетание невыраженных позитивных расстройств с аномалиями субъективного восприятия (в особенности — с растерянностью/замешательством и расстройством самосознания «Я»).

Подтверждением «промежуточного» положения (предшествования психотической симптоматике) некоторых непсихотических расстройств являются результаты Копенгагского 5-летнего катамнестического исследования 155 пациентов моложе 40 лет (Pamas J., 1999, 2000; Pamas J., Bovet P., Zahavi D., 2002), в процессе которого в качестве одной из предполагаемых основных прогностических характеристик инициального периода изучались нарушения самовосприятия (Self-Disturbances — SD).

Аномалии SD (субъективного восприятия) на основании дименсионального подхода были сгруппированы в 3 кластера:

1) растерянность/замешательство (чувство отсутствия «включенности» в окружающий мир, отсутствие спонтанности «ухватывания/улавливания» здравого смысла, замешательство, отчуждение, т. е. — преимущественно когнитивные расстройства);

2) расстройства самосознания «я» (аномалии перефлексивного самосознания, осознания себя в качестве субъекта восприятия, т. е. — преимущественно деперсонализационные расстройства);

3) сенсорные расстройства (различные непсихотические перцептивные аберрации, в основном визуально-акустические).

При катамнестическом обследовании через 5 лет логистический регрессивный анализ выявил, что предикторами последующей трансформации непсихотических расстройств в расстройства психотической шизофрении являются большое количество баллов по шкалам растерянность / замешательство и расстройство самосознания «Я». Пол, возраст и количество баллов по PANSS не являлись предикторами трансформации инициальной непсихотической психопатологической симптоматики в психотические шизофренические расстройства.

Полученные результаты согласуются с данными других количественных (Klosterkotter J., Hellmich M., Steinmeyer E. M. [et al.], 2001; Pamas J., Handest P., Saebye D. [et al.], 2003; Raballo A., Saebye D., Pamas J., 2011) и качественно-количественных исследований (Moller P., Husby R., 2000; Nordentoft M., Thorup A., Petersen L. [et al.], 2006; Woods S. W., Addington J., Cadenhead K. S. [et al.], 2009; Pamas J., Raballo A., Handest P. [et al.], 2011).

Завершающей стадией развития психотической шизофрении, по терминологии Немецкого общества по исследованию шизофрении (Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Beming J. [et al.], 2010; Klosterkotter J., Schultze-Lutter F., Bechdolf A., Ruhrmann S., 2011), является ***«цветущая» (full-blown)***фаза развития симптоматики шизофренического спектра, характеризующаяся превалированием психотических симптомов.

Продромальные состояния аффективных расстройств. В отличие от развития расстройств шизофренического спектра основу продрома аффективных расстройств составляет «аффективная триада»: астенические расстройства — эмоциональная лабильность — депрессивные эпизоды. «Шаг в болезнь» в этом случае начинается с аффективного регистра, причем в его проявлениях изначально отсутствуют радикалы «схизиса».

Глава 2.
Особенности ремиссий

Из всех многочисленных категориальных определений **ремиссии** наиболее устоявшимся является то, которое предложено Г. В. Зеневичем (1964): «ослабление и смягчение всей симптоматики, обеспечивающее в той или иной степени социальное и трудовое приспособление больного и обнимающее широкий диапазон состояний от граничащих с практическим восстановлением до тех, при которых уже отчетливо выступают симптомы дефекта».

1. Современные представления при определении ремиссии

В основе формирования ремиссии лежат реституционные образования (сложные механизмы биологической и психологической адаптации), обеспечивающим появлением у больного во время улучшения состояния так называемых **истинных** компенсаторных реакций (Мелехов Д. Е., 1963), обозначаемых другими авторами как защитные силы (Волков П. П., 1979) или невродинамические изменения репаративного и реституционного характера (Морозов В. М., 1953), которые «вытесняют» наблюдаемые в активном периоде заболевания **патологически**е компенсаторные процессы (патогенные компенсаторные процессы по И. В. Давыдовскому, 1962).

В результате такого «вытеснения» происходит восстановление нарушенного «равновесия», которое включает как нивелировку психопатологической симптоматики (Семенов С. Ф. [и др.], 1979), так и восстановление функций, обеспечивающих определенный уровень социальной деятельности больного (Воловик В. М., Вид В. Д., 1989). По сути, истинные компенсаторные реакции представляют собой результирующую неких внутренних механизмов, направленных на преодоление психопатологических расстройств и проявляющихся в разной степени осознания болезни и критики к психопатологическим ее феноменам.

На примере расстройств шизофренического спектра выделено пять типов «истинных компенсаторных реакций», ранжируемых по степени своей «зрелости»:

1) полная переработка патологических переживаний в соответствии с требованиями реальной действительности, ее «диссимиляция и асимиляция» (Зеневич Г. В., 1964);

2) двойственная оценка патологических переживаний за счет включения построений, конкурирующих с основной их фабулой (Сальникова Л. И., 1995), «сосуществование бреда с известным адекватным отношением к действительности» (Huber G., Gross G., 1977);

3) «рационализация» (Малкин П. Ф., 1962; Воловик В. М., Вид В. Д., 1976), когда имеет место неадекватное, но формально логичное толкование больным причин, характера и сущности отдельных проявлений болезни;

4) «вытеснение» психотического содержания на периферию сознания (Stransky E., 1909; Müller M., 1949), с которым связано частичное осуществление контроля пациентом над некоторыми феноменами своей болезни, но не полное отделение от нее, признание в качестве болезненных только некоторых особенностей состояния, «бредовая критика или компромиссные суждения в отношении своего психотического состояния» (Сальникова Л. И., 1995); это же явление обозначается как «инкапсулирование» (Schneider K., 1925; Mayer-Gross W., 1932; Перельман А. Л., 1944; Альтман А. Л., 1971) или «инкапсуляция» (Елгазина Л. М., 1962), «изоляция» пси-

хопатологических переживаний «от адекватных сторон психики» (Рабинович В. И., 1940), «изоляция психотического от сохранного» (Зеневич Г. В., 1964, 1965), «отчуждение», отслоение от личности болезненных явлений (Свердлов Л. С., 1980), а также как «дезактуализация», «отступление» бреда за счет побледнения и потускнения связанного с ним аффекта (Vie J., 1939), т. е. угасание психотических феноменов с утратой чувства их актуальности для личности (Корнетов А. М., 1956), «уменьшение или утрата эмоциональной значимости и оценки бреда как чего-то реального» (Huber G., Gross G., 1977);

5) «амальгамирование» (Ястребов В. С., 1987; Wetzel A., 1932), т. е. слияние патологических переживаний с личностью, способствующее изменению ее болезненной установки и формированию сквозной внутренней переориентировки; попытка дать своему анормальному состоянию паралогическое объяснение, к которому фактически отсутствует критика («патологическое объяснение патологического»).

При этом принципиально важным обстоятельством является тот факт, что психические расстройства представлены в населении преимущественно в виде ремиссионных состояний. В связи с этим диагностическое определение состояния больного как ремиссии (вместо постоянного и неизменного диагноза психического заболевания) существенно меняет положение пациента по отношению к болезни и способствует оптимизации процесса социального восстановления, не на словах, а на деле демонстрируя прогресс в состоянии пациента, его продвижении по пути избавления от симптомов. Дифференцированная оценка ремиссии (полная или неполная, стабильная или нестабильная и т.д.) поддерживает установку пациента на возможность и необходимость «управления болезнью».

В то же время существующий в современных классификациях DSM-IV-TR (2000) и МКБ-10 (1994) формальный подход, отличается высоким уровнем субъективности и не только не квалифицирует уровень (глубину) ремиссионного улучшения, но и не характеризует ремиссию как основную цель антипсихотической терапии, в связи с чем не предоставляет сведений о возможных терапевтических мишенях в длиннике постпсихотического периода заболевания.

В общем виде можно сказать, что ремиссии, как известно, разделяют на «спонтанные» (т. е. вызванные непосредственным действием пока неизвестной нам «ноксы», самодвижением болезни) и обусловленные различными причинами: лечением, влиянием психотравмирующих факторов, соматическим состоянием и т.д.

Проводимые отечественными авторами концептуальные исследования касались преимущественно анализа динамики и типологии ремиссий при различных формах шизофрении (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Морозов В. М., 1953; Жариков Н. А., 1961; Мелехов Д. Е., 1963; Зеневич Г. В., 1964; Смулевич А. Б., Измайлова Л. Г., Ястребов В. С., 1976; Свердлов Л. С., 1980;Вовин Р. Я., 1986а; Коцюбинский А. П.. Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С. [и др.], 2004; Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007), в течение долгого времени оставляя в стороне рассмотрение их особенностей при аффективных расстройствах.

В отечественной литературе ремиссия понимается как улучшение психического состояния, характеризующееся снижением его остроты или выра-

женности, возникающее либо в результате саногенеза, либо (гораздо чаще) благодаря влиянию медикаментозной терапии (Вовин Р. Я., 1986а).

В западной литературе ремиссия определяется как «низкоумеренный уровень интенсивности симптома», когда «отсутствующие, пограничные или мягкие (mild) его проявления не влияют на поведение индивида» (Frank E. [et al.], 1991; Ninan P., 2001 — цит. по Andreasen N. C. [et al.], 2005). «Рабочая группа по ремиссии при шизофрении» (The Remission in Schizophrenia Working Group) определяет ремиссию как состояние, при котором пациенты чувствуют улучшение в отношении основных признаков и симптомов заболевания до такой степени, при которой у них не наблюдается расстройств поведения и нет достаточных критериев, необходимых для подтверждения первоначального диагноза шизофрении. Иными словами, выраженность симптомов при ремиссии оказывается ниже порога, который необходим для постановки диагноза «шизофрения» (Andreasen N.C. [et al.], 2005).

Практическое использование понятия «ремиссия» применимо и к больным шизофренией, у которых отмечается непрерывное течение заболевания (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Альтман А. Л., 1965; Серебрякова З. Н., 1972), при этом Р. А. Наджаров (1972) специально подчеркивает, что непрерывное развитие заболевания «не означает <...> невозможности развития ремиссии». Последнее становится понятным, если учесть, что так называемое непрерывное течение шизофрении в действительности представляет собой ряд ограниченных во времени сдвигов, отчего характеризуется чередованием периодов ухудшения и стабильности (Шмаонова Л. М., Либерман, Ю.И., Ротштейн В. Г., 1985; Свердлов Л. С., Скорик А. И., Галанин И. В., 1991).

Однако дальнейшее развитие изучения ремиссионных состояний связано с тем, что в последнее годы доминируют два направления, касающиеся подхода к содержательному определению состояния ремиссии:

1) клинико-психопатологический или типологический (категориальный), традиционный для отечественной психиатрии;

2) дименсиональный (операциональный или стандартизированный), основанный на оценке выраженности ряда показателей различных шкал, которые в совокупности обеспечивают количественно верифицированные рамки данной дефиниции.

2. Категориальный подход к классификации ремиссий

Категориальный (типологический) подход к классификации ремиссий, учитывающий качественные признаки резидуальной позитивной, негативной (дефицитарной) и личностной симптоматики, а также дифференцированные пороги социального и личностного функционирования, основан на феноменологической характеристике расстройств, сохраняющихся вне обострения, или характере наблюдающихся после их уменьшения или исчезновения изменений личности.

Категориальный подход позволил дифференцировать ремиссии в зависимости от стойкости достигнутого терапевтического эффекта и по парамет-

рам тяжести остаточных позитивных расстройств. Косвенно такой подход лишь частично отражен в существующих современных классификациях DSM-IV-TR (APA, 1994) и МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, 1994), в рамках которых ремиссии, в зависимости от наличия или отсутствия резидуальных симптомов, подразделяются на **частичные** и **полные.** Однако при этом никак не отражается связь формирующихся ремиссий с особенностями процессуального заболевания. В связи с этим отечественные исследователи уточняют представления о полноте достигаемой ремиссии и выделяют качественно различные ее варианты при шизофрении (в значительной степени характерные и для шизотипических расстройств), отражающие, в первую очередь, клинические особенности аутохтонного процесса (Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007). Перспективным в этом отношении представляется разработанная А.Б.Смулевичем с соавт (2006, 2007) концепция о дифференциации ремиссий в зависимости от характера их связи с предшествующей психопатологической симптоматикой активного периода заболевания.

В том случае, когда психопатологическая симптоматики в период ремиссии в определенной, хотя и сглаженной форме, отражает остаточную симптоматику предшествующего этапа заболевания, ремиссии квалифицируются как **симптоматические**, так как в них в какой-то, хотя и сглаженной, степени представлена позитивная симптоматика активного периода заболевания (тимопатическая, обсессивная, ипохондрическая, а также параноидный ее вариант, который, по понятным причинам, связанным с клиническими особенностями активного периода заболевания, при шизотипических расстройствах не встречается). Симптоматический тип ремиссий характеризуется наличием разного рода резидуальных расстройств активного периода заболевания (отдельные «застрявшие» бредовые идеи, транзиторные галлюцинации и иные позитивные симптомы) на фоне существенной редукции других нарушений острого периода и недостаточно критичного отношения к сохраняющимся болезненным проявлениям.

1. Тимопатический вариант [Жариков Н.М., 1961; Румянцева Г.М., 1970; Твердохлеб В.П., 1979], называемый также гипертимическим [Забродин Д.Г., 1982]. При относительной сохранности работоспособности, темпа и подвижности психических процессов, незначительные личностные изменения у таких пациентов характеризуются утратой прежней продуктивности, исчезновением прежних желаний и угасанием побуждений, редукцией соответствующих им аффектов, неспособностью испытывать соответствующие переживания, недостаточной удовлетворенностью жизнью, сужением эмоциональных контактов, эгоизмом, обеднением выразительности, гипертрофированными реакциями на условия, требующие напряжения. Больные указывают на снижение способности радоваться, огорчаться, испытывать эмоциональный отклик на происходящее, отмечают утрату прежней впечатлительности. На этом фоне наблюдаются характерные для этого рода больных эмоциональная неустойчивость и более или менее систематическое возникновение

фаз эмоциональной подавленности и оживленности различной длительности. В структуре этих фазных состояний можно отметить черты подозрительности, отдельные ипохондрические жалобы. При этом требуется дифференциальная диагностика аффективных расстройств как проявлений стойких постпроцессуальных изменений типа нажитой циклотимии, от периодов обострения и затухания собственно заболевания как активного текущего процесса [Мазаева Н.А., Абрамова И.В.,1986; Абрамова И.В., 1988].

2. Обсессивный вариант (Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А., 2007)– близкий к ананкастному [Сухарева Г.Е., 1933; Морозов В.М., Наджаров Р.А., 1956]. Для таких пациентов характерно появление (или значительное усиление преморбидно имевшихся) следующих качеств: неуверенности в себе; нерешительности; склонности к сомнениям и тревожным опасениям по любому предмету (возврат болезни, здоровье близких, принятие того или иного решения и т.п.); сенситивности вплоть до развития в трудных ситуациях рудиментарных сенситивных идей отношения (проходящих при перемене обстановки); патологического перфекционизма (утрированного педантизма, бытовой перепроверки); привычных, лишенных защитных функций, ритуалов; агорафобии и других форм избегающего поведения; транзиторных навязчивостей (хульных мыслей, навязчивого счета, навязчивостей проспективного и повторного контроля вне реальных ситуаций). Несмотря на относительно хорошую эмоциональную сохранность таких пациентов, общение с людьми вызывает у них заметное затруднение, в связи с чем больные стараются избегать шумных многолюдных компаний, ограничивая свои контакты пределами семьи и работы. Таким образом, характерологическая трансформация при этом типе ремиссии происходит в сторону гиперэстетического полюса психэстетической пропорции (по Кречмеру) с ограничением функциональных возможностей личности и перестройкой системы отношений с окружающими.

3. Ипохондрический вариант — близкий к астеническому [Морозов В.М., Тарасов Ю.К., 1951; Жариков Н.М., 1960б; Зеневич Г.В., 1964]. Он возникает после неполной редукции ипохондрической симптоматики острого периода заболевания, сочетающейся нередко с сенестопатическими проявлениями, или в результате ипохондрической фиксации после редуцирования иных психопатологических проявлений острого периода. Тем не менее, несмотря на разные механизмы формирования этого варианта ремиссии, характерной для его клинической картины является единообразная установка и форма поведения больных, рыхлость и незавершенность ипохондрических переживаний, наличие в редких случаях рудиментарных сенестопатий. Имеют место стойкие ипохондрические высказывания (но без пышного бредообразования) и упорные соматические жалобы, сопровождающиеся стремлением непрерывно лечиться и постоянными сетованиями на то, что никто им не поможет. Нет сознания истинного заболевания и критики к своему состоянию. Основные интересы таких пациентов сосредоточены на вопросах собственного соматического или психического здоровья, а сама ипохондриче-

ская фиксация приближается по характеру к истерической установке. В то же время менее всего такие больные напоминают истероидных личностей: они эмоционально уплощены, замкнуты и интровертированы, а образ их жизни укладывается в формулу ипохондрической аутизации.

4. Параноидный вариант [Морозов В.М., Тарасов Ю.К., 1951; Авруцкий Г.Я., 1957; Жариков Н.М., Попова М.С., Станкевич Л.А., 1966], к которому относятся также варианты галлюцинаторный [Волкова Р.П., 1974] и галлюцинаторно-параноидный [Жариков Н.М., 1960б]. Этот вариант ремиссии обусловлен в первую очередь резидуальной психопатологической симптоматикой активного периода, которая, потеряв свою актуальность и приобретя черты торпидности и окаменелости, лишь до некоторой степени влияет на особенности поведения и образ жизни больных. Критика к своему состоянию характеризуется двойственностью, а сами переживания приобретают оттенок обсессивности. Наблюдаются идеи преследования, отношения, толкования, иногда – изобретательства, переоценки собственной личности, редко – ревности. Несмотря на бредовые идеи, больные бывают годами полностью или частично социально компенсированы и трудоспособны.

В то же случае, когда такая связь с симптоматикой активного периода заболевания не прослеживается, ремиссии квалифицируются как **синдромальные**, исчерпывающиеся дефицитарной негативной симптоматикой и личностными нарушениями (стеническая, астеническая, псевдопсихопатическая, апатическая). Синдромальные ремиссии предполагают завершенность обратного развития проявлений острого периода, стабильное отсутствие позитивных симптомов при одновременном наличии негативной симптоматики.

1. Стенический вариант [Татаренко Н.П., 1960; Зеневич Г.В., 1964; Скрыль Э.Н., 1972], включая гиперстенический [Морозов В.М., Тарасов Ю.К., 1951; Морозов В.М., 1953; Елгазина Л.М., 1962; Забродин Д.Г., 1982] и гипертимостенический [Твердохлеб В.П., 1979]. Он характеризуется наличием стеничности, деятельности, достаточно продуктивного контакта с окружающими, активности, расчетливой целенаправленности в работе. Этому сопутствуют неизменно обращающие на себя внимание: отсутствие тонкой эмоциональной нюансировки и гибкости (откуда примитивная прямолинейность), утрированная «правильность» и «социабельность» установок, педантизм в работе (напоминающий гиперстенический тип, описанный Морозовым В.М. и Тарасовым Ю.К., [1951]), эмоциональный эгоцентризм, холодный расчет, узость интересов, локальный характер деятельности, которая превращается в самоцель, в ущерб решению существенных жизненных проблем (профессиональных, семейных, сексуальных). При этом «сверхправильные» взгляды на жизнь теряют адекватность и входят в противоречие с реальностью отчего затрудняют полноценное социально-трудовое продвижение пациентов вместо того, чтобы ему способствовать. Такие больные часто работают в условиях обычного производства. Нередко у них отмечакется критическое отношение к своему болезненному состоянию в прошлом. Важно

отметить, что при стенической ремиссии всегда можно говорить о «новом модусе функционирования» этих пациентов, отличавшемся от имевшегося у них ранее.

2. Астенический вариант [Морозов В.М., Тарасов Ю.К., 1951; Зеневич Г.В., 1964; Твердохлеб В.П., 1979]. Для него характерны: повышенная реактивность пациентов, ранимость, хрупкость, лабильность и быстрая истощаемость их нервной системы, невыносливость, проявляемая преимущественно в напрягающей обстановке психологического стресса и сопровождалась возникновением легкой эмоциональной неустойчивости со склонностью к депрессивно-ипохондрическим реакциям или явлениям интенциональной несостоятельности, быстро проходящим при перемене ситуации. Жалобы таких пациентов напоминают невротические: общая слабость, разбитость, головные боли, недостаточный сон с частыми пробуждениями и отсутствием чувства отдыха после него, снижение аппетита, безразличие к еде. При этом всегда отмечается более или менее выраженная замкнутость, снижение интенсивности социальных контактов, однако недостаточность широты и разнообразия контактов с внешним окружением сочетаются с сохранением диапазона основных интересов в социальной действительности.

3**. Псевдопсихопатический или психопатоподобный вариант** [Жариков Н.М., 1963; Зеневич Г.В., 1964; Цуцульковская М.Я., 1967; Твердохлеб В.П., 1979]. В одних случаях клинические особенности состояния больных определяются эмоционально-волевыми нарушениями, которые проявляются: а) в неспособности тормозить свои желания и подчиняться требованиям окружения, отсутствии чувства долга, ответственности, стойких последовательных интересов, неразборчивости в контактах и привязанностях, частой смене работы, систематическом безделье или бродяжничестве; б) в аффективной уплощенности, эмоциональной поверхностности, неспособности к сопереживанию, нравственном огрубении, циничности, чрезмерной эгоцентричности в сочетании с безразличным по существу отношением к ближайшему окружению и постоянным недовольством им; в) в повышенной эмотивности, взрывчатости, эксплозивности и требовательности, уверенности в справедливости любых своих претензий (вплоть до кверулянских тенденций). Зачастую обращают на себя внимание их претенциозный внешний вид, неряшливость и/или недостаточное внимание к санитарно-гигиеническим правилам, манерность. Эти больные склонны к алкоголизации, наркотизации, сексуальной обнаженности и беспорядочным сексуальным эксцессам, нелепым поступкам. Мышление большинства пациентов характеризуется интровертированностью и непоследовательностью. В других случаях состояние пациентов охарактеризуется отчетливыми проявлениями аутизации [Башина В.М.,1964; Зеневич Г.В., 1964]. Такие пациенты характеризуются низкой потребностью в контактах, снижением эмоциональной привязанности, сужением диапазона аффективных переживаний, регламентацией собственной активности. Общение больных ограничено кругом семьи, но и там они оказываются малоразговорчивы. Формально сохраняя социальные связи, они

остаются по существу отгороженными от внешнего мира, малодоступными, замкнутыми и манерными, но при этом справляются с жестко регламентированными обязанностями, хотя и не проявляют инициативы. Не реагируя живо на окружающее, они, производя впечатление людей «нелюдимых», «угрюмых», «вне коллектива», по сути живут внутренним миром и не могут быть расценены как апатичные (напротив, бывают даже повышенно сенситивными). Мышление этих пациентов характеризуется аутистической направленностью, склонностью к отвлечению от конкретного в сторону общих тем, расплывчатостью суждений и резонерством а речь – вычурностью. Их социальные интересы ограничены, как правило, аутистическими хобби (коллекционирование, фотографирование, компьютер, радиолюбительство, изобретательство). В то же время их «одержимость» является скорее внешней и не сопровождается подлинной увлечённостью, творческим подходом. Отсутствие гибкости и такта в решении сложных жизненных задач, прямолинейность и ригидность снижают способность этих пациентов к адекватному приспособлению в социальном окружени. Таким образом, при данном варианте ремиссий характерологическая трансформация происходит в сторону анестетического полюса психэстетической пропорции (по Кречмеру).

4**. Апатический вариант** [Зеневич Г.В., 1964], он же — **олиготимический** [Жариков Н.М., 1960а]. В этих случаях отмечается побледнение и уплощение аффективных проявлений вплоть до эмоциональной тусклости. В отличие от пациентов с аутистическим вариантом, которые хотя бы внешне, формально проявляют интерес к окружению, при апатическом варианте отмечается бедность интересов, слабость побуждений, нежелание познавать новое, малая доступность, отсутствие друзей, пассивность, внушаемость, вплоть до полного равнодушия к окружению. Если такие больные всё-таки работают, что встречается при малопрогредиентной шизофрении (при этом в целом уровень их активности в производственной сфере очень низкий), то работу выполняют чаще «по инерции» и не стремятся ни к продвижению по службе, ни к смене работы, даже если она им в тягость. В более выраженных случаях такие больные не работают, но в домашних условиях полностью или частично себя обслуживают. Наконец, в ряде случаев аффективное опустошение бывает выражено в такой степени, что пациенты неспособны даже к самообслуживанию.

В недавнем клинико-эпидемиологическом исследовании А. Б. Смулевича и соавторов (Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007), посвященном, в том числе, разработке систематики ремиссий при расстройствах шизофренического спектра, была отмечена высокая частота параноидного, тимопатического и апатического вариантов. При этом отечественные исследователи оценивали ремиссию, исходя из трех критериев — клинического, социального и трудового, отказываясь тем самым от только операционального подхода и пытаясь найти ему адекватную «поддержку» в виде функциональной характеристики состояния пациента, лишь

одной из составляющих которой является симптоматическая психометрическая положительная динамика (Аведисова А. С., 2004а).

Таким образом, в основе большинства отечественных категориальных классификаций ремиссий лежит наиболее яркий и характерный ведущий признак, обусловливающий поведение больного. При этом подчеркивается сущность ремиссии как качественной синдромальной характеристики клинического восстановления, а о социальной адаптации говорится лишь вскользь: ремиссия рассматривается не с точки зрения особенностей ее социальных характеристик, а скорее как условие для реализации индивидуумом еще сохраняющихся (хотя и ограниченных болезнью) возможностей существования во внешнем окружении.

Однако категориальный подход к ремиссиям имеет ряд недостатков:

1) субъективизм в оценке типа ремиссии;

2) отсутствие квалификации уровня ремиссии;

3) отсутствие характеристики степени социальной дезадаптации;

4) лишь косвенное упоминание об аффективной и когнитивной составляющих структуру ремиссии;

5) отсутствие единого мнения о необходимости выделения и границах временно́го критерия.

3. Дименсиональный подход к классификации ремиссий

Ремиссии в рамках **дименсионального** (*dimensio* — лат.: измерение, размер, протяжение) подхода изучались преимущественно западными исследователями (Penn D. L., Mueser K. T., 1996; Andreasen N. C. [et al.], 2005; Van Os J., Burns T., Cavallaro R. [et al.], 2006; Van Os J., Druckker M., Campo J. [et al.], 2006; Van Os J., Kahn R., 2007; DeHert M. [et al.], 2007; Docherty J. P. [et al.], 2007; Mortimer A. M., 2007; Opler M. G. A. [et al.], 2007). При этом подчеркивается, что в этом случае речь идет о количественных характеристиках именно симптоматического, а не о функционального (социального) улучшения, более близкого к понятию «recovery» (выздоровление). В связи с этим под ремиссией западные авторы подразумевают только ослабление ядерных психопатологических симптомов (Van Os J., Drukker M., Campo J. [et al.] 2006).

Валидизация международных критериев ремиссии происходила в рамках популяционных (Helldin L., Kane J. M. [et al.], 2006) и фармакотерапевтических исследований (Lasser R. A. [et al.], 2005). В значительном числе работ (Penn D. L., Mueser K. T. , 1996; Van Os J., Burns T., Cavalaro R. [et al.], 2006; Van Os J., Druckker M., Campo J. [et al.], 2006; Van Os J., Kahn R., 2007; De Hert M., Van Winkel R., Wampers M. [et al.], 2007; Docherty J. P., Bossie C. A., Lachaux B. [et al.], 2007; Mortimer A. M., 2007; Opler M. G. A. [et al.], 2007) подтверждается валидность предлагаемых критериев, в том числе указывается на возможность их использования в натуралистических условиях.

Преимуществами дименсионального подхода являются: стандартизация и единообразие получаемых данных с возможностью их использования для мета-анализа, ориентированность оценок на стабильность и долгосрочный прогноз. Ключевым моментом, по мнению авторов, разрабатывавших базовые характеристики ремиссий, является временнóй критерий, т. е. длительность улучшения. Из обзора работ становится понятным существующий разброс мнений: предлагалось считать достаточным период от одного месяца до двух лет. По мнению рабочей группы, **6-месячный период** стабильности является минимальным, чтобы диагностировать собственно ремиссионное состояние (Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005).

Разрабатывая критерии ремиссии при шизофрении, западные исследователи базировались на 3-факторном анализе ее психопатологической структуры (Bilder R. [et al.], 1985; Andreasen N. C., Grove W., 1986; Liddle P., 1987; Moscarelli M., Maffei C., Cesana B. M. [et al.], 1987; Liddle P. [et al.], 1989; Gur R. [et al.], 1991; Andreasen N., Carpenter W., 1993; Andreasen N. [et al.], 1995; O'Leary D. S., Flaum M., Kesler M. L. [et al.], 2000; Crespo-Facorro B., Paradiso S., Andreasen N. C. [et. al.], 2001):

1) позитивный фактор (бред, галлюцинаторное поведение, необычное содержание мыслей);

2) негативный фактор (притупленный аффект, социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи, бедность речи, обеднение жестикуляции и мимики);

3) фактор дезорганизации: расстройство мышления, странное поведение (манерность и позирование**).**

Для количественной оценки этих показателей был определен ряд наиболее широко используемых шкал:

1.SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) — шкала (34 пункта) для оценки позитивных симптомов и SANS (Scale for the Assessment of Negative Symtoms) — шкала (25 пунктов) для оценки негативных симптомов (Andreasen N. C., 1982; Andreasen N. C., Olsen S., 1982). Эти две шкалы используются вместе, диапазон оценок каждого пункта «0 (no)—5 (severe)». Шкалы SAPS — SANS разделены на три измерения:

- психотизм (галлюцинации и бред);
- негативные симптомы (аффективное уплощение, алогия, абулия-апатия, ангедония-асоциальность);
- дезорганизация (неадекватный аффект, странное поведение, формальные расстройства мышления).

2. PANSS (Kay S. [et al.], 1987) - шкала, диапазон оценок каждого пункта которой: «1 (absent) —7 (extreme)». Шкала позволяет вычислить:

- тяжесть позитивных синдромов (пункты P1—P7, описывающие галлюцинаторное поведение, бред, концептуальную дезорганизацию);
- негативные синдромы (пункты N1—N7, которые описывают эмоциональный аутизм, снижение коммуникационных способно-

стей, социальную отгороженность, нарушения абстрактного мышления, снижение спонтанности и непрерывности речи, стереотипное мышление);

- общие психопатологические синдромы (пункты G1—G16);
- риск возможной агрессии (три дополнительных признака вместе с анамнестическими данными).

3. BPRS (Overall J., Gorham D., 1962) - шкала, диапазон оценок каждого пункта которой: «0/1 (non present)—6/7 (most severe)». В этой методике для диагностики ремиссии учитывается снижение выраженности следующих параметров (в скобках приводятся номера вопросов методики BPRS):

- идеи величия (8),
- подозрительность (11),
- мысли необычного содержания (15),
- галлюцинации (12),
- концептуальная дезорганизация (4),
- манерность и вычурность (7),
- аффективное уплощение (16).

N. Andreasen (2005) предложила для верификации ремиссии использовать отсутствие или низкий порог выраженности основных 8 симптомов шкалы PANSS: бред (P1), необычное содержание мыслей (G9), галлюцинации (P3), концептуальная (понятийная) дезорганизация (P2), манерность и позирование (G5), притупленный аффект (N1), пассивно-апатическая социальная отгороженность (N4), нарушение спонтанности и плавности речи (N5) (Kay S. R., Fizbein A., Opler L. A., 1987). Таким образом, предлагаемая оценка ремиссий базируется на критериях уменьшения выраженности 5 позитивных и 3 негативных симптомов (по PANSS) при относительной стабильности ассоциированных симптомокомплексов и минимальном влиянии остаточных болезненных проявлений на социальную адаптацию (Фляйшхакер В., Лашо Б., Канн Дж. М., 2006; Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005; Dunayevich E. [et al.], 2006; Leucht S., Lasser R., 2006).

Вместе с тем следует подчеркнуть, что в результате определение ремиссии, основанное только на оценке психического состояния больных с помощью различных психометрических шкал, которые к тому же несколько различаются между собой по содержанию отдельных пунктов, и, как это признается в последних работах (Mortimer A. M., 2007), лишь в ограниченной степени позволяют оценить исходы при шизофрении, оказывается недостаточным. К тому же в повседневной клинической практике психометрические шкалы, как правило, не используются, что требует в новой международной классификации болезней представления клинических характеристик ремиссии в описательном виде. Это со всей необходимостью ставит вопрос о целесообразности расширения набора стандартов, используемых при отграничении и характеристике ремиссий при разных вариантах течения аутохтонного заболевания.

В настоящее время такой подход предлагается в качестве стандартизированного симптоматического критерия определения ремиссии при шизофрении, который согласован с 3-факторной моделью этого заболевания и ее 5 критериями согласно определениям DSM-IV (табл. 1).

Таблица 1

Обобщенные критерии симптоматической ремиссии

Психопатологическое измерение	Критерии DSM	Предлагаемые пункты критериев ремиссии по шкалам					
		SAPS и SANS	№ пункта	PANSS	№ пункта	BPRS	№ пункта
Искажение восприятия реальности	Бред	Бред (SAPS)	20	Бред	P 1	Идеи величия/ подозрительность	8
						Подозрительность	11
				Необычное содержание мыслей	G 9	Необычное содержание мыслей	15
	Галлюцинации	Галлюцинации (SAPS)	7	Галлюцинации	P 3	Галлюцинации (галлюцинаторное поведение)	12
Дезорганизация	Дезорганизация речи	Позитивные расстройства мышления (SAPS)	34	Концептуальная дезорганизация (расстройства мышления)	P 2	Концептуальная дезорганизация (расстройства мышления)	4
	Дезорганизация поведения	Странное поведение (SAPS)	25	Манерность и позирование	G 5	Манерность и позирование	7
Негативная симптоматика: психомоторная бедность	Негативные симптомы	Уплощение аффекта (SANS)	7	Уплощенный аффект	N 1	Уплощенный аффект	16
		Абулия-апатия (SANS)	17	Социальная отгороженность (пассивно-апатическая социальная отгороженность)	N 4	(Нет соответствующего симптома)	
		Ангедония-асоциальность (SANS)	22				
		Алогия (SANS)	13	Нарушение спонтанности и плавности общения	N 6	(Нет соответствующего симптома)	

В то же время со специфичностью и достаточностью именно этих критериев симптоматической ремиссии согласны далеко не все авторы, так как оказалось, что даже по отношению к ремиссиям при шизофрении правомерность выделения конкретных характеристик представляется спорной. В еще большей степени это касается ремиссий при шизотипических расстройствах.

Подвергается сомнению **специфичность** конкретных 8 выделенных критериев ремиссии. Так, J. Eberhard [et al.] (2009) показали, что не все предложенные 8 симптомов по PANSS специфичны для диагностики ремиссии при шизофрении. Наиболее нехарактерным симптомом являлось при этом «нарушение спонтанности и плавности речи» (N6), а наиболее отличительными симптомами являлись «депрессия» (G6) и «загруженность

психическими переживаниями» (G15). Продолжая этот ход рассуждений, ряд авторов указывает, что **симптоматические оценки международных критериев ремиссий** (МКР) носит в большей мере **неспецифический** характер и мало чем отличается, например, от глобальной оценки тяжести психоза по шкале CGI-SCH (Haro J. M. [et al.], 2006; Leucht S. [et al.], 2007).

С другой стороны, перечень симптомов PANSS, предложенных для диагностики ремиссии, не охватывает всю полноту клинической картины, оставляя без внимания некоторые другие признаки, в связи с чем предлагается использовать для целостной оценки улучшения состояния некоторые дополнительные шкалы PANSS. Исследование А. В. Потапова (2010) позволило выявить ряд симптомов, которые также не были учтены международными критериями ремиссии. Это: а) позитивная симптоматика, которая у многих стабильных пациентов не достигает предложенного симптоматического уровня по PANSS: б) негативная симптоматика (астенический синдром, апато-абулические проявления, уплощение эмоциональных проявлений, малая доступность, аутистичность, волевые нарушения в виде нерешительности, амбивалентности при изменениях типа «зависимой личности», нарушения контроля импульсивности и внутренних побуждений при псевдопсихопатической ремиссии, малоконтактность и эмоциональная отгороженность при аутистической ремиссии, а также дизбулические нарушения при псевдопсихопатической ремиссии и изменениях типа «фершробен»; в) нарушения мышления и речи.

Кроме того, существенное значение имеет **аффективная** симптоматика (депрессия и нажитая циклотимия), которая представляется обязательной для включения в разработку стандартизированных критериев (Потапов А.В., 2010). Важное место аффективных расстройств при шизофрении признается многими исследователями, что находит отражение в соответствующих пунктах PANSS, а также в предложенной на основе этой шкалы пятифакторной модели шизофрении (Мосолов С. Н., Кузавкова М. В., Калинин В. В. [и др.], 2003). В многочисленных описаниях ремиссионных состояний у больных шизофренией, сделанных отечественными авторами (Морозов В. М., 1953; Жариков Н. М., 1961; Зеневич Г. В.,1964; Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007; Вишневская О.А., 2013; Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2014), также указывается на определенный удельный вес в их структуре аффективной составляющей и связанных с ней расстройств. Все это, несомненно, требует при выработке критериев ремиссии учета и аффективных нарушений (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2008).

В понятие ремиссии могли бы быть включены **когнитивные нарушения**, однако это положение поддерживается далеко не всеми исследователями. На важность учета в критериях ремиссии когнитивных нарушений указывалось во многих работах (Helldin L. [et al.], 2006; Buckley P. F. [et al.], 2007; Lambert M. [et al.], 2010). В то же время, хотя признается, что у больных шизофренией в структуре расстройств существенное место занимают когнитивные дисфункции, члены рабочей группы отказались от включения

этих показателей в характеристику ремиссии, в частности потому, что, согласно действующим диагностическим подходам, данная симптоматика не относится к признакам, на основании которых выставляется диагноз шизофрении.

Следует отметить, что рабочая группа, разработавшая симптоматический критерий ремиссии, признала, что различные не учитываемые ими симптомы влияют на результаты лечения и дальнейшее благополучие пациента. В связи с этим был достигнут консенсус, касающийся необходимости проведения в дальнейшем целенаправленных диагностических мероприятий по расширению основных критериев симптоматической ремиссии. Кроме того, рабочая группа предложила описывать отдельные критерии ремиссии для положительных и отрицательных симптомов, чтобы в дальнейшем учитывать их независимо от общей оценки симптоматической ремиссии.

При этом авторы рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении (Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005) в качестве облигатного используют именно показатель **выраженности** расстройств: суммарное снижение учитываемых шкальных оценок по шкале PANSS не должно превышать **20%** от выраженности исходной симптоматики, а все квалифицирующие ее симптомы должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выраженными (**1—3-й уровень** по шкале PANSS, во всех других уровнях игнорируется динамика относительно исходного уровня) и определяться как низкими (недостаточными) лишь тогда, когда не влияют на поведение пациента. В то же время как цель практического врача не ограничивается 20% редукцией симптомов или снижением их балльной оценки в тех или иных психометрических шкалах; она состоит в достижении **максимальной редукции** симптомов и **восстановлении функционирования** больного (Rupnow M. [et al.], 2005).

При таком подходе частное понятие «ремиссия» противопоставляется более общему понятию общему понятию «терапевтическая реакция/ответ» — «response»).

Вместе с тем оказалось, что для некоторых форм шизофрении предложенный **порог в 3 балла и менее** по шкале PANSS недостижим, несмотря на длительную стабильность состояния и лечение наиболее современными препаратами (Потапов А. В., 2010; Потапов А. В. [и др.], 2010; Mosolov S. N., Potapov A.V., Ushakov U. V., 2012).Таким образом, использование критерия симптоматической ремиссии в качестве вариабельности исхода оказалось целесообразным, прежде всего, для клинических исследований пациентов с острым психозом (Peuskens J., Kaufman L., Van Vleymen B., 2007) и охватывают лишь относительно благоприятный вариант течения заболеваний, оставляя в стороне состояния стабилизации процесса с более выраженными нарушениями. Это подтверждают результаты исследования, проведенного С. Н. Мосоловым, А. В. Потаповым, Ю. В. Ушаковым [и др.] (2012), которые свидетельствуют, что чаще критерии ремиссии в полном объеме достигались при эпизодическом (39,6%) и ремитирующем (15,0%) типах течения парано-

идной шизофрении а также шизоаффективного расстройства (17,0%). В группе больных со стабильным, но не соответствующим симптоматическому критерию состоянием, преобладали пациенты с более тяжелыми формами заболевания: непрерывное (41,0%) и эпизодическое со стабильным дефектом течение (29,55%), а также были представлены пациенты с гебефренной (1,9%) и кататонической (2,9%) формами шизофрении.

В частности, нами были более подробно изучены ремиссионные состояния при вялотекущих аутохтонных расстройствах, основу которых составляет непсихотическая и субпсихотическая симптоматика. Объектом настоящего исследования были 46 больных (28 мужчин и 18 женщин), находившихся на лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически болных ФГБУ НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Средний возраст больных составил 25,6 ± 1,4 года, средний возраст появления психотических симптомов — 20,0 ± 1,4 года, средняя давность заболевания на момент обследования — 5,0 ± 0,9 года, среднее количество перенесенных в прошлом эпизодов экзацербации — 2,8 ± 0,3. Нозологическая диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. По нозологическим группам больные распределялись следующим образом. У 22 было диагностировано неврозоподобное шизотипическое расстройство, у 16 — психопатоподобное шизотипическое расстройство, а у 8 пациентов — бедное симптомами шизотипическое расстройство. Целью настоящего исследования было: оценить особенности ремиссий у данной категории больных с учетом симптоматического критерия. Все пациенты оценивались по шкале PANS, CGI и шкале социального функционирования PSP.

Следует отметить, что, если исходить из симптоматических критериев ремиссии, можно констатировать, что у этих больных они, как правило, невысокого качества. В структуре ремиссии сохраняются резидуальные симптомы активного периода заболевания:

а) сверхценные и паранойяльные образования, сочетающиеся с аффективными расстройствами и нарушениями в сфере воли, мышления (различной степени выраженности);

б) психопатоподобные и аффективные расстройства с периодически возникающими кратковременными декомпенсациями в виде усиления психопатоподобных нарушений;

в) негативные расстройства, проявляющиеся в нарушении целенаправленной активности, редукции энергетического потенциала, нарушениями в сфере эмоций, воли, мышления;

г) кратковременные периоды ухудшений у больных с неврозоподобными расстройствами, отнюдь не означающие, что ремиссия прервана. Картина этих «экзацербаций» (их длительность не превышает 1-2 дней) в большинстве случаев исчерпывалась обсессивно-ипохондрическими эпизодами, в рамках которых усиливались анксиозные расстройства.

При оценке критериев симптоматической ремиссии у больных шизотипическим расстройством было отмечено достоверное ($p<0,01$) снижение

суммы баллов по подшкале PANSS «общая психопатология» (44,1±4,43 до лечения против 32,1±1,16 после лечения). Снижался уровень тревоги (G2), напряжения (G4), депрессии (G6), соматической ипохондрической озабоченности (G1) (обеспокоенность своим физическим здоровьем полностью редуцировались) и поглощенности темами, связанными с перенесенным психозом (G15).

Статистически значимого снижения суммы баллов по позитивным субшкалам выявлено не было, а также не было статистически значимых различий по показателю G 12— критичность к своему состоянию в период между обострением состояния и этапом формирования ремиссии. В отношении же негативных расстройств статистической достоверности динамики не обнаруживалось ни по отношению к отдельно взятому симптому, ни по отношению ко всей негативной симптоматике в целом (14,5±1,7 баллов до лечения против 11,1±0,80 после лечения).

Все пациенты исследуемой группы были оценены по шкале PSP «Шкала социально ориентированного и социального функционирования» в начале госпитального этапа и на момент выписки из стационара. Регистрировалось статистически достоверное ($p<0,001$) улучшение (повышение суммы баллов до 66,1±1,20 после лечения против 61,1±0,79 исходно) по этой шале, которая позволяет измерить «объем» коммуникаций, способность поддерживать порядок в жилище, вести самостоятельно хозяйство, способность обучаться и работать, распоряжаться финансами.

Таким образом, при формировании ремиссий у этих больных происходит лишь послабление позитивной симптоматики, с практически неизменными негативными симптомами, выраженность которых длительное время остается минимальной. Однако существенные изменения претерпевают «общеклинические симптомы», оцениваемые по субшкале «общая психопатология», обусловленные уменьшением выраженности обсессивно-фобических, тревожно-депрессивных, деперсонализационно-дереализационных, дисморфофобических переживаний, соматической озабоченности.

Можно предположить, что это связано с изначально неглубоким уровнем поражения и, соответственно, невысокими оценками по данным пунктам PANSS. Такой результат можно было прогнозировать заранее, поскольку не только негативная симптоматика у этих пациентов, но и позитивная, представленная лишь феноменами дезорганизации, в активном периоде заболевания не достигали психотического уровня.

Если исходить из разработанных международных критериев ответа на терапию по PANSS (уменьшение на 20%), которые достаточно часто не могут быть достигнуты в данной группе пациентов, то можно сделать вывод: больные с вялотекущими процессами, которые по категориальным критериям оценки состояния находятся в периоде формирования ремиссии, одновременно не являются респондерами по дименсиональным критериям. Таким образом, если исходить только из симптоматических критериев оценки ремиссии, то приходится констатировать, что индивидуумы, несмотря на

улучшение их состояния, продолжают находиться вне состояния ремиссии. Такая ситуация противоречит клинической реальности и свидетельствует о необходимости дальнейшего поиска симптоматических критериев ремиссии больных с аутохтонными непсихотическими заболеваниями.

Таким образом, для больных с вялотекущими процессуальными непсихотическими и субпсихотическими аутохтонными расстройствами международный симптоматический критерий ремиссий оказывается малочувствительным, особенно к непрерывным формам течения заболевания, в связи с чем не может быть использован в такой форме, в какой рекомендует его применять рабочая группа для больных шизофренией с психотическими проявлениями заболевания.

Симптоматический критерий при шизотипических расстройствах (вялотекущей шизофрении) должен содержать совершенно иные характеристики, чем при психотических формах этого страдания, которые будут являться неким показателем, определяющим начало формирования ремиссии. При этом использование международных критериев возможно лишь для оценки динамики позитивной симптоматики при условии расширения общего числа показателей за счет пунктов субшкалы «общая психопатология». Качество же целостного состояния ремиссии напрямую зависит не только от симптоматических, но и от других ее составляющих, которыми являются показатели психологического и социального благополучия, а также — определенного временно́го этапа (6-месячного периода).

Таким образом, результаты натуралистические исследования показали широкую вариабельность оценок международных критериев ремиссий (МКР) в различных популяциях больных шизофренией, но в целом этому уровню соответствовало лишь около 1/3 амбулаторных больных **(**Haro J. M., Novick D., Suarez D. [et al.], 2006; Helldin L., Kane J. M., Karilamp U. [et al.], 2006; De Hert M., Van Winkel R., Wampers M. [et al.], 2007; Leucht S., Beitinger R., Kissling W., 2007; Li C. T., Su T. P., Chou Y. H. [et al.], 2010; Wolter A [et al.], 2010; Zimmermann J. [et al.], 2011). Обращалось также внимание на то, что предлагаемые критерии ремиссии унифицируют представление о неодинаковых возможностях для ее достижения, заложенных в самой природе основного заболевания. Так, T. Wobrock [et al.] (2009) выявили, что при различных вариантах диагноза по МКБ-10 наибольший шанс достижения ремиссии имеется у пациентов с диагнозом параноидной шизофрении (OR=1,54), а наименьший — при резидуальной шизофрении (OR=0,41).

При этом из числа этих пациентов лишь около 70—80% удерживают этот **статус более 6 мес.** (Van Os J., Drukker M., Campo J. [et al.], 2006; Buckley P. F., Harvey P. D., Bowie C. R., Loebel A., 2007; De HertM [et al.], 2007; Kane J. M., Grandall D. T., Marcus R. N. [et al.], 2007; San L., Ciudad A., Alvaez E. [et al.], 2007; Kurihara T., Kato M., Reverger R., Tirta I. G., 2011), а по данным S. Z. Levine [et al.] (2011) — 11,7% от всех больных. Больше же года симптоматическим критериям международной классификации ремиссии соответствовало — по данным недавнего немецкого натуралистического ис-

следования — только от 10,3 до 13,2% от всех больных (Wolter A. [et al.], 2010; Zimmermann J. [et al.], 2011). Таким образом, с одной стороны, в среднем предложенный пороговый уровень для выбранных симптомов был достижим только примерно для 20% клинически стабильных пациентов, а с другой - как справедливо комментируют эти показатели С. Н. Мосолов, А. В. Потапов, Ю. В. Ушаков [и др.] (2012), если придерживаться полноты предлагаемых оценок как критериев ремиссии при шизофрении, то следует предположить, что подавляющее большинство амбулаторных больных шизофренией находятся в постоянном обострении, что не отвечает клинической реальности. Иными словами, значительное количество ремиссионных состояний при использовании вышеприведенных критериев остаются **не диагностированными** (Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко [и др.], 2011).

Указанные критерии, естественно, могут быть расширены или уточнены. Рабочая группа также считает, что требуется расширить знания о связи ремиссии с **восстановлением функционирования.** В связи с этим она признала необходимость проведения дальнейших исследований, направленных на внедрение дополнительных критериев.

Решение этих задач отражено в комплексном многоплановом исследовании, проведенном С. Н. Мосоловым, А. В. Потаповым, Ю. В. Ушаковым [и др.] (2012), результатом которого явилось формулирование стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии (СКФКР). Сущность этого исследования заключается в неодинаковости критериев ремиссии при разных вариантах течения психотической шизофрении.

Предложенные этими авторами новые стандартизированные критерии ремиссии учитывают, с одной стороны, крепелиновские формы шизофрении и типы течения по МКБ-10, клинические (категориальные) особенности различных дефицитарных состояний при шизофрении и уровень социальной и личностной адаптации пациента, а с другой стороны, опираются на современную дименсиональную модель шизофрении и используют валидизированные операциональные дефиниции и градации выраженности симптомов по PANSS и квантифицированную оценку уровня функционирования по шкале PSP.

Совокупность полученных с помощью клинико-функциональных критериев ремиссии (СКФКР) данных способствует, как считают С. Н. Мосолов, А. В. Потапов, Ю. В. Ушаков [и др.] (2012), уточнению клинического и социального прогноза и позволяет выделить группу риска — нестабильные состояния, несущие информацию о возможности рецидива психоза, — в отношении которой становятся особенно актуальными задачи сохранения и углубления ремиссии, предотвращения экзацербации процесса. Как считают авторы, недостижение критериев ремиссии должно нацеливать врача на смену или интенсификацию терапии для получения более глубокого эффекта.

В отличие от исследований, подчеркнуто ориентированных только на выработку и уточнение критериев психотической шизофрении, и как попытку преодоления противостояния категориального и дименсионального под-

ходов И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова (2008) предлагают операционально-диагностические критерии ремиссии при всех расстройствах шизофренического спектра. Авторы включают в содержательные характеристики ремиссии не только выраженность позитивной и негативной симптоматики (в том числе - выраженность личностных изменений), но и критическое отношение к болезненному состоянию, а также социально приемлемое поведение.

При этом психопатологические расстройства в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности и становятся «частным делом» больного, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени:

- при наличии бредовых идей (в том числе величия или фантастического содержания) они не генерализованы, дезактуализированы, выявляются только при направленном расспросе, практически не отражаются на поведении пациента и не сказываются на взаимоотношениях с другими людьми; отсутствуют выраженная подозрительность, враждебность;
- галлюцинации в одной или (редко) в двух сферах, как правило, эпизодические и неотчетливые. При наличии более стойких галлюцинаторных расстройств, они имеют положительную (больного хвалят, дают «добрые советы») или нейтральную (бытовые комментарии) окраску, легко исчезают при переключении внимания (выполнении какого-либо дела, беседе) и не отражаются вовне; наличие императивных галлюцинаций, угрожающих «голосов» противоречит диагностике ремиссии;
- психические автоматизмы (идеаторный, сенсорный, моторный) могут возникать лишь эпизодически, носят редуцированный мимолетный характер, отсутствует ощущение подчинения чужой воле и неприятный характер переживаний, возможно появление благожелательного воздействия или взаимный «обмен информацией». В любом случае, данные переживания практически не сказываются на поведении, оставаясь фактом внутренней жизни пациента;
- субкататоническая симптоматика носит в значительной степени редуцированный характер, проявляясь в виде манерности, моторной неловкости, нарушении спонтанности и плавности речи, стереотипии в речевой продукции, замедлении движений и речи, пассивной подчиняемости. Периоды выраженного возбуждения или ослабления контроля импульсивности отсутствуют;
- нарушения мышления могут проявляться в виде обстоятельности, склонности к резонерству, аморфности ассоциаций, паралогичных построений и соскальзываний (необоснованный и нецеленаправленный переход с одной мысли на другую). Периодически могут возникать шперрунги. Отмечаются некоторые трудности

сосредоточения, поддержания и переключения внимания на новые объекты. Данные нарушения могут заметно снижать интеллектуальную продуктивность, однако не являются препятствием к повседневной деятельности и контактам с окружающими;

- депрессивная симптоматика, как правило, носит стертый, атипичный характер с преобладанием нерезко выраженных астено-адинамических нарушений, с суточной ритмикой (например, улучшением во второй половине дня), снижением витального тонуса, интересов, нерезко выраженной ангедонией и сенесто-ипохондрическими жалобами. Возможно также наличие гипертимии, стеничности, моторной оживленности или смешанного аффекта. Кроме того, на протяжении ремиссии может отмечаться смена знака аффекта. Чувство вины, идеи самообвинения и суицидальные мысли отсутствуют; возможна относительно выраженная негативная симптоматика в виде апатии, сглаженности эмоциональных реакций, аутизации, обеднения речевой продукции, однако грубо не нарушающая контакты с социальным окружением, что позволяет при определенной поддержке удерживаться в сообществе.

Резюмируя изложенное выше, можно сказать, что международный симптоматический критерий в структуре дименсионального подхода является лишь отправной точкой на этапе первых признаков ремиссии.

Глава 3

Холистическая диагностическая оценка ремиссионных состояний

В современной медицине, связанной с развитием гуманистического направления, справедливо утвердилась точка зрения, согласно которой существенной целью терапии является хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие, что выражается в удовлетворении его потребностей и адаптации в биологической (физической), психологической и социальной сферах. С этих холистических оценок, реализуемых в концепции функционального диагноза (Коцюбинский А.П. с соавт., 2013), и рассматриваются ниже ремиссии при аутохтонных психических расстройствах.

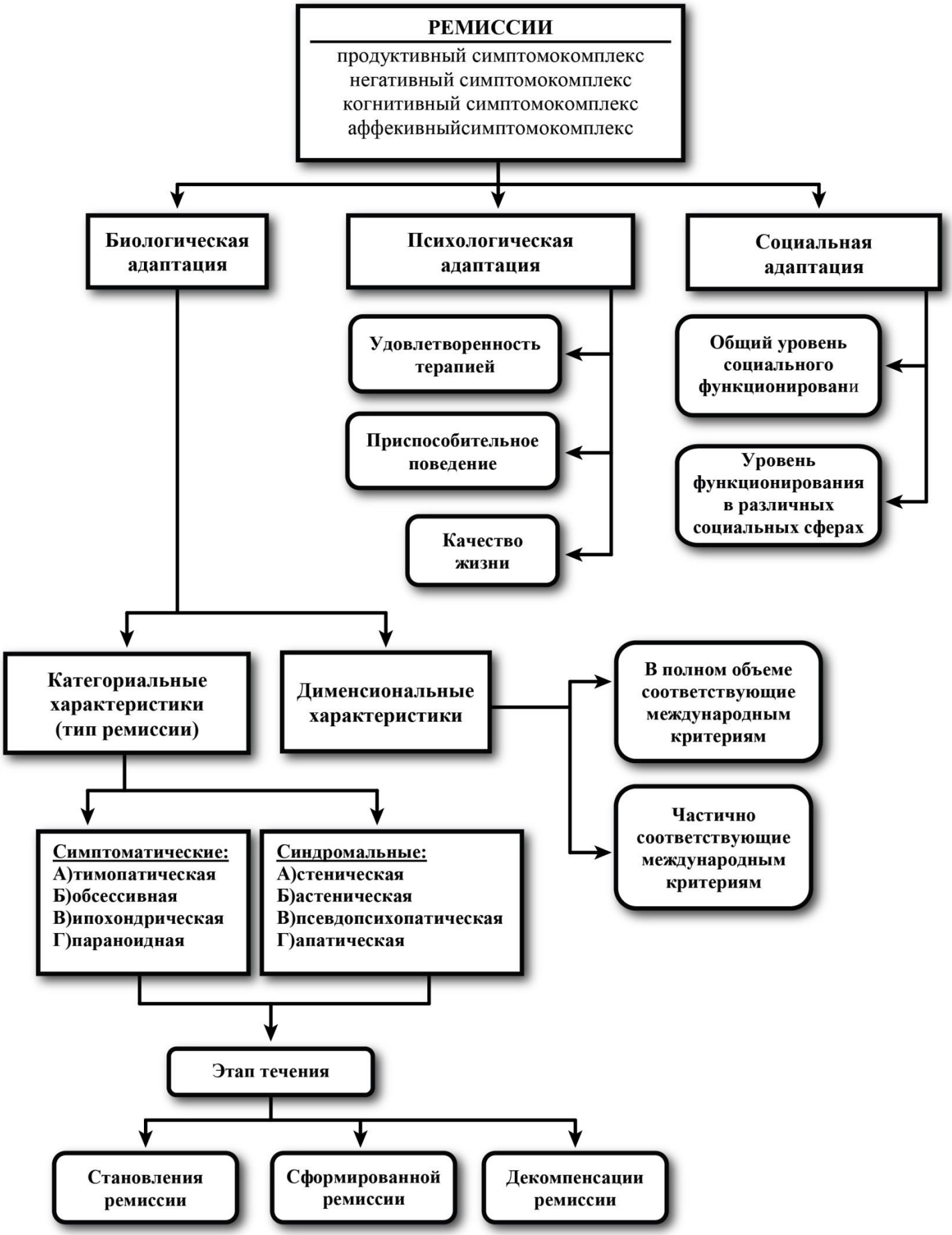

Рис.2 Схема холистической диагностической оценки ремиссионных состояний при шизофрении.

1.Функционально-динамические показатели биологической адаптации (симптоматического улучшения)

Биологическая адаптация в структуре ремиссии рассматривается с точки зрения категориальной или дименсиональной характеристик.

Категориальная характеристика — клинический тип ремиссии, учитывающий позитивные, негативные, когнитивные и аффективные компоненты, предопределяющие оценку степени осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям, а также некоторые психологические характеристики пациентов. Используемый при этом подход предполагает также анализ ремиссии в аспекте общих закономерностей течения шизофрении (длительность заболевания, тип течения, количество перенесенных приступов и др.).

В этих рамках целесообразен также предлагаемый И.Я.Гуровичем и А.Б.Шмуклером (2014) учет этапа течения ремиссионного состояния (который авторы обозначают как «стойкость ремиссионного состояния»): этап становления или консолидации ремиссии, этап сформированной (стойкой) ремиссии, этап декомпенсации ремиссии. Применительно к аффективным расстройствам целесообразным представляется использование разработок А.Б.Смулевича с сотр. (2014) о симптоматических и синдромологических типах ремиссии.

Дименсиональная характеристика — соответствие международным стандартам, т. е. **симптоматическому** и **временно́му** критериям ремиссии, характеризующим психопатологическую выраженность и стабильность наличествующего состояния пациентов.

Дименсиональная характеристика требует реорганизации в плане уточнения учитываемых для определения ремиссии параметров психометрических шкал. При этом, применительно к аффективным расстройствам, важным представляется принять предложения А. С. Аведисовой (2004а) об использовании как симптомологических шкал, так и глобальной клинической оценки состояния больного с учетом некоторых субъективных характеристик аффективных пациентов (например, шкалы качества жизни).

Это, в свою очередь, позволило бы, как представляется, квалифицировать ремиссии как **«в полном объеме соответствующие дименсиональным критериям ремиссии»** (соответствие как критерию степени выраженности симптоматического улучшения состояния, так и стабильности этого улучшения) или **«частично соответствующие дименсиональным критериям ремиссии»** (состояния улучшения, в том числе и на этапе формирования ремиссии, одновременно не соответствующие степени выраженности симптоматического улучшения и/или временно́му критерию стабильности достигнутого результата лечения).

2.Функционально-динамические показатели психологической адаптации

Как отмечают ряд исследователей (Потапов А. В., 2010; Потапов А. В. [и др.], 2010; Мосолов С. Н., Потапов А. В., Ушаков Ю. В. [и др.], 2012), наличие компенсаторных механизмов, характерных для определенных типов ремиссий и форм шизофрении, указывает на необходимость выделения ***психологических критериев ремиссии*** и, в частности, осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям как одного из важных компонентов ремиссии.

В то же время предложенные в международной классификации критерии ремиссий не учитывают такие важные **психологические параметры**, как особенность **приспособительного поведения** (Коцюбинский А.П. с соавт., 2004) а также - комплаентность больных (Незнанов Н. Г., Вид В. Д., 2004), самооценку, удовлетворенность жизнью, переживание дистресса (Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Дубницкая Э.Б., Дробижев М.Ю.,2006), представляющими собой различные параметры **качества жизни, и** субъективную оценку переносимости длительной фармакотерапии (**удовлетворенность терапией**).

А. Приспособительное поведение

Первоосновой представления о **приспособительном поведении** в психиатрии является концепция отношений В. Н. Мясищева, который подчеркивал, что «выражением личности и ее отношений является, прежде всего, практическое действие» (Мясищев В. Н., 1960). Приспособительное поведение представляет собой «биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью» (Воловик В. М., Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1984) и отражает стиль функционирования пациента в социуме, определяя его социальную позицию (от социально-активной до социально-незаинтересованной или даже пораженческой) в общественном континууме.

Различные авторы (Lysaker P.H., Leonhardt B.L., Brune M., Buck K.D., James A., Vohs J., Francis M., Hamm J.A., Salvatore G., Ringer J.M., 2014; Lysaker P.H., Leonhardt B.L., 2012) отмечают, что люди не являются пассивной территорией, где встречаются биологические и социальные силы, они интерпретируют свой жизненный опыт, обнаруживают решения действовать, совершать поступки (например, вернуться к работе или отстаивать свои права). «Нельзя не видеть, подчеркивают И.Я.Гурович и О.О.Папсуев (2015), - границу между теми лицами, которые зависят от других, остаются отключенными от окружающего мира, сохраняют позитивную и негативную симптоматику, и теми, которые добились относительно нормальной работы и социального функционирования», ведут активный образ жизни (Keefe R.S., Roe M., Walker T.M. et al., 2006).

К представлению о приспособительном поведении близко понимание некоторыми авторами термина «копинг». Нередко понятия «копинг» и «при-

способительное поведение» вообще используются синонимично (Залуцкая Н. М., 2003), что представляется спорным. На наш взгляд, копинг (наряду с другими интрапсихическими механизмами) является лишь одной из составляющих сложного феномена приспособительного поведения. Кроме того, при диагностировании копинга используется психологический, а приспособительного поведения — клинический метод исследования.

1) Типы приспособительного поведения

В отечественной литературе различными исследователями уже предпринимались попытки классификации типов приспособительного поведения (Амбрумова А. Г., 1981; Логвинович Г. В., 1990; Семке А. В., 1995; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2008). Предлагаемая нами систематика типов приспособительного поведения базируется на многолетних клинических исследованиях основных адаптационно-компенсаторных тенденций личности в формировании социального поведения. При этом выделены следующие типы приспособительного поведения психически больных (Коцюбинский А. П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С. [и др.], 2004):

— конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты);

— регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты);

— морбидный.

Рассмотрим их детально.

I. Конструктивный тип. Важной характеристикой конструктивного поведения является наличие у пациентов установки на сознательную мобилизацию своих «жизненных ресурсов» при решении поставленных задач, готовность к принятию ответственности за разрешение трудной ситуации, наличие достаточной самостоятельности и преимущественного расчета на собственные силы в преодолении повседневных трудностей. Характерной особенностью является установка на достижение социально одобряемых целей, получение полезных результатов. У больных с этим типом приспособительного поведения отмечается развитые чувства долга и ответственности перед своим социальным окружением, желание быть ему полезным. Основные устремления этих больных соответствуют объективным требованиям жизни, что свидетельствует о достаточной сохранности у них способности к целеполаганию и саморегуляции. Диапазон приспособительного поведения, относимого к конструктивному: от присущего поведению здоровых людей до соответствующего таковому лишь в своих стержневых чертах.

Этот типа приспособительного поведения разделяется на два варианта: а) социальный и б) гиперсоциальный.

а) <u>Социальный вариант</u> (с подвариантами избирательно активным и напряжённо-астеническим). Пациентов с таким типом приспособительного поведения объединяет стремление к удержанию достигнутых социальных позиций. При этом они, как правило, стремятся их развить, то есть старают-

ся достичь более высоких результатов, что обычно проявляется в учебе, стремлении к овладению новыми профессиональными навыками, приобретению смежных специальностей, совершенствованию в качестве специалистов и т. д. Их поведение не выглядит чем-то чужеродным, надуманным, насильственным, как правило, соответствует общепринятым нормам и производит впечатление естественного процесса развития и совершенствования личности; в известной степени, его можно рассматривать как выражение своеобразной активной жизненной позиции. Это выражается, в частности, в содержательных взаимоотношениях с окружающими, продуктивных и взаимно полезных контактах. У данной категории больных хорошо развито чувство долга перед социальным окружением. В сложных (в том числе конфликтных) жизненных ситуациях они, как правило, принимают на себя ответственность за решение проблем.

Следует особо подчеркнуть, что пациенты данной группы обычно не производят на окружающих впечатление психически нездоровых, и только осведомлённость окружающих о том, что они находились на лечении по поводу какого-то психического заболевания, делает отношение к ним несколько настороженным. В ситуациях, когда общение или иное социальное взаимодействие происходит между людьми малознакомыми, каких-либо затруднений или недоразумений, как правило, не возникает. Надо сказать, что подобные больные обычно стремятся сменить место работы или учёбы и круг общения, чтобы не пользоваться репутацией душевнобольного. Иногда эти их действия не встречают понимания со стороны ближайшего окружения, что может быть источником конфликтов.

В некоторых случаях приспособительный эффект достигается за счет сознательного ограничения больным многообразия точек приложения своих сил, «стремления к ограничению нагрузок, ответственности, проявляемых к себе ожиданий и требований» [Чайка Ю.В., Тартаковская А.Б., Котляр Р.А., 1988]. Однако и при сужении области деятельности они обычно проявляют вполне адекватные социальные установки. Это, по Э. Г. Кельмишкейту [1974], избирательно-активный субвариант.

В других случаях даже ограниченное функционирование достигается за счет значительного напряжения сниженных возможностей пациента, однако и в этом случае их реализация определяется социальной направленностью. Это напряжённо-астенический субвариант, близкий к «замещающей форме приспособляемости» [Кельмишкейт Э. Г., 1974].

б) Гиперсоциальный вариант. Больные с гиперсоциальным вариантом приспособительного поведения характеризуются односторонней гипербулией и ригидной одержимостью в достижении целей, склонностью к рационализации и педантизму. Стремление удержать завоеванные позиции или развить их осуществляется в форме однобоко повышенной социальной активности, резкой интенсификации деятельности (в том числе и за счет значительного напряжния сил). Такие действия, как правило, происходят в ущерб иным сторонам жизни больного и нередко вызывают разнообразные

конфликты как с ближайшим окружением (семья, знакомые), так и в производственных (или учебных) коллективах. Эти пациенты производят впечатление фанатично настроенных, поражают окружающих своей ригидностью, полной приверженностью какой-либо идее, отсутствием в душевной жизни нормального многообразия жизненных красок, модулированной игры эмоций.

Если у больных с социальным типом приспособления стремление удержать свои социальные позиции или развить их выглядит вполне адекватным, достаточно естественным и гармоничным, то при гиперсоциальном варианте ситуация значительно отличается. При общем сходстве целей для больных с гиперсоциальным приспособлением характерно, прежде всего, искаженное поведение, самой характерной чертой которого является ригидность гиперсоциальной установки, однобоко повышенная социальная активность. Эта характерная особенность обычно связана с резкой интенсификацией деятельности (в том числе и за счет значительного напряжения сил) и осуществляется, как правило, в ущерб иным сторонам жизни больного, нередко вызывая конфликты как с ближайшим окружением, так и в производственных или учебных коллективах. Такие пациенты производят впечатление фанатично настроенных и поражают окружающих своей ригидностью, полной приверженностью какой-либо идее, отсутствием в душевной жизни нормального многообразия жизненных красок, тонко модулированной игры эмоций.

Однако в данной категории больных, близкой по психологическим характеристикам к фанатикам и стоикам, встречаются не только индивидуумы, ориентированные преимущественно на профессиональные достижения и производственный успех (что в какой-то мере компенсирует им социально-психологические ограничения, создаваемые фактом психического заболевания), но и пациенты с иной гиперсоциальной структурой, которую можно было бы назвать «квазигуманистической».

Речь идет о немногочисленной категории больных, для которых делом жизни становились действия, направленные на благо окружающих и помощь им, причем эта помощь включает самые разнообразные аспекты: от чисто материальной (денежной) до правовой (составление обращений к властям и общественности, хождение по различным юридическим инстанциям и т. п.). Гиперсоциальность этого типа выглядит особенно гротескной и искусственной, поступки таких больных подчас приводят к результатам, грубо расходящимся с изначальными намерениями; они действуют объективно в ущерб родным и близким, их «филантропическая» деятельность адресуется явно недостойным людям, манипулирующим своими «благодетелями».

Особенно конфликтные ситуации возникают тогда, когда больные данной категории начинают опекать лиц, которые не требуют опеки и даже протестуют против нее: в этих случаях пациенты склонны игнорировать позицию насильственно опекаемых, заявляя, что лучше знают, как действовать. При изучении этих больных обращает на себя внимание достаточно

ярко выступающая эмоциональная изменённость: за декларацией о необходимости помощи окружающим часто стоит чисто рационалистическая идея, лишённая специфического эмоционального аккомпанемента; скорее наоборот, данная «филантропическая» деятельность в ее особенно гротескных проявлениях может быть рассмотрена как компенсация ощущения своей эмоциональной (в данном случае эмпатической) несостоятельности, попытка восполнить её деятельностью, имеющей, как уже сказано, чисто рационалистический характер. Нередко поведение этих лиц носит характер социально полезной деятельности по патологическим мотивам [Рохлин Л.Л., 1973].

По сути, гиперсоциальный вариант приспособительного поведения близок к «гиперстеническому» типу Э.Г.Кельмишкейта [1974], при котором подчеркивается организующее значение имеющейся у таких больных склонности к рационализации и педантизму. Этот вариант включает в себя приспособление «со стойким продуктивным увлечением сверхценного характера» [Ковалев В.В., 1975] и «гипертонический» тип [Логвинович Г.В., 1990].

2. Регрессивный тип в целом характеризуется пассивной жизненной позицией, отступлением от достигнутых социальных успехов, отказом от борьбы за социально значимые цели, наличием феноменов «психической ригидности» [Залевский Г.В., 1994], фиксацией ограниченного числа поведенческих стереотипов и отказом «от расширения их числа за счет новых, либо за счет активации неиспользующихся» [Беребин М.А., Вассерман Л.И., 1996], индифферентным отношением к окружающему. В системе ценностей у этих больных преобладают индивидуалистические и эгоцентрические интересы, ориентированные преимущественно на достижение физического и психологического комфорта. Такая направленность способствует формированию пассивной жизненной позиции с формальными, малыми по глубине и бедными содержательно контактами с социальным окружением и проявляется либо в отчетливо потребительском отношении к близким и попытках манипулировать ими, либо в деятельности, ценность которой определяется лишь аутистическими интересами самих пациентов. Обычно цели, которые ставят перед собой больные с регрессивным типом приспособительного поведения, нереалистичны. Этим пациентам свойственно бегство от трудностей: уход от разрешения психологических конфликтов, мистификация действительности, боязнь неудач.

В рамках этого типа приспособительного поведения выделены следующие варианты: а) защитно-ограждающий, б) искаженно-деятельный и в) зависимый.

а) Защитно-ограждающий вариант позволяет больным добиться самостоятельной реализации ограниченных целей при условии сознательного уменьшения объема деятельности и общения. Для таких пациентов характерно «отступление к малой жизни», что ведёт к становлению консервативного уклада жизни с исполнением облегчённых обязанностей,

непереносимостью малейших перемен и уклонением даже от незначительных трудностей, если они непривычны. Наблюдается своеобразная перестройка всей жизненной позиции, стиля жизни, отношений с окружающими.

Нередко стержнем нового существования становится культ здоровья, понимаемого как физическое благополучие, обеспечивающее максимальную продолжительность жизни. Вся жизнь и деятельность подобных больных сосредоточена вокруг физического закаливания, физкультурных и спортивных занятий, гигиенических мероприятий, диеты. Все это имеет особый, утрированный характер: больные тщательно следят за качественной и количественной стороной своего питания (подсчет калорий, содержания витаминов, аминокислот и т. п.), определяют необходимое время пребывания на воздухе (при этом выбираются районы, где нет вредных для здоровья промышленных выбросов). Особой популярностью у этих пациентов пользуются всевозможные «нетрадиционные» рецепты и рекомендации: употребление в пищу сырых злаков (сыроедение), «раздельное питание», обязательное ежедневное хождение босиком («связь с землей»), заземление во время сна через отопительную систему (борьба со статическим электричеством) и т. п. Подобного рода идеи доморощенного ортобиоза часто полностью овладевают больными, не оставляя места для иных интересов (профессиональных, культурных и прочих). Попытки коррекции подобного образа жизни со стороны близких или представителей медицины обычно наталкиваются на упорное сопротивление. Как правило, подобный вариант поведения формируется у лиц, прежде деятельных, и является своего рода «заместителем» их прошлой активности. Педантичное следование догматам культа здоровья подается пациентами как новое и самое важное положительное приобретение, направленное на сохранение и продолжение жизни здорового человека, при этом упор делается именно на физическом здоровье.

Этот вариант приспособления более всего соответствует дефензивной (оборонительной) форме приспособляемости Э.Г.Кельмишкейта [1974], защитно-ограждающему типу Г.В.Логвинович [1990], компенсаторно-приспособительной защите типа «гуттаперчевой защитной капсулы» А.В.Семке [1995], ипохондрическому развитию В.В.Ковалева [1971] или нозофобному варианту ипохондрического развития В.И.Кашкарова [1977]. В.И.Максимов [1987] описал защитно-ограждающий тип приспособления в рамках постпроцессуального психического инфантилизма.

б) Искажённо-деятельный вариант. У пациентов с этим вариантом приспособительного поведения отмечается особое смещение всех ресурсов личности на реализацию комплекса интересов, имеющих ярко выраженный аутистический характер: особое литературное или художественное творчество, написание специальных философских трактатов, изучение иностранных языков (без планов их дальнейшего практического использования), коллекционирование необычных предметов (ключей, гардеробных номер-

ков и т. п.). Причем в области этих интересов больные проявлялют высокую стеничность и активность. Профессиональная деятельность, если она сохранена, как правило, непродуктивна.

Зачастую этот вариант поведения сочетается с особым искажением социальных связей: больные тяготеют к участию в асоциальных группах, в «тусовках», где предпочтительным времяпрепровождением являются бессодержательные «философские» диспуты на крайне отвлечённые «теоретические» темы, и привычны алкоголизация, наркотизация, сексуальная «раскрепощённость». По существу, в этих случаях у больных наблюдается модус поведения, свойственный незрелой личности с неоформленными ещё социальными установками и не определившейся социальной стратегией.

К этой же группе относятся так называемые «хронически больные шизофренией «нового типа» [Красик Е.Д., Смольянинова В.Ф., 1985], для которых сам факт психического заболевания, а не конкретные его проявления, резчайшим образом изменяет модус поведения: не будучи глубоко дефектными, они не в состоянии существовать в условиях обычного общества, легко начинают злоупотреблять алкоголем, бродяжничать, криминализироваться. Антисоциальные формы поведения таких больных, по наблюдениям В. М. Шумакова [1988], обусловлены (особенно в случаях малой прогредиентности заболевания) не только, а часто и не столько эндогенным процессом, сколько общей направленностью личности больного, системой его отношений и социальных навыков.

Данный вариант поведения напоминает «эмансипаторное развитие» В. И. Кашкарова [1977] и компенсаторно-приспособительную защиту типа «социальной оппозиции» А. В. Семке [1995].

в) Зависимый вариант (включая рентно-потребительский подвариант) наблюдается у больных с особой жизненной позицией, которая отличается прежде всего тем, что такие пациенты постоянно склонны перекладывать все виды ответственности на окружающих. Их продуктивная деятельность чрезвычайно низка, отношение к социальной действительности отличается индифферентностью. Соответствует таким установкам и образ жизни, который в целом направлен на удовлетворение чисто утилитарных личных потребностей. Времяпрепровождение этих больных представляет всю гамму пассивного потребительского образа жизни: от полного равнодушия до интереса лишь к развлекательной стороне жизни. При этом игнорируются интересы ближайшего окружения, хотя они подчас и приходят в грубое противоречие с поведением и установками пациентов. Характерным является и полный уход от сложных жизненных ситуаций (своеобразный эскапизм, убегание, игнорирование): больной ждёт, что все трудности и конфликты будут разрешены окружающими.

В части случаев при этом варианте приспособительного поведения имеет место внешне как будто неплохая трудовая адаптация, но на поверку она оказывается следствием замаскированных от окружающих усилий близких (родных, знакомых) пациента. Так, для больного организуются особые

условия на работе, где фактически он только числится, или трудовая деятельность его ограничивается приходом на место работы, а основные его обязанности выполняют другие лица, либо ему предоставляется работа облегчённого типа. Окружающие (чаще всего — члены семьи) в таком случае являются своеобразным буфером, в значительной степени смягчающим недостатки социального функционирования больных и в определенной степени маскирующим их несостоятельность [Шмуклер А.Б., 1998].

В качестве подварианта зависимого поведения можно рассматривать рентно-потребительское (отчасти совпадающее с нозофильным вариантом ипохондрического развития по В. И. Кашкарову [1977] и искажённо-тоническим по Г. В. Логвинович [1990]). В системе ценностных ориентаций этих пациентов преобладают индивидуалистические и эгоцентрические интересы, направленные преимущественно на достижение для них материальных благ, физического комфорта и т. п. другими лицами, которых они используют достаточно настойчиво и умело. Такая личностная направленность способствует формированию пассивной жизненной позиции с социальными контактами сугубо формальными и неглубокими, но зато удобными для манипуляции партнёрами, и проявляется в форме четко выраженного потребительского отношения к людям при низкой собственной жизненной активности.

В структуру этого варианта приспособления входит и неогоспитализм, включающий, как и госпитализм, снижение инициативы и возникновение зависимости [Кабанов М.М., 1977]. Разумеется, формирующиеся при неогоспитализме рентные установки пациентов возникают не только в лечебных учреждениях, но и в домашних условиях, характеризующихся тепличной обстановкой и отгороженностью от внешнего мира.

Зависимый вариант приспособления напоминает компенсаторно-приспособительную защиту типа «укрытия под опекой» [Семке А. В., 1995].

3. Морбидный тип приспособления характерен для больных, у которых актуальная психопатологическая симптоматика достигает такой выраженности (тяжелые обсессивно-фобические проявления, аффективные расстройства психотического уровня, расстройства восприятия и синдром психического автоматизма, бред, расстройства сознания, кататоно-гебефренные проявления, формальные расстройства мышления, тяжелый дефект и т. д.), когда в основном она, а не особенности личности, определяет поведение, которое становится уже «одной из форм биологической и социальной дезадаптации в широком смысле слова» [Морозов Г.В., Шумаков В.М., 1974].

Правильное определение клинически выделенных типов и вариантов приспособительного поведения позволяют врачу не только понять основное направление адаптационно-компенсаторной деятельности конкретного больного, но и в определенной степени прогнозировать социальную адаптацию пациента.

2) Уровень мотивации к психосоциальной реабилитации.

Особенности типологии приспособительного поведения во многом определяют три важные психологические характеристики: *мотивация к психосоциальной реабилитации, уровень комплайенса* (англ. Compliance — **выполнение, соблюдение**) и *уровень самостигматизации.*

Проведенные исследования факторов мотивации, предопределяющих включенность психически больного в лечебный процесс, позволили обнаружить, что одна их часть статична и трудно поддается изменениям, в то время как другая - более динамична и подвержена влияниям интервенций, направленных на улучшение включенности больного в процесс лечения. Одним из таких динамичных факторов является **мотивация больного к лечению** (Centorrino F., et al., 2001; Rayan R., et al., 1995; Mulder C. et al., 1995; Drieschner K. et al., 2004). Значимость мотивации к лечению обусловлена тем, что ее недостаточный уровень – одна из самых частых причин самостоятельного прекращения больным лечения, недостаточной приверженности выполнению медицинских предписаний, обострений и общего негативного исхода заболевания (Красик Е.Д. с соавт., 1987; Torrey E., Zdanovicz M. 2001; Lehner R., et al., 2007; Staring A., et al., 2006; Ryan RM, et al., 1995). Уровень мотивации к лечению является важным предиктором ремиссии при шизофрении (Бурковкский Г.В. С соавт., 1986), предопределяет успешность психотерапии (Cechnicki A., et al., 1986) в рамках биопсихосоциальной модели лечения. Кроме того, понимание врачом уровня и структуры мотивации оптимизирует отбор пациентов для их включения в различные виды социо-психотерапевтических программ, предлагаемых в рамках стандартов оказания психиатрической помощи.

3) Уровень комплайенса.

На протяжении последних десятилетий в психиатрической науке широко изучается проблема согласия и выполнения больными лечебных назначений, предписанных врачом, что в отечественной научной литературе стало общепринято обозначаться термином **«комплайенс»** (англ. compliance **—** выполнение, соблюдение) (Лапин И.П., 2000). Хотя это в принципе относится к любым рекомендациям врача, включая советы по здоровому образу жизни, под комплайенсом, прежде всего, подразумевают следование больного лекарственным назначениям.

Зарубежные авторы определяют «комплайенс» как «степень совпадения поведения пациента с предписанными ему медицинскими советами» (Misdrachi D. et al., 2002) или как «поведение пациента, проявляющееся в том, как он принимает лекарства, следует диете или образу жизни в соответствии с медицинскими рекомендациями или советами здорового образа жизни» (Award A., Voruganti L., 2004), или как «…уровень соответствия между поведением пациента в ходе лечебного процесса и терапевтическими стандартами» (Lindstrom E., Bingefors K., 2000). В настоящее время в зарубежной литературе все чаще употребляется термин «adherence» (англ. Adherence — приверженность, сцепление, соблюдение **согласованных** с врачом рекомен-

даций, принципов терапии, норм и т. д.). Замена термина «compliance» на «adherence» обусловлена попыткой подчеркнуть активную роль пациента в лечебном процессе в противовес пассивному подчинению авторитету врача (J. Fawcett, 1995). Британские авторы, используя понятие «concordance» (соответствие), акцентируют внимание на процессе **обсуждения** с пациентом врачебных рекомендаций (Sackett D. L., Haynes R. B, 1976; Эсмануэль Е., Эсмануэль Л., 1992). В отечественной литературе нередко термин «комплайенс» заменяется существительным «приверженность», что толкуется как «преданность кому – чему-нибудь…» (Ожегов С.И., 1968). П.В. Морозов (2010) отмечает, что приверженность подразумевает готовность и способность пациента принимать препараты и соблюдать режим лечения на постоянной основе. Несоблюдение больным приема лекарственных средств может проявляться в его несогласии с рекомендациями врача, нерегулярности посещения медицинских учреждений, прекращении лечения, отказе от психотерапии и других психосоциальных программ. Наблюдаемые нарушения часто имеют общие причины и оказывают взаимное влияние.

В идеале больной должен в полном объеме принимать лекарства так, как предписано врачом, но на деле это все обстоит во многом иначе. Поэтому комплайенс не может рассматриваться дихотомически «комплайенс/нонкомплайенс», поскольку поведение больного в процессе выполнения лечебных предписаний может быть разнообразным, что позволило J.Cramer (1991) выделить разновидности комплайенса: полный, парциальный, нулевой и неустойчивый. Большинство экспертов по проблеме комплайенса стали считать, что в том случае, если пациент принимал лекарства как минимум 80% рассчитанного времени – он признается как больной с высоким уровнем комплаентности; если этот показатель колеблется от 50 до 80% - пациент считается частично комплаентным и в случае, если прием лекарств составляет менее 50% от рассчитанного времени – его относят к категории больных с низким уровнем комплайенса.

Исследования, посвященные **распространенности** нарушений соблюдения режима приема лекарств в психиатрии, преимущественно касаются больных шизофренией. Например, J.Svestka и I.Bitter (2007), проанализировав 21 исследование, выполненные с 1983 по 2002 годы, которые включали 2861 больных шизофренией, обнаружили нарушения соблюдения режима терапии в среднем у 44% пациентов. Несмотря на то, что проблема комплайенса особенно актуальна при хронически текущих заболеваниях, было установлено, что нонкомплаентность возникает уже на инициальных стадиях шизофрении. Так, в двух исследованиях первого эпизода шизофрении нонкомплайенс установлен у 37-41% больных (Mojtabai R., et al., 2002; Coldham E. et al., 2002). При этом известно, что нонкомплайенс увеличивается со временем. Это наглядно продемонстрировано в ряде исследований: по меньшей мере 25% больных шизофренией прекращали прием лекарств уже через 10 дней после выписки из стационара (Lam Y. et al., 2002). E. Coldham с соавт. (2002) отмечали, что в течение первого года после начала заболевания 39% больных

шизофренией были полностью некомплаентны и 20% — лишь частично соблюдали режим терапии. После двух лет нонкомплаентность среди больных достигала 75% (Weiden P., Zygmunt A., 1997; Lam Y. et al., 2002).

Что касается исследований уровня комплаентности среди больных, страдающих **аффективными расстройствами,** то таких исследований гораздо меньше по сравнению с исследованиями больных шизофренией и, как отмечено в обзоре R.Lingam и J.Scott (2002), только в 1-2% из всех публикаций, касающихся лечения аффективных расстройств, изучалсь комплаентность больных. Исследования больных с биполярным аффективным расстройством (БАР), получавших соли лития или антиконвульсанты, показало, что 54,1% из них были полностью комплаентны, 24,5% - частично комплаентны и 21,4% - некомплаентны. В другом исследовании при опросе больных, страдающих БАР, 34% из них сообщили о пропуске одной или более доз в течение 10 дней, 20% пропускали прием лекарств по меньшей мере один день из 10 и 2,5% — вообще не принимали лекарств за этот период.

Приведенные данные отчетливо обозначают масштабы распространенности данного явления, которые нельзя игнорировать ввиду тяжести их **последствий.** Прежде всего, отказ от приема лекарств ведет к возрастанию **частоты обострений** заболевания. Изучая частоту и тяжесть обострений у больных шизофренией, D. Johnson с соавт. (1983) показали, что 65% больных, прекративших прием препарата, испытывали симптомы обострения, в то время как среди пациентов, продолжавших прием антипсихотических средств, обострения наблюдались только у 16%. D. Robinson с соавт. (1999) приводят данные, что среди пациентов с первым эпизодом шизофрении или шизоаффективного расстройства, которые не принимали рекомендованных лекарств, риск нового обострения возрастал в 5 раз. В публикации D. Misdrahi с соавт. (2002) указывается, что у больных шизофренией в течение года после первой госпитализации 40% рецидивов являются результатом частичного комплайенса, а без лекарств рецидивы отмечаются у 70% больных. R. Emsley с соавт. (2012) показали, что в течение первого года 79% больных, прекративших прием лекарств после первого эпизода шизофрении, переносили обострение симптоматики, после второго года — 94% и после трех лет — 97%. Последствиями обострений, которые в подавляющем количестве случаев связаны с нарушениями пациентами медикаментозной терапии, становятся **регоспитализации** больных: D. Misdrahi с соавт. (2002) приводит данные о том, что в 2/3 случаев регоспитализация является следствием частичного или полного нонкомплайенса. В частности, исследование коэффициента приверженности терапии (КПТ) у большой когорты больных, получавших антипсихотические препараты, показало, что пациенты с КПТ < 80% госпитализировались в 2,4 раза чаще, чем больные с удовлетворительным показателем соблюдения терапии (Valenstein M. et al., 2002) и достоверно удлинялся срок их пребывания в стационаре по сравнению с когортой пациентов, которые до госпитализации регулярно принимали лекарства. Помимо этого, само лечение нонкомплаентных пациентов становится затруднитель-

ным в силу большей остроты симптоматики, полиморфизма клинических проявлений и проявлений лекарственной резистентности, что приводит к его удорожанию. Это подтверждается исследованием A. Grogg с соавт. (2002), которые установили, что пациенты, частично соблюдавшие режим приема лекарств до госпитализации, на 64% чаще требуют замены или назначения дополнительных лекарственных средств, а затраты на их госпитальное лечение на 53% выше, чем у комплаентных больных. Подобные данные были представлены B. Svastad с соавт. (2011), которые, исследовав больных шизофренией и биполярным аффективным расстройством, показали, что помимо того, что 33% нонкомплаентных больных госпитализировались в течение года против 18% комплаентных, их госпитальные расходы составили 3500 долларов США против 1800 долларов у комплаентных больных. Таким образом, хотя исследование экономических потерь, обусловленных низким уровнем комплайенса, затруднены из-за отсутствия единого инструмента для его оценки, получена определенная взаимосвязь между уровнем комплайенса и экономическими затратами (Thied P. et al., 2003).

4) Уровень самостигматизации.

Термин «**самостигматизация**» введен B. Link [et al. (1997) для обозначения реакции больного на стигматизацию. Говоря об уровне самостигматизации, следует отметить, что сам больной, являясь членом данного общества, оказывается носителем пренебрежительного отношения к душевно нездоровым людям (Manis M., Houts P. S., Blake J. B., 1963) и считает подобные реакции окружающих на душевное нездоровье вполне объяснимыми и неадекватными лишь по отношению к нему. Это обстоятельство способствует непризнанию больным собственного душевного расстройства с последующими многократными отказами от лечения, а в случае признания у себя болезни — появлению представлений о дефектной «инакости», недостойной уважительного к нему отношения со стороны окружающих, т. е. — «самостигматизации» (Гурович И. Я., Кирьянова Е. М., 1999).

В другом случае имеющаяся у больных негативная социальная установка на «душевную инакость» способствует требованию особо щадящего к себе отношения (по механизмам «вторичной выгоды» от болезни), в соответствие с которыми они начинают настаивать на исключительности своего жизненного невезения, уникальности имеющихся страданий и ожидать от окружения безмерного сочувствия, полного подчинения и выполнения любых прихотей. Усваивая стереотипы роли неправоспособного и никчемного человека, они становятся вследствие этого социально отгороженными, зависимыми от помощи других, адаптируются в роли инвалида, что ведет к углублению социальной дезадаптации (Docherty E. G., 1975).

Наконец, в ряде случаев больные, возвращаясь после лечения в психиатрическом учреждении и опасаясь встретить чрезмерное любопытство и предвзятое к себе отношение со стороны товарищей по работе, начинают вести себя в общении с ними незаметно, «прячась в раковину» (по образному выражению одной больной), надеясь таким образом не стать объектом пересудов. В резуль-

тате в производственной среде, окружающей больного, формируется мнение, что, несмотря на сохранную работоспособность, он после психиатрического лечения изменился: стал замкнутым, отгороженным, боится высказывать свое мнение, стал излишне конформным. Таким образом, «печать» душевнобольного сначала накладывает на себя сам больной, а вслед за ним и окружающие.

Понятно, что все три варианта «самостигматизации» являются препятствием как для проведения лекарственного лечения, так психотерапии и реабилитации в целом.

Б. Качество жизни.

Медицинское определение термина **«качество жизни»** характеризует его как субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных со здоровьем. К настоящему времени стало общепризнанным, что при выборе любых мер лечебного воздействия следует учитывать изменение субъективного ощущения благополучия пациента, т. е. его качество жизни. Но ни одну из многочисленных методик качества жизни нельзя признать оптимальной в отношении информации о больном и/или технологичности самого инструмента.

В связи с этим был создан новый инструмент качества жизни — КЖ2Ф (Бурковский Г. В., Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., 2011), детально представленный в монографии «Функциональный диагноз в психиатрии» (Коцюбинский А. П., Шейнина Н.С., Бурковский Г.В. [и др.], 2013), которому присущи следующие особенности:

- использование в качестве исходных материалов несколько созданных ранее инструментов измерения качества жизни;
- двухформатность методического подхода, предполагающая использование как обычных вопросов опросника, так и подходов, характерных для семантического дифференциала;
- компактность методики (36 вопросов для определения морбидного качества жизни);
- информативность (древовидное рассмотрение структуры качества жизни).

Разумеется, полностью вернуть здоровье психически больному на современном уровне медицинских возможностей зачастую нельзя. А вот жить лучше, несмотря на остаточные проявления болезни и лечения, можно. И улучшение жизни человека, которого невозможно полностью вылечить, стало сегодня одной из законных целей лечения, основанного на понимании качества жизни. Не случайно качество жизни ,с точки зрения А. Б. Шмуклера (1998), является надежной субъективной характеристикой социального функционирования больных, которую необходимо использовать в практическом здравоохранении.

В. Удовлетворенность терапией

В российской психиатрии интерес к проблеме субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре возник относительно недавно, но привлекает все больший интерес, стимулируемый про-

исходящими реформами здравоохранения. Ориентировка на динамику психопатологической симптоматики как на единственный критерий удовлетворенности обслуживанием представляется сейчас слишком узкой концепцией. Собственное видение пациента (потребителя услуг системы здравоохранения) становится центральным в оценке качества реформируемого медицинского обслуживания. Подход, который врач находит к больному, является важным фактором в обеспечении привлечения пациента к сфере медицинского обслуживания в условиях конкуренции страховых структур здравоохранения. Неудовлетворенность больного полученным лечением нельзя игнорировать даже если она объективно совершенно необоснованна, поскольку это - предиктор прекращения последующего обращения больного за медицинской помощью. Субъективная удовлетворенность больного в лечении – важный ориентир для организаторов здравоохранения, планирующих введение дифференцированной оплаты труда сотрудников и заинтересованных выявлением причин неудовлетворенности больных лечением, а также поиском ресурсов их устранения. Этот показатель учитывается также при оценке сравнительной эффективности поступающих на рынок лекарственных препаратов. Оценка субъективной удовлетворенности практически важна тем, что является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни, существенно влияя на положительный или отрицательный комплайенс пациента после выписки. Тем самым удовлетворенность позволяет прогнозировать успех терапии и частоту регоспитализаций. Изучение факторов, влияющих на удовлетворенность лечением, позволяет формировать оптимальную стратегию развития психиатрического учреждения.

В связи с громоздкостью или, напротив, слишком большой упрощенностью в ущерб информативности, Н. Б. Лутовой, А. В. Борцовым и В. Д. Видом (2006) был создан опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре (СУЛ), характеризующийся компактностью, информативностью и соответствием современным психометрическим стандартам (Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вид В. Д., 2006; Вид В. Д., Лутова Н. Б., 2010; Лутова Н. Б., 2011).

Опросник позволяет получить дифференцированные данные об удовлетворенности результатами лечения, взаимоотношениями с врачом, бытовыми условиями и окружающей обстановкой учреждения, а также о степени стигматизации больного контактом со сферой психиатрии, которая может серьезно повлиять на его социальную ситуацию и жизненные планы.

Опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре заполняется самим пациентом накануне выписки или вскоре после нее. Он включает 40 пунктов, составляющих следующие субшкалы, соответствующие основным компонентам структуры субъективной удовлетворенности - удовлетворенность:

а) результатом лечения,

б) взаимоотношениями врач-больной,

в) бытовыми условиями и

г) окружающей обстановкой.

Несколько особняком стоит еще одна - субшкала стигматизации, отражающая степень болезненности восприятия статуса психиатрического пациента.

Под удовлетворенностью ***результатами лечения*** понимается удовлетворенность улучшением самочувствия, устранением психопатологической симптоматики и ряда психологических проблем (трудности общения, решения жизненных задач, проблемы самооценки), достигаемых различными лечебными подходами. В нее включены общая удовлетворенность, соответствие результатов ожиданиям, оценка действия лекарств и переносимости побочных эффектов, оценка динамики самочувствия, включая физическое состояние, демистификация терапии (отрицание ее чудодейственной природы), оценка динамики самооценки, своего коммуникативного и проблемно-решающего поведения в результате лечения, динамика взгляда на будущее в результате терапии, восприятие будущего.

Варианты согласия или несогласия с утверждениями представлены в виде четырех градаций: «неверно», «неверно в какой-то степени», «верно в какой-то степени», «верно». Этим градациям соответствуют баллы от 0 до 3. Во избежание оценки больным лечения только с позиции удовлетворенности или недовольства, что могло бы повлечь за собой искажение результатов обследования вследствие генерализации неосознаваемых установок, пункты опросника чередуются по форме, запрашивая у больного, доволен он или недоволен одним и тем же аспектом лечения. Совпадения по смыслу оценок, данных на полярные по форме утверждения относительно одного и того же аспекта лечения повышают их весомость и информативность.

Подсчет баллов по субшкалам производится в соответствии с кодировкой и учетом положительного или отрицательного значения пункта опросника. Для получения суммарного балла удовлетворенности по данной субшкале к общему баллу по пунктам удовлетворенности прибавляется остаток, получаемый при вычитании общего балла по пунктам неудовлетворенности от максимально возможного по этим пунктам. Сумма общих баллов по отдельным субшкалам составляет суммарный показатель удовлетворенности по всей шкале.

Результаты лечения: +1, -2, -3, -4, +5, -6, +7, +12, +13, +15, +16, +18, -20, +23, -26.

Отношения врач-больной: +9, -14, -17, +22, -25, -27, +30, +32, -35, -38, +39, -40.

Бытовые условия и окружающая обстановка: -8, +10, -11, +19, -21, +24, -29, +31, -34, +37.

Стигматизация: -28, +33, -36.

Максимально возможные баллы: по субшкале результатов лечения – 45, по субшкале отношений врач-больной – 36, по субшкале окружающей об-

становки – 30, по субшкале стигматизаци – 9. Максимально возможный суммарный показатель удовлетворенности лечением по всей шкале равен 120. Баллы, полученные по отдельным субшкалам делают возможным дифференцированный анализ структуры удовлетворенности больных полученным лечением. Суммарный балл удовлетворенности по всем субшкалам является обобщающим показателем отношения к лечению.

3.Функционально-динамические показатели социальной адаптации

По мнению многих исследователей, качество ремиссии определяется, в первую очередь, социальным функционированием или **функциональным состоянием**, отражающим социальные связи пациента (работу, учебу, семейную и бытовую ситуации).

Отсутствие в качестве критерия ремиссии социального параметра приводит авторов дименсиональной концепции к необходимости его учета как одного из операционных критериев выздоровления, появление которого в будущем возможно и должно включать как качество жизни, так и психосоциальное функционирование (Van Os J. [et al.], 2006). При этом диагностика выздоровления/восстановления требует возврата уровня функционирования к показателям, близким к норме (Ballender J. [et al.], 1998 — цит. по Andreasen N. C. [et al.], 2005). В то же время включение в критерии ремиссии параметров социального функционирования и выздоровления/восстановления пока, по заявлениям авторов международной классификации, не представляется возможным (Andreasen N. C. [et al.], 2005). Такая же ситуация и с включением этих параметров при оценке динамики аффективных расстройств.

Однако многие исследователи считают современным и актуальным уже в настоящее время дополнить симптоматический критерий, предложенный для диагностики ремиссии, критериями социального (функционального) улучшения (Rund B., Torgalsboen A., 1989; Torgalsboen A., 1999; Rund B., 1990; Liberman R. [et al.], 2002).

Как отмечают И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер и Я. А. Сторожакова (2008), на современном этапе понимания патогенеза шизофрении и расстройств шизофренического спектра в рамках биопсихосоциальной концепции, оценка достигнутого улучшения в обязательном порядке должна включать и социальные характеристики, которые, как показали результаты исследований А. Б. Смулевича и соавторов (Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007), имеют нежесткие соотношения с симптоматической характеристикой ремиссии, что свидетельствует о невозможности оценки качества ремиссии только по социальному критерию.

Эту же позицию занимают Т. Ю. Гречко, Ю. Н. Гречко (2008), которые считают, что для полной оценки состояния больных необходимо учитывать как клинические проявления, так и аспекты социального и трудового функционирования больных.

Социальное функционирование психически больных может быть оценено с помощью различных социометрических шкал, оценивающих социал-

ное функционирование «в целом» (GAF, SOFAS, PSP) Для тяжелого контингента пациентов, находящихся длительное время в условиях психиатрического стационара или проживающих в резиденциальных психиатрических учреждениях, будет полезно ориентироваться на такие шкалы как Шкала социального поведения (Social Behavior Schedule – SBS; Wykes T., Sturt E. , 1986) и Шкала оценки поведения госпитализированных пациентов средним медицинским персоналом (Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation – NOSIE-30; Honigfeld G., Gillis R.D., Klett C.J. ,1965)

Шкала общей оценки функционирования (Global Assessment of Functioning – GAF) (Goldman H.F., Skodol A.E., Lave T.R., 1992) представляет собой количественную шкалу, ранжированную от 0 до 100 баллов и отражающую субъективную оценку рейтера о социальном, трудовом и психологическом функционировании обследуемого. Шкала представлена и описана в DSM-IV (Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses, 2007). Шкала учитывает симптоматику пациента, поэтому не рекомендуется для оценки функционирования больных в остром состоянии. В шкалу не включена оценка физического состояния пациента, что вызывает критику некоторых авторов (Startup M., Jackson M.C., Bendix S., 2002).

С этой же целью может быть использована шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости «Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)» - шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятостьи, которая фиксирует основные сферы социального взаимодействия больного: 1) социально полезная активность, включая работу или обучение на производстве, в школе или домашнем хозяйстве, 2) персональные и социальные взаимоотношения; 3) самообслуживание; 4) разрушительное и агрессивное поведение.

Шкале личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale – PSP) (Mauzer K.T., Bellack A.S., Morrison R.L., Wixlewd J.T., 1990) является более современным вариантом шкалы SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale - Шкала оценки социального и профессионального функционирования), которая, в свою очередь, пришла на смену шкале GAF и входит в DSM-IV. Перед заполнением шкалы рекомендуется использовать полуструктурированный опросник. С помощью шкалы PSP оценивается степень затруднений, которые испытывал больной за последние 7 дней в 4-х основных областях социального функционирования: по 6-балльной шкале:

1) социальная полезная деятельность, включая работу и учебу, в том числе приготовление пищи, уборку помещений, уход за садом, шитье, добровольную работу, платную работу и т.д.;

2) личные и социальные взаимоотношения, в том числе взаимоотношения с партнером, родственниками, друзьями, а также способность устанавливать новые взаимоотношения;

3) уход за собой, в том числе соблюдение гигиены, привычки в еде и сне, надлежащий и опрятный вид одежды;

4) вызывающее беспокойство и агрессивное поведение, в том числе грубые виды поведения, выкрики, бросание предметов, удары и другие формы агрессии или признаки будущей агрессии.

Каждая из первых трех сфер оценивается по степени выраженности следующим образом:

1) нарушение отсутствует;

2) слабая выраженность — трудности заметны только лицам, хорошо знакомым с пациентом;

3) явная — затруднения очевидны всем, но существенно не мешают пациенту выполнять свою роль в этой области, принимая во внимание социокультуральную среду данного лица, а также возраст, пол и уровень образования пациента;

4) значительная (выраженная) — затруднение сильно препятствует выполнению функций в данной области; однако пациент все же способен совершать поступки без профессиональной или социальной помощи, хотя неадекватно и/или эпизодически; при посторонней помощи пациент может достичь предыдущего уровня функционирования;

5) сильная (тяжелая) — затруднения, которые делают пациента неспособным исполнять любую роль в данной области без профессиональной помощи или приводят пациента к деструктивной роли; однако опасность для выживания отсутствует;

6) очень сильная (очень тяжелая) — нарушения и трудности такой интенсивности, которые ставят под угрозу выживание пациента.

Четвертая сфера ранжируется следующим образом:

1) нарушение отсутствует;

2) слабая выраженность — пациент слегка груб, необщителен или постоянно недоволен;

3) явная — разговаривает слишком громко или говорит с другими людьми в слишком фамильярной манере, либо принимает пищу социально неприемлемым образом;

4) значительная (выраженная) — публично оскорбляет других, ломает или портит вещи; поведение часто социально неприемлемо, но не опасно – например, публично обнажается или мочится;

5) сильная (тяжелая) — частые вербальные угрозы или частые эпизоды физического насилия без намерения или возможности нанесения тяжелых повреждений;

6) очень сильная (очень тяжелая) — частое агрессивное поведение, направленное на нанесение тяжелых повреждений или с большой вероятностью способное нанести такой ущерб.

По соотношению первых трех сфер с четвертой выводится цифровой балльный интервал от 1 до 100 в десятиуровневой системе, в рамках которого врач определяет конечный уточненный балл [Morosini P.L., Magliano L.,

Brambilla L. et al., 2000], руководствуясь собственным опытом и знаниями о пациенте. Больные, набравшие от 71 до 100 баллов, испытывают небольшие затруднения, от 31 до 70 – более серьезные затруднения различной степени тяжести; у больных, набравших от 1 до 30 баллов, трудности в социальном и социально ориентированном функционировании настолько значительны, что такие больные нуждаются в постоянном надзоре.

Шкала PSP хорошо подходит для оценки динамики социального функционирования как в результате лекарственной терапии, так и психосоциальных реабилитационных воздействий. При этом возможно оценивать не только изменения общего балла, но и показателей внутри 4-х оцениваемых областей социально го функционирования.

Однако к недостаткам вышеперечисленных шкал следует отнести то, что одновременно является и их достоинством — слишком обобщенную оценку функционирования пациента, фактически сводящуюся к одной цифре. Детального представления о нарушении тех или иных составляющих социального функционирования данныt инструментs предоставить не могут. Кроме того, некоторое смешение заложенных в них клинических и социальных параметров делает их недостаточно сфокусированными и дифференцированными для измерения именно социального функционирования.

Шкала социально-личностного восстановления И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера и Я.А.Сторожаковой [2008]. Описываемые в ней уровни социального функционирования представляют собой следующее:

1. Отсутствие снижения социального функционирования. Отмечается доболезненный уровень функционирования, возможность социального роста (обучение, профессиональный и карьерный рост, создание семьи, содержательный досуг и т.п.).

2. Легкое снижение социального функционирования. Отмечается незначительное снижение навыков межличностного взаимодействия, затруднение социальных контактов, ухудшение трудового функционирования, однако адаптация в социальной среде грубо не нарушена: имеет место лишь ее некоторое снижение или невыраженное изменение социальной роли, смена жизненного стереотипа и т.п.

3. Умеренное снижение социального функционирования. Отмечается заметное ухудшение социальной адаптации. Испытывает затруднения в повседневном функционировании. Обслуживает себя самостоятельно, однако повседневная активность требует усилий. Отмечается выраженный дефицит навыков межличностного взаимодействия, заметное истощение социальной сети. Нетрудоспособен либо может работать только в специально созданных условиях. Нуждается в поддержке окружающих.

4. Тяжелое нарушение социального функционирования. Навыки независимого проживания в значительной степени нарушены. Обслуживает себя только на элементарном бытовом уровне. Нетрудоспособен. Грубо искажены навыки межличностного взаимодействия, что приводит к выраженному

нарушению контактов с окружающими. Нуждается в интенсивной помощи и поддержке.

Однако известно, что уровень социального функционирования может быть различным в разных сферах деятельности. Например, пациент может быть вполне успешным в профессиональной деятельности, но не способным к созданию семьи или самообслуживанию; и в таком случае однозначно определить предлагаемой уровень его социального функционирования представляется затруднительным.

Шкала социального функционирования (Social Functioning Scale – SFS) (Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S., 1990), Шкала специально разработана для того, чтобы получить более подробную оценку социального функционирования пациентов и ориентирована на оценку уровня социальной адаптации больных шизофренией. Шкала состоит из 79 пунктов, охватывающих несколько разделов социального функционирования: социальная отгороженность, межличностные отношения, степень социализации, навыки независимого проживания, социально-приемлемое поведение, занятость. Шкала охватывает довольно широкий спектр факторов, влияющих на социальное функционирование, с большим акцентом на средовые характеристики, социальные навыки и компетентность. Таким образом, предоставляется возможность подробно оценить степень дефицита в нескольких конкретных областях социального функционирования, что важно при планировании психосоциальных реабилитационных воздействий, направленных на тренинг социальных навыков, работу с микросоциальным окружением пациента. Шкала может предъявляться или в виде самоопросника (что, как думается, снижает ее информативность) или в ходе интервью с информантом. Каждый пункт оценивается по 4-балльной системе. Однако эта шкала, являясь надежным и достоверным инструментом, в силу своей некоторой «громоздкости» и длительности заполнения (до 45 минут) рекомендуется для применения лишь в научных целях.

В связи с этим нами (Коцюбинский А. П., Шейнина Н.С. [и др.], 2013) разработана категориально валидизированная ***Шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах.*** Успешность функционирования в каждой из семи сфер социального функционирования ранжируется по 5-бальной системе. Эти сферы следующие:

1)производственная;
2) межличностных отношений;
3) супружеских отношений;
4) воспитания детей;
5) отношений с родителями;
6) организации быта;
7) сексуальных отношений.

Апробация этой шкалы была осуществлена на большом числе больных шизофренией и аффективными расстройствами и показала свою пригодность для этого контингента психически больных. Так, средний балл

успешности функционирования в каждой из социальных сфер оказался сопоставимым при разных сроках катамнестического наблюдения, оставаясь постоянно более высоким в одних сферах адаптации и более низким в других. При этом выявлено, что основные характеристики социальной адаптации пациентов отличаются определённой «константностью западений», особенно в сферах, связанных с различными аспектами семейного функционирования, где успешность приспособления определяется необходимостью гибкого эмоционально-личностного реагирования с окружающими. Это позволяет говорить о «кривой» социального функционирования группы больных шизофренией с мало- и умереннопрогредиентным течением.

В результате совмещения использования нескольких методик, социальная адаптация психически больных может быть оценена не только по общему уровню социального функционирования, но и по ее успешности в различных социальных сферах. В результате совмещения использования нескольких методик, социальная адаптация психически больных может быть оценена не только по общему уровню социального функционирования, но и по ее успешности в различных социальных сферах.

Итак, социальная адаптация психически больных может быть представлена (и измерена) как вектор уровней функционирования в различных социальных сферах. По уровню социального функционирования можно судить о результатах лечебно-восстановительного воздействия на больного и решать вопросы его трудоустройства, дееспособности и др.

Количественная оценка социальной адаптации психически больных не является константной величиной и, в сопоставлении с оценкой, отражающей ранее максимально достигнутый конкретным больным уровень социальных достижений, характеризуется неравномерностью успешности функционирования в разных социальных сферах, что является не только показателем имеющегося на момент обследования у больного уровня социальной адаптации, но и маркером «болевых адаптационных точек», требующих использования специально организованных реабилитационных мероприятий. В связи с этим, как подчеркивают И.Я.Гурович и О.О.Папсуев (2015), использование методик социального функционирования позволяет «отследить динамику нарушений социального функционирования и эффективность психосоциальной реабилитационной работы с больными» и могут успешно «применяться для интегрированной оценки социального функционирования больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра».

Таким образом, учитывая, что для целостной классификации состояния больного необходимо определение выраженности нарушений социального функционирования, необходимо введение социальной оси, тем более что такая ось уже существует в некоторых диагностических классификациях (в частности, в DSM-IV). Это обусловлено тем обстоятельством, что параметр социального функционирования является одним из важных показателей пси-

хического состояния. Не случайно опубликовано большое число исследований о необходимости широкого круга мероприятий психосоциальной реабилитации, направленных на повышение уровня социального функционирования пациентов, что имеет противорецидивный эффект и препятствует частым госпитализациям (Penn D. L., Mueser K. T., 1996; Hogarty G. E., Kornblith S. J., Greenwald D. [et al.], 1997; Hogarty G. E., Greenwald D., Ulrich R. F. [et al.], 1997; Howard L., Leese M., 2000; Bustillo J. R. [et al.], 2001).

Таким образом, актуальной задачей современной психиатрии является разработка и валидизация стандартизированных критериев ремиссии с учетом отдельных клинических форм и типов течения заболевания, категориальной типологии ремиссий, а также показателей психологического и социального функционирования, рассматриваемых в совокупности с дименсиональными характеристиками состояния больных.

Глава 4
Особенности ремиссий при аффективных расстройствах

Систематическое изучение **проблемы ремиссий при аффективных расстройствах** началось относительно недавно. Это связано в значительной мере с длительно существовавшими представлениями о маниакально-депрессивном психозе как доброкачественно текущем заболевании, с полным восстановлением всех психических функций в межфазовый период. В то же время, изучение структуры ремиссионных состояний при этом заболевании (Кашкаров В. И., 1984) выявило наличие у этих больных в межфазовый период рудиментарных аффективных симптомов с полиморфной (циркадной, месячной, сезонной, многолетней) ритмикой, на фоне которых имеют место варианты пролонгированных личностных реакций и развитий (т. е. — личностной трансформации). При этом, как подчеркивает M. Zimmerman M. A. Posternak, J. McGlinchey [et al.] (2006), полного соответствия между выраженностью симптомов в структуре ремиссии и уровнем функционирования таких пациентов не наблюдается. Иными словами, глубина резидуальной депрессивной симптоматики далеко не всегда определяет уровень снижения социального функционирования.

В отличие от такой точки зрения, J. F. Karp, D. J. Buysse, P. R. Houck [et al.], (2004) отмечают, что количество и тяжесть остаточной симптоматики у депрессивных больных напрямую коррелируют с клиническими характеристиками ремиссии, в частности — с ее длительностью, а также выраженностью резидуальной симптоматики в ремиссии (чем она больше представлена, тем вероятнее развитие в последующем рецидива).

В рамках полученных в последние годы данных о симптоматической типологии ремиссий актуально рассмотрение в ее структуре временных и принципиально обратимых феноменов негативной аффективности (Смулевич А. Б. [и др.], 1997б; Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., 1999; Смулевич А. Б., 2000).

В связи с этим прогностическая значимость остаточной симптоматики в структуре ремиссии стимулировала более пристальный интерес к этому периоду заболевания. Так, Ю. Ю Чайка (2005, 2006) обнаружил, что в зависимости от времени начала заболевания и клинической картины манифестации униполярной аутохтонной депрессии наблюдается сокращение межфазных периодов по длительности и усложнение их структуры, различающееся по глубине выраженности. В частности, у аффективных больных можно обнаружить:

а) формирование непрерывно-волнообразных аутохтонно-реактивных колебаний аффекта тревожно-тоскливого и ипохондрически-адинамического типа, тесно спаянных с личностью пациента;

б) переход от нерегулярных стертых колебаний аффекта к стертым волнообразно-фазным его проявлениям, носящим тревожный характер, вначале с астеническим, а затем с дистимическим радикалом, тесно связанным с личностными реакциями пациентов;

в) переход от стертых волнообразно-фазных к непрерывно-волнообразным колебаниям аффекта, который в дальнейшем может принять астено-тревожно-дистимический характер с превращением астенического радикала в апатический. На заключительном этапе происходит хронификация процесса с формированием монотонного дистимически-ипохондрического синдрома с трансформацией всего строя преморбидной личности от психастенической к сутяжнической.

Как показал в своей диссертационной работе А. М. Кузьмин (2003), типологические особенности ремиссии при аффективных расстройствах, помимо личностной трансформации, характеризуются наличием различных клинических проявлений негативного симптомокомплекса в рамках трех ведущих типов: когнитивного, тонического и смешанного. При этом негативный симптомокомплекс при аффективных расстройствах, как и при шизофрении, характеризуется нозонеспецифичностью, но при меньшей выраженности спектра негативных феноменов, характерных для шизофрении.

Отсутствие существенных различий в клиническом течении аффективного заболевания при различных типах негативных расстройств позволяет считать, что и возраст, и длительность течения заболевания, и континуальное, затяжное течение, и изменение доминирующей симптоматики в течение фазы, и биполярность могут сочетанно влиять на формирование когнитивных и тонических нарушений. Исключение составляет лишь смешанный тип негативных расстройств, для которого характерно наличие неблагоприятного преморбидного фона в виде субклинических колебаний настроения, что и определяет наиболее тяжелый тип негативных нарушений.

Таким образом, варианты формирования ремиссий при аутохтонной депрессии имеют различную степень нарастания негативных (прогредиентных) тенденций, реализующихся как в аффективной сфере, так и в разных вариантах изменения личности и даже появлении некоторых признаков астенического дефекта, что характерно для процессуального заболевания. Не случайно А. С. Аведисова (2008) делает вывод о том, что «подход к ремиссии как к этапу развития аффективного расстройства становится подобным воззрению на ремиссию при шизофрении — как к этапу развития аутохтонного болезненного процесса».

Категориальный (типологический) подход к классификации ремиссий при аффективных состояниях в отечественной литературе представлен лишь в отдельных работах. В связи с этим типология ремиссий при аффективных расстройствах до настоящего времени остается менее разработанной, чем при заболеваниях шизофренического спектра, что и объясняет большой интерес к изучению данной проблемы.

В рамках этого направления рассматривается симптоматический характер ремиссии с попыткой идентификации резидуальных симптомов в ее структуре, т. е. оценки ее качества и стойкости. Некоторые авторы выделяют следующие клинические типы ремиссии: бессимптомная, тревожная, инсом-

ническая, астеническая и гипотимная (Вазагаева Т. И., 2010; Захарова К. В., 2008).

Работы, осуществляемые А.Б.Смулевичем с сотр. (Смулевич А..Б., Андрющенко А.В., Д. В. Романов Д.В., Захарова Н.В., 2014) позволили разделить ремиссии на симптоматические и синдромологические.

Как считают авторы, симптоматические ремиссии формируются при наличии в преморбиде пациентов аффективных проявлений психопатологического диатеза, на базе которого формируется резидуальный циклотимический симптомокомплекс как проявления не подвергшегося полному обратному развитию манифестных аффективных фаз, с одной стороны, и постдепрессивные патохарактерологические расстройства (постдепрессивная личность) - с другой. Амальгамирование манифестных психопатологических расстройств, выступающих в рамках аффективной фазы, и проявлений конституционально обусловленной, т.е. перманентно существующей аффективной уязвимости, их «аффинитет» друг к другу чаще всего приводит к формированию протрагированных психопатологических образований, которые и определяются в рамках «общих» симптомов.

Таким образом, в рамках симптоматических можно рассматривать следующие типы ремиссий:

А) Тревожная: остаточные симптомы представлены тревожно-фобическими расстройствами с паническими атаками, соматоформные расстройства (явлениями соматизации с алгиями), неуверенностью в себе, органоневротическими и ипохондрическими расстройствами в форме фиксации и повышенного внимания к здоровью, тревожных опасений возврата болезни.

Б) Гипотимная: резидуальная симптоматика определяется периодическими ситуационно обусловленными спадами настроения, соотносящимися с личностными особенностями пациентов (ранимостью, сенситивностью). При этом меланхолия может вызывать оживление скрытых невротических конфликтов и принимать затяжное течение, приобретая характер резидуальных симптомов и определяя дистимическую клиническую структуру симптоматической ремиссии.

В) Астеническая: слабость, утомляемость, инсомнические феномены, анергия, при которой остаточная симптоматика в значительно степени представлена мотивационными нарушениями («дезадаптацией» в сфере хобби и влечений, включая сексуальную дисфункцию).

В отличие от этого, синдромальные ремиссии, лишенные симптоматики, свойственной обострению заболевания, наблюдаются у лиц с преморбидными особенностями не аффективного, а иного круга, а именно — характеризующихся общими облигатными личностными чертами (перфекционизм, трудоголизм, высокая активность и профессиональная продуктивность, отчуждение осознания витальных проявлений депрессии). В этих случаях на первый план выступает не аффинитет к аффективным симптомокомплексам (как это наблюдается при симптоматических ремиссиях), но «репульсия» (отталкивание) депрессивных расстройств и личностных особенностей больных,

, что клинически реализуется алекситимией в отношении отчуждаемых проявлений меланхолии.

При анализе патохарактерологических особенностей больных с синдромальными ремиссиями авторы (Смулевич А..Б., Андрющенко А.В., Д. В. Романов Д.В., Захарова Н.В., 2014) подчеркивают, что весь спектр конституциональных аномалий, формирующих картину синдромальных ремиссий, объединяется общими чертами – явлениями сегментарной деперсонализации (Ladee G. A., 1966), которая обусловливает изменение восприятия (исключающего рефлексию) витальных чувств, относящихся к соматопсихической и аффективной сферам, и сопровождается делегированием процесса интерпретации собственных болезненных проявлений (депрессивных симптомов) другим лицам – обычно близким родственникам (Whitmer G., 2001).

При этом синдромальная ремиссия (бессимптомная) является наиболее стойкой и прогностически благоприятной. В свою очередь, симптоматические ремиссии рассматривается как неблагоприятный прогностический фактор, ассоциированный с высоким риском возникновения обострения/рецидива

Проблемы, связанные с дименсиональным подходом определения ремиссии при аффективных расстройствах во многом оказываются сходными с возникающими при шизофрении. До настоящего времени не достигнуто консенсуса в определении целевого показателя терапии по психометрическим шкалам.

Принятое согласительной комиссией (Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence) в 1988 г. понятие **реакция/ответ (response)** при аффективных расстройствах предполагает необходимость использования для характеристики конкретного response балльных показателей шкалы Гамильтона. По мнению комиссии, **response** указывает лишь степень улучшения состояния пациента, в силу чего должен ограничительно использоваться только в клинических испытаниях для оценки преимущества активного препарата над плацебо (Frank E., Prien R. F., Jarrett R. B. [et al.],1991). Тем не менее, комиссия придала этому термину психометрическое содержание, которое стало использоваться при дименсиональном подходе для определения ремиссии, рассматриваемой как период заболевания, который определяется не полным исчезновением симптомов, а их минимальным наличием при оценке по шкале депрессии Гамильтона (≤7 HAMD). В настоящее время в клинических исследованиях по шкале HDRS-17 ремиссия фиксируется при наличии менее 10 баллов, а в некоторых исследованиях — менее 7 баллов (Nierenberg A., De Cecco L. 2001).

Психометрические критерии оценки состояния ремиссии обозначили значительный позитивный сдвиг в исследовании этой проблемы, однако все большее число современных авторов признают принятые критерии недостаточными или неудовлетворительными (Аведисова А. С., 2004а; Вазагаева Т. И., 2010). Отмечается, что, несмотря на эпидемиологические и клиниче-

ские данные, подтверждающие возможность и желательность достижения ремиссии как терапевтической цели при депрессивных и тревожных расстройствах, существует «тревожащий пролапс» между научными исследованиями и клинической практикой: многие клиницисты по-прежнему удовлетворяются психометрическим достижением, а не клиническим состоянием ремиссии. Кроме того, особенно затруднительна психометрическая оценка ремиссии при непсихотических аффективных нарушениях, так как их подпороговая выраженность в активном периоде заболевания может соответствовать результатам шкальной оценки резидуальной, остаточной симптоматики, которую предлагается рассматривать в качестве ремиссионных состояний.

Современный подход к такой дефиниции представлен в рекомендациях (Rush A. J., Kraemer H. C., Sackeim H. A. [et al.], 2006), согласно которым «подавленное настроение» и «потеря интересов» не должны вовсе присутствовать в ремиссионном состояниях. Из остальных 7 кластеров симптомов, представленных в DSM-IV, при ремиссии может присутствовать не более трех симптомов. Кроме этого, для утверждения о достижении ремиссии, в течение 3-х недель состояние должно полностью соответствовать критериям ремиссии. При этом внимание должно уделяться и уровню функционирования, который необходим для констатации достижения ремиссии.

Как считает А. С. Аведисова (2004а), со времени широкого распространения метрического подхода к оценке депрессии использовались:

1) шкалы HAMD (включая оригинальную 17-пунктную версию и расширенные 21, 24, 25, 28 и 32-пунктовые), являющиеся «золотым стандартом» для оценки динамики депрессии;

2) шкала MADRS.

Важно подчеркнуть, что различия в этих шкалах касаются симптоматологического перечня, который в шкале HAMD сконцентрирован на соматической тревоге и вегетативной симптоматике, а в шкале MADRS — на психической тревоге и аффекте.

При этом, с точки зрения автора, предложенные согласительной комиссией и, в силу этого, существующие на сегодня операциональные критерии ремиссии при депрессии в значительной степени волюнтаристичны. Так, требует дальнейшего обоснования положение согласительной комиссии о том, что ремиссия оценивается при редукции симптоматики именно до 7 баллов и менее по HAMD (Schatzberg A., 1992). Равным образом неопределенными оказываются другие критерии, необходимые для оценки ремиссии, в частности — учет длительности стабилизации состояния (которая, по мнению разных авторов, должна сохраняться в течение от 2 недель и более, вплоть до 8 месяцев).

Обобщая различные подходы, А. С. Аведисова предлагает собственную оценку состояния ремиссии, которая заключается в использовании нескольких шкал, каждая из которых отражает определенные аспекты состояния больного. Этими шкалами являются HAMD, CGI и субъективная оценочная шкала (например, Бека). В этом случае шкала HAMD предоставляет «покад-

ровую» статистическую регистрацию состояния больного, шкала CGI позволяет интегративно оценить состояние пациента, т. е. учесть как основную симптоматику, так и симптоматику, относимую некоторыми исследователями к коморбидным феноменам (с учетом представления врача о субъективных ощущениях больного и уровне его функционирования). Субъективная шкала Бека дополняет оценку врача, предоставляя ему данные о субъективной оценке больным своего состояния.

Вопрос о целесообразности использования временно́го критерия для определения ремиссии при аффективных расстройствах продолжает оставаться дискуссионным, так как сокращение межфазовых промежутков является одной из особенностей проявления этих заболеваний.

Сказанное делает настоятельно необходимым использование в научных исследованиях и практической деятельности врача-психиатра как категориального, так и дименсионального подходов, направленных на целостное определение ремиссионного состояния. При этом необходимо учитывать психологические и социальные характеристики состояния пациента, которые являются существенными составляющими ремиссий.

В большинстве случаев с определенного момента психопатологические особенности ремиссионного периода характеризуются:

а) наличием резидуальной аффективной симптоматики, протекающей в виде усложняющихся колебаний аффекта (от стертых нерегулярных к стертым волнообразно-фазным и, далее, к непрерывно-волнообразным его проявлениям);

б) появлением циклотимоподобных или дистимических феноменов (или их сочетания), которые могут усложняться за счет присоединения тревоги, обсессивно-фобических проявлений;

в) отсутствием прямой корреляции между симптоматическим улучшением, зафиксированным по шкале HAMD (симптоматической ремиссией) и степенью нарушения функционирования больных (функциональной ремиссией — Social Adaptation Self-Evaluation Scale): далеко не все больные, достигшие уровня ремиссии по шкале HAMD, находятся в состоянии функциональной ремиссии (Канаева Л. С., Захарова К. В., Григорова О. В., 2007);

г) значительной представленностью в клинической картине личностных включений, протекающих в форме разнообразных (преимущественно истериформных) личностных реакций;

д) трансформацией преморбидной личности в виде характерологической дистимии или характерологической дисфории с изменением основного модуса приспособительного функционирования больного;

е) проявлениями астенического дефекта, в структуре которого имеют место слабо- или умеренно выраженные явления нейрокогнитивного дефицита.

Как и при расстройствах шизофренического спектра, при аффективных состояниях сочетанный категориальный и дименсиональный подход должен

быть дополнен информацией об осознании пациентом болезни и наличием у него критики к психопатологическим проявлениям заболевания.

При этом, как нам представляется, для оценки динамики непсихотических аффективных расстройств более целесообразно использовать не психометрические шкалы, а критерии, базирующиеся на показателях, применяемых в качестве диагностических для постановки диагноза «депрессия». Таким образом, достижение асимптоматического состояния, которое соответствует ремиссии, является основной целью терапии. Именно такой подход, учитывающий не только минимальную представленность симптоматики, но и длительность улучшения, целесообразен при проведении оценки состояния пациентов с подпороговым уровнем и подпороговой длительностью депрессии.

Необходимо отметить, что особое значение при определении состояния ремиссии у больных с субсиндромальными депрессиями следует придавать оценке социально-личностного восстановления и определению глобальной клинической характеристики состояния пациента, а не собственно клиническим проявлениям депрессии (метрическому подходу).

Такое понимание ремиссии, отражая клинический (лонгитудинальный) подход в психиатрии, приводит к пониманию важности оценки любых компонентов депрессивного синдрома, наблюдающихся у пациента, а не только дихотомической оценки присутствия/отсутствия депрессии.

Заключение

Говоря в целом об аутохтонных расстройствах, следует отметить, что необходимо в понимании и определении этого состояния использовать как категориальный, так и дименсиональный подход. Как подчеркивают А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова (2007), если категориальный подход делит пациентов на клинические (психопатологические) группы, хотя его проблемой является то, что расстройства у пациентов часто представлены не в «чистых» классических формах, то дименсиональный подход делит пациентов в зависимости от симптомов, которые, надо отметить, нередко перекрываются у отдельных больных. В связи с этим исключение категориальных критериев и использование только дименсиональных критериев исключает не только типологическую (синдромальную) характеристику ремиссий и их дифференциацию по степени стабильности, но и дифференцированный подход к различным формам и типам течения шизофрении, в результате чего не учитываются показатели связи ремиссии с предшествующим течением заболевания.

Это тем более важно отметить, что достижение и удержание ремиссии — основная цель антипсихотической терапии. Шизофрения характеризуется значительной гетерогенностью феноменологии и прогноза течения заболевания, требующих дифференцированного подхода к оценке формирования ремиссии и реально достижимого терапевтического результата, что в практической деятельности вызывает определенные разногласия и затруднения. Между тем врач должен ставить перед собой реальные задачи, направленные на достижение ремиссии.

Согласно общепринятым стандартам (Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б., 2007; APA — American Psychiatric Association, 2004), фармакотерапия после купирования симптоматики одного приступа заболевания должна продолжаться в тех же дозах в течение года, а при многоприступном течении — на протяжении не менее 5 лет. В период такой фармакотерапии (т. е. во время ремиссий) возрастает значение сохранения комплайенса. В числе задач, стоящих в этом периоде заболевания, исследователи акцентируют внимание на поиске более эффективных лечебных подходов, включающих современную антипсихотическую фармакотерапию с одновременным применением психосоциальных, реабилитационных, психообразовательных и психотерапевтических мероприятий, позволяющих достичь качественной ремиссии большему числу пациентов (Мосолов С. Г., Потапов А. В., Ушаков Ю. В. [и др.], 2012).

Необходимо также включить для определения состояния ремиссии, помимо клинико-психопатологической, также социальной и личностной диагностических осей, представляется целесообразным использование характеристик личностно-социального восстановления, предлагаемых И. Я. Гуровичем, А. Б. Шмуклером и Я. А. Сторожаковой (2008). При этом если при ремиссии допустимо некоторое «отягощение» психологической и социальной осей, при констатации интермиссии и выздоровления как психо-

логические, так и, особенно, социальные характеристики должны быть не ниже максимальных достижений, имевшихся у пациента до начала заболевания.

Личностно-социальное восстановление, сопровождающееся положительными функциональными изменениями, не является характеристикой какой-либо одной ремиссии, а представляет собой сквозной процесс, несмотря на возможные обострения состояния. Именно оценка его выраженности (этапа) важна не только в рамках ремиссии, но и как самостоятельная характеристика динамики состояния, в том числе для определения психосоциальных реабилитационных мероприятий.

С учетом вышесказанного представляется целесообразным следующее понимание полноты ремиссии:

Полная ремиссия – отсутствие позитивных расстройств, в полном объеме соответствие ремиссионным дименсиональным критериям, невыраженность личностных изменений, достаточно высокий уровень психологической и социальной адаптации. Такой подход предполагает использование предлагаемых И.Я.Гуровичем, А.Б.Шмуклером и Я.А.Сторожаковй (2008) понятий о полных и неполных ремиссиях, которые авторами трактуются иначе, чем аналогичные термины, используемые в МКБ-10, так как включают (помимо выраженности позитивных и негативных расстройств) такие характеристики, как критическое отношение к перенесенному психозу и социально приемлемое поведение пациентов.

Неполная ремиссия – психопатологические расстройства должны быть в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности, становясь «частным делом» больного, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени. В качестве неполной рассматривается также ремиссия, характеризующаяся частичным соответствием ремиссионным дименсиональным критериям, выраженностью личностных изменений, низким уровнем психологической и (или) социальной адаптации. При этом необходимо наличие относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения (отсутствие поступков, категорически недопустимых в данной культуре), в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

Указанные дополнения могли бы способствовать оптимизации представлений о психических расстройствах, а динамика аутохтонных расстройств и личностно-социального восстановления больных показывала бы возможности биологической терапии и психосоциальной реабилитации. Кроме того, это приблизило бы международные классификации болезней к задачам и особенностям оказания психиатрической помощи на современном этапе (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2008).

Наконец, это способствовало бы реализации новых требований к психиатрическим службам, сформулированным в ряде работ по социально-личностному восстановлению психически больных (Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А., 2008). Более того, после публикации большого

числа работ, посвященных выздоровлению, и широкого признания важности проблемы вряд ли было бы правильным не учесть это в новой редакции МКБ.

Как подчеркивают С. Н. Мосолов, А. В. Потапов, Ю. В. Ушаков [и др.] (2012), в настоящее время необходимость в дальнейшей разработке проблемы ремиссионных состояний определяется потребностью:

1) в уточнении конкретных стандартов оказания помощи и ожидаемых результатов длительной терапии шизофрении, что обусловлено современными достижениями фармакотерапии, в частности — появлением нового поколения антипсихотиков, отличающихся более высокой переносимостью и возможностью воздействия на негативную симптоматику и когнитивный дефицит;

2) в разработке стандартизированных методов сравнения различных вариантов терапии (Вовин Р. Я., 1986б; Liberman R. P. [et al.], 2002);

3) в определении критериев долгосрочной терапии врачами, самими пациентами и членами их семей; так, EUFAMI (Европейская федерация ассоциаций семей лиц, страдающих психическими заболеваниями) расценивает ремиссию как важную клиническую категорию, обусловливающую необходимость выработки новой стратегии в психиатрии.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

ШКАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА

1. Отношение к медикации

1.1 Поведение при проведении медикаментозного лечения

Самостоятельный прем 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 обще 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 психологичесий 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

1.4 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

Приложение 2

Анкета шкалы КЖ2Ф

Ваше Качества Жизни

ФИО _____

	День	Месяц	Год
Дата заполнения →			

Оцените, пожалуйста, Вашу жизнь **за последние 2 недели** по каждому критерию**,** обводя кружком выбранную оценку. Просим Вас как можно реже использовать нейтральные ответы «3» или “4”.

Если Вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть Ваша первая реакция на вопрос.

Насколько сильно Вас беспокоит усталость?

F24

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	Средне	относительно сильно	предельно сильно

S81	Как много напряжения требует от Вас самоконтроль?				
	1	2	3	4	5
	совсем не требует	относительно мало	средне	относительно много	предельно много
F123	Как Вы оцените свою способность работать?				
	1	2	3	4	5
	очень низкая	в основном, низкая	Средняя	в основном, высокая	очень высокая
S21	Насколько Вам трудно поддерживать в себе то эмоциональное состояние, которое Вы считаете желательным в конкретной ситуации?				
	1	2	3	4	5
	предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно
S34	Как часто Вы страдаете от недостаточного понимания самого себя, своего внутреннего мира?				
	1	2	3	4	5
	никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	Всегда
S42	Насколько Вы удовлетворены тем, как складываются Ваши отношения и общение с окружающими людьми?				
	1	2	3	4	5
	очень неудовлетворен	в основном, неудовлетв	ни да, ни нет	в основном, удовлетвор	вполне удовлетворен
S74	Как много душевных сил Вам приходится затрачивать, чтобы примиряться с несовершенством окружающей жизни?				
	1	2	3	4	5
	совсем не затрачиваю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много
S92	В какой мере Вы удовлетворены тем, как Ваш образ жизни влияет на Ваше психическое самочувствие и здоровье?				
	1	2	3	4	5
	очень неудовлетворен	в основном, неудовлетв	ни да, ни нет	в основном, удовлетвор	вполне удовлетворен
S83	Как много усилий Вам приходится прилагать, чтобы отвлечься от своих неприятных пере-				

живаний?

1	2	3	4	5
предельно мало	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F124 Насколько Вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном, неудовлетв	ни да, ни нет	в основном, удовлетвор	вполне удовлетворен

S35 Как часто Вы ощущаете, что Ваша жизнь ухудшается из-за недостаточного осознания и понимания себя?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	Всегда

S45 Насколько сильно неудовлетворительное общение с людьми ухудшает Вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

S75 В какой мере несовершенство, уродливость и дисгармоничность окружающей действительности ухудшают качество Вашей жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

S93 В какой степени Ваши действия во вред своему психическому здоровью ухудшают и Вашу жизнь в целом?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	Средне	относительно сильно	предельно сильно

F10 Насколько Вам трудно выполнять повседневные дела?
2

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	Средне	относительно трудно	предельно трудно

S22 Насколько сильно Ваши неадекватные эмоциональные реакции ухудшают Вашу жизнь?

совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F23 Насколько Вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном, неудовлетв	ни да, ни нет	в основном, удовлетвор	вполне удовлетворен

F101 В какой степени Вы способны справляться с повседневными делами?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

Далее блок вопросов несколько иной формы (7-балльные оценки)

Ваша жизнь (в последние две недели)

N01	юморная	1	2	3	4	5	6	7	Занудная
N04	удачная	1	2	3	4	5	6	7	Неудачная
N05	прекрасная	1	2	3	4	5	6	7	Безобразная
N09	уважительная	1	2	3	4	5	6	7	Издевательская
N06	Пустая	1	2	3	4	5	6	7	Полная
N07	красивая	1	2	3	4	5	6	7	Уродливая
N11	деятельная	1	2	3	4	5	6	7	Бездеятельная
N14	Унылая	1	2	3	4	5	6	7	Веселая
N22	Тупая	1	2	3	4	5	6	7	Остроумная
N12	приемлемая	1	2	3	4	5	6	7	Неприемлемая
N15	Правильная	1	2	3	4	5	6	7	Неправильная
N21	славная	1	2	3	4	5	6	7	Позорная
N28	бесцельная	1	2	3	4	5	6	7	Целеустремленная
N32	активная	1	2	3	4	5	6	7	Пассивная
N36	Скучная	1	2	3	4	5	6	7	Захватывающая
N37	Радостная	1	2	3	4	5	6	7	Печальная
N43	бессмысленная	1	2	3	4	5	6	7	Осмысленная
N44	Везучая	1	2	3	4	5	6	7	Невезучая

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ О ЖИЗНИ В ЦЕЛОМ (в последние две недели)

G2 Насколько Вы удовлетворены качеством своей жизни?

1	2	3	4	5
очень неудовлетво-рен	в основном, неудовлетв	ни да, ни нет	в основном, удо-влетвор	вполне удовлетворен

G1 Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном, плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном, хоро-шее	вполне хорошее

G3 В целом, насколько Вы удовлетворены своей жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетво-рен	в основном, неудовлетв	ни да, ни нет	в основном, удо-влетвор	вполне удовлетворен

N02	Плохая	1	2	3	4	5	6	7	Хорошая
N24	Неполноценная	1	2	3	4	5	6	7	Полноценная
N45	Отталкивающая	1	2	3	4	5	6	7	Привлекательная

Расчетные формулы шкалы КЖ2Ф

Во второй колонке таблицы указаны пользовательские имена, в написании имен которых для легкости понимания их смысла используется верхний регистр начальных букв слов. В третьей колонке, где указаны формульные машинные имена, регистр букв не имеет значения и принят строчным.

	Краткие	Формулы и длинные имена	Категория
1	**GKJ**	**=gsox/2+graz/2-5; глобальное КЖ**	**Глобальные**
2	**GSox**	**=(G1/3+G2/3+G3/3-1)*2; глоб. кач. Процесса самосохранения**	
3	**GRaz**	**=(G02n/3+G24n/3+G45n/3-1)*1; глоб.кач. Процесса саморазвития**	
1	**PKJ**	**=(ssox+sraz)/2; тотальное КЖ в целом**	**Тотальный**
2	**SSox**	**=sObe/3+sAfi/3+sInt/3; кач. Процесса самосохранения**	**Мотивацион-ные**
3	**SRaz**	**=sOpr/3+sYtv/3+sRea/3; кач. Процесса саморазвития**	
1	**Ind**	**=sobe/2+sopr/2; кач. Индивидуального сектора**	**Секториаль-ные**
2	**Mik**	**=safi/2+sytv/2; кач. Микросоциального сектора**	
3	**Mak**	**=sint/2+srea/2; кач. Макросоциального сектора**	

1	**SObe**	**=(sobs+rabs+neyt)/3; кач. сферы СамоОбеспечения**	**Сферальные (ядерные)**
2	**SAfi**	**=(obwe+sobl+skon)/3; кач. сферы СамоАфилиации**	
3	**SInt**	**=(garm+obrj+spon)/3; кач. сферы СамоИнтеграции**	
4	**SOpr**	**=(zaxp+osmc+ostu)/3; кач. сферы СамоОпределения**	
5	**SYtv**	**=(yvas+prap+krap)/3; кач. сферы СамоУтверждения**	
6	**SRea**	**=(ydav+deqa+radv)/3; кач. сферы СамоРеализации**	

Для облегчения понимания расчетных формул в следующей вспомогательной таблице приводится группировка вопросов по фасетам и сферам

Сфера	**фасета**	Вопрос	**Формулировка вопроса (ключевые слова подчеркнуты)**
Глобальное качество жизни (GKJ)			
		G2	Насколько Вы удовлетворены качеством своей жизни?
	GSox	G1	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?
		G3	В целом, насколько Вы удовлетворены своей жизнью?
		N02	Плохая- хорошая
	Graz	N24	Неполноценная-полноценная
		N45	Отталкивающая-привлекательная
Медицинское (психотикозависимое) качество жизни (PKJ)			
SObe	Sobs (самообслуживание)	F101	В какой степени Вы способны справляться с повседневными делами?
		F102	Насколько Вам трудно выполнять повседневные дела?
	Rabs (работоспособность)	F123	Как Вы оцените свою способность работать?
		F124	Насколько Вы удовлетворены своей способностью работать?
	Neut (неутомляемость)	F23	Насколько Вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?
		F24	Насколько сильно Вас беспокоит усталость?
SAfi	Obwe (общение)	S45	Насколько сильно неудовлетворительное общение с людьми ухудшает Вашу жизнь?
		S42	Насколько Вы удовлетворены тем, как складываются Ваши отношения и общение с окружающими людьми?
	SKon (самоконтроль)	S81	Как много напряжения требует от Вас самоконтроль?
		S83	Как много усилий Вам приходится прилагать, чтобы отвлечься от своих неприятных переживаний?
	SObl (самообладание)	S21	Насколько Вам трудно поддерживать в себе то эмоциональное состояние, которое Вы считаете желательным в конкретной ситуации?
		S22	Насколько сильно Ваши неадекватные эмоциональные реакции ухудшают Вашу жизнь?

SInt	ObrJ (образ жизни)	S92	В какой мере Вы удовлетворены тем, как Ваш образ жизни влияет на Ваше психическое самочувствие и здоровье?
		S93	В какой степени Ваши действия во вред своему психическому здоровью ухудшают и Вашу жизнь в целом?
	SPon (самопонимание)	S35	Как часто Вы ощущаете, что Ваша жизнь ухудшается из-за недостаточного осознания и понимания себя?
		S34	Как часто Вы страдаете от недостаточного понимания самого себя, своего внутреннего мира?
	GarM (гармония мира)	S75	В какой мере несовершенство, уродливость и дисгармоничность окружающей действительности ухудшают качество Вашей жизни?
		S74	Как много душевных сил Вам приходится затрачивать, чтобы примиряться с несовершенством окружающей жизни?
SOpr	OsmC (осмысленность)	n43	Бессмысленная- осмысленная
		n28	Бесцельная- целеустремленная
	OstU (остроумие)	n01	Юморная- занудная
		n22	Тупая- остроумная
	ZaxP (захваченность)	n36	Скучная- захватывающая
		n06	Пустая- полная
SYtv	YvaS (уважение)	n09	Уважительная - издевательская
		n21	Славная- позорная
	PraP (правильность))	n15	Правильная- неправильная
		n12	Приемлемая- неприемлемая
	KraP (красота)	n05	Прекрасная- безобразная
		n07	Красивая - уродливая
SRea	YdaV (удачливость)	n04	Удачная- неудачная
		n44	Везучая- невезучая
	DeqA (деятельность)	n11	Деятельная - бездеятельная
		n32	Активная- пассивная
	RadV (радость)	n14	Унылая- веселая
		n37	Радостная- печальная

Приложение 3

Опросник субъективной удовлетворенности лечением

1. Я доволен (довольна) результатами проведенного лечения.
2. Мне не помогли лекарства которыми меня лечили.
3. Результаты лечения оказались не такими, как я ожидал (ожидала).
4. У лекарств, которыми меня лечили, были непереносимые побочные эффекты.
5. В результате лечения у меня улучшилось самочувствие.
6. После лечения у меня не улучшилось состояние.
7. После лечения я ощущаю бодрость и активность.
8. Мне было тяжело находиться в клинике, потому что я чувствовал(а) себя оторванным от дома.
9. В будущем в случае необходимости я обращусь за помощью к психиатрам.
10. В ходе лечения я отдохнул(а) от своих повседневных забот.
11. Пребывание в клинике мешало мне уладить проблемы с работой (учебой), отражавшиеся на моем здоровье.
12. Выздоровление зависит, прежде всего, от лечения, а не от воли Бога.
13. После лечения меня не пугают жизненные трудности.
14. Болезнь прошла сама по себе, доктор здесь ни при чем.
15. После лечения я лучше понимаю себя и других людей.
16. Мне хочется продолжить начатый курс лечения после выписки.
17. После выписки мне вряд ли захочется иметь дело с моим лечащим врачом.
18. В ходе лечения я смог(ла) увидеть мои недостатки, осложняющие мне жизнь.
19. Условия пребывания в клиники были в целом удовлетворительными.
20. В результате лечения мне не стало легче общаться с окружающими.
21. Зрелище окружавших меня психически больных в клинике производило удручающее впечатление.
22. Меня надо было лечить именно так, как это делал мой лечащий врач.
23. После лечения я готов(а) лучше решать свои проблемы.
24. В клинике не было чувства одиночества, мне было интересно общаться с другими больными.
25. Мой лечащий врач не мог четко и понятно ответить на мои вопросы.
26. После лечения я не смотрю на свое будущее более оптимистично.
27. Моего врача интересовали только мои симптомы, как человек я ему был неинтересен.
28. После лечения мне пришлось пересматривать свои жизненные планы; они стали более ограниченными.
29. Еда, которой кормили в клинике, мне не нравилась.
30. Лечащий врач помог мне уточнить планы на будущее.
31. Я понимаю целесообразность режимных ограничений в клинике и принимаю их.
32. Я мог(ла) рассказать лечащему врачу события из своей личной жизни, даже если они непосредственно не относились к лечению.
33. Сам факт пребывания в психиатрической клинике не отразится на отношении ко мне окружающих.
34. Пребывание в клинике омрачали вынужденное безделье и скука.
35. Мой лечащий врач не смог понять, что мне нужно.
36. Из-за пребывания в психиатрической больнице у меня будут ограничения в профессии (учебе, получении водительских прав, и т.д.).
37. Медицинский персонал в клинике был достаточно внимательным и чутким.
38. С лечащим врачом у меня не было хорошего эмоционального контакта.
39. Мой лечащий врач был достаточно знающим и компетентным.
40. Мой лечащий врач не уделял мне достаточно внимания и времени.

Приложение 4

GAF (Global Assessment of Functioning Scale)
Коды 100-91 — симптомы отсутствуют; превосходное функционирование в широком диапазоне сфер; жизненные проблемы не выходят из-под контроля; другие люди ищут общения с индивидом из-за его душевной теплоты и цельности натуры.
Коды: 90 – 81 – отсутствие каких-либо симптомов или минимальная их выраженность (например, лёгкая тревога перед экзаменом); успехи во всех областях; заинтересованность и вовлечённость в широкий круг деятельности, социально полноценная жизнь, отсутствие каких либо огорчений, кроме обычных житейских (например, редкие ссоры с членами семьи).
Коды: 80 – 71 – имеющиеся симптомы кратковременны и являются реакцией на какой-либо психосоциальный стресс (например, после семейной ссоры трудно сосредоточить на чём-то своё внимание); незначительное ухудшение в профессиональной и социальной деятельности;
Коды: 70 – 61 – симптомы относятся к лёгким нарушениям (например, депрессивное настроение или лёгкая бессонница), которые вызывают некоторые трудности в социальной, профессиональной деятельности или школе (например, случайные прогулы или кража в доме), но в целом деятельность успешна, межличностные отношения сохранены.
Коды: 60 – 51 – имеются умеренные психические нарушения (например, уплощение аффекта, обстоятельная речь или случайные приступы паники) или умеренные трудности в социальной, профессиональной деятельности или школьном обучении (например, мало друзей, конфликты с сотрудниками).
Коды: 50 – 41 – имеются выраженные психические симптомы (например, суицидальные мысли, выраженные ритуалы, связанные с навязчивостью); частые кражи в магазине или любые серьёзные нарушения в социальной и профессиональной деятельности или в школьной жизни (например, отсутствие друзей, неспособность удерживаться на работе).
Коды: 40 – 31 – наблюдаются нарушения оценки действительности и межличностных отношений (например, речь временами бывает нелогичной, непонятной или не по существу) или же нарушения в нескольких областях (таких как работа, школа, семейные отношения), связанные с расстройствами суждения, мышления или настроения (например, депрессивный больной избегает друзей, не заботится о семье и не может работать; ребёнок часто бьёт младших детей, не слушается родителей, не успевает в школе).
Коды: 20 – 11 – состояние, представляющее опасность для самого себя или окружающих (например, суицидальные попытки без отчётливого желания умереть), маниакальное возбуждение или драчливость, случаи грубого несоблюдения личной гигиены (например, мажется своими испражнениями) или выраженные нарушения общения (например, совершенно непонятная речь или полное молчание больного).
Коды: 10 –1 – состояние, представляющее серьезную опасность для себя или окружающих (например, серьёзные суицидальные действия с отчётливым желанием умереть или постоянные драки, избиение близких); абсолютная неспособность соблюдать элементарные правила личной гигиены.

Приложение 5

ШКАЛА ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СФЕРАХ

0 – недостаточности функционирования в данной сфере нет

1 – легкая недостаточность функционирования в данной сфере

2 – умеренно выраженная недостаточность функционирования в данной сфере

3 – значительно выраженная недостаточность функционирования в данной сфере

4 - полная (глобальная) несостоятельность функционирования в данной сфере

№	Социальная сфера	Оценка	Описание
1.	Профессиональная	0	Работает или учится, полностью выполняя профессиональные или учебные обязанности. Возможны вечерние или заочные формы обучения при устойчивой трудовой деятельности.
		1	Работает или учится, но обнаруживает снижение работоспособности: а) преходящее снижение трудоспособности, приводящее к необходимости временного ограничения трудовой активности вплоть до временной нетрудоспособности, или б) снижение продуктивности при напряжённых условиях труда (высокий темп, ограниченное время, удлинение рабочего дня, конфликтные ситуации и т. п.). Возможна частая смена мест работы при достаточно высокой эффективности деятельности.
		2	Работает или учится, но: а) обнаруживает стойко сниженную продуктивность, не соответствующую формальной квалификации или б) требует облегчённого щадящего режима (по индивидуальному графику, надомником и т. п.). Возможны: а) вечерние и заочные формы обучения без адекватной трудовой нагрузки, б) частая смена мест работы при низкой эффективности деятельности.
		3	Работает или учится в адаптированных учреждениях (ЛТМ, спец. ПТУ и т. п.).
		4	Не работает и не учится.
2.	Межличностные отношения (внесемейные)	0	Отношения характеризуются достаточной содержательностью и продуктивностью контактов. Имеются глубокие дружеские связи, контакт со сверстниками нормальный.
		1	Контакты преимущественно формальные. Количественное или качественное ограничение связей: а) есть 1 – 2 друга, с которыми поддерживается неформальный контакт или б) нет друзей и доверительных отношений, а только компания, круг знакомств, количественно достаточно (а порой и избыточно) широкий, в котором контакты, хоть и не хаотичны, но формальны и поверхностны.
		2	Контакты в основном формальные и поверхностные, с элементами хаотичности. Круг знакомств узок.
		3	Круг знакомств характеризуется преимущественно асоциальными контактами.

		4	Избегание всех видов контактов. Отсутствие контактов, уклонение от всех видов общения, самоизоляция.
3.	Супружеские отношения (исключая сексуальные)	0	Устойчивые супружеские отношения, продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижение семейных целей).
		1	Устойчивые супружеские отношения, но при ограниченном, «краевом» участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение семейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций).
		2	Неустойчивые супружеские отношения (наличие серьезных размолвок) при краевом участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение семейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций).
		3	Находится в супружеских отношениях (вплоть до близких к разрыву), но при деструктивном участии в жизни семьи (противодействие семейным целям; поведение, приводящее семью на грань распада).
		4	Отсутствие семьи в зрелом возрасте. Включена ситуация развода и отсутствия новой семьи (в том числе фактической).
4.	Воспитание детей (при их наличии)	0	Выполняет основную работу по воспитанию детей или существенно помогает супругу, активно участвуя в нём.
		1	Проявляет определенную заботу о детях, оказывает материальную помощь в их воспитании.
		2	Ограничивается формальной заботой о детях (включая материальную помощь).
		3	Ограничивается материальной помощью при фактическом отсутствии общения с детьми.
		4	В судьбе детей не участвует и не оказывает материальной помощи.
5.	Родительская семья (при ее наличии)	0	Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при неформальном отношении к выполнению своих сыновних/дочерних обязанностей (забота, внимание, эмоциональный контакт, материальная поддержка, помощь в быту и т. п.).
		1	Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при формальном отношении к выполнению обязанностей.
		2	Ограниченное, «краевое» участие в жизни семьи при формальном выполнении обязанностей.
		3	Деструктивное участие в жизни семьи.
		4	Полное неучастие, самоустранение от жизни семьи.
	Организация быта повсе-	0	Самостоятельное эффективное ведение хозяйства, эффективное распоряжение финансами. В семье – лидерство или активное партнёрство в организации дома, при жизни в одиночестве – экономическая независимость и успешное самообеспечение.
		1	Постоянные сложные бытовые функции в семье при отсутствии инициативы. Живя в одиночестве, хозяйствует с трудом, что приводит к общему снижение бытового комфорта.

6.	дневной жизни	2	В семье выполняет лишь конкретные бытовые поручения (сходить в магазин, помочь в уборке и т. п.). Не соразмеряет семейные расходы с удовлетворением собственных потребностей, нерационально расходует деньги. Живя в одиночестве, выполняет хозяйственные задачи лишь отчасти и зачастую плохо, не умеет правильно планировать и укладываться в бюджет.
		3	В семье формально выполняет мелкие поручения при фактическом существовании в быту за счет других членов семьи (не участвуя и даже не стараясь участвовать в её материальном обеспечении). Живя в одиночестве, в организации быта небрежен, хаотичен, непоследователен, постоянно «неустроен», экономически несостоятелен.
		4	Способен только к элементарному самообслуживанию или полностью обслуживается другими членами семьи. Жить один не может.
7.	Сексуальные отношения у лиц старше 18 лет (в том числе и в семье)	0	Постоянные сексуальные контакты при отсутствии проблем во взаимопонимании.
		1	Непостоянные и/или случайные сексуальные контакты при отсутствии проблем в отношениях с партнерами.
		2	Наличие одной постоянной связи при затруднении контактов с другими возможными партнёрами. Отсутствие сексуальных контактов по объективным причинам (возраст, физические дефекты, условия жизни) при наличии полового влечения и отсутствии затруднения в общении с лицами другого пола.
		3	Непостоянные и/или случайные связи при затруднении общения с возможными партнерами.
		4	Отсутствие связей, «сексуальный тупик».

Приложение 6

РАБОЧИЙ БЛАНК PSP

Оцените, пожалуйста, больного в соответствии с уровнем нарушения функционирования, наблюдавшимся у него/нее

за последние 7 дней.

В этой шкале оцениваются нарушения в 4 –х основных областях функционирования:

		Отсутствует	Слабое	Заметное	Значительное	Сильное	Очень сильное
a)	социально полезная деятельность; включая работу и учебу	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
b)	отношения с близкими и прочие социальные отношения	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
c)	Самообслуживание	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
d)	беспокоящее и агрессивное поведение	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Шкалой предусмотрено 2 набора **операциональных критериев** для оценки степени затруднений: один - для областей **a-c**, и отдельный – дляобласти **d.**

Степени выраженности для областей a-c		**Степени выраженности для области d**	
1 балл	Отсутствует	1 балл	Отсутствует
2 балла	Слабо выражено: об этом известно только очень близким людям	2 балла	Слабо выражено: держится грубовато, замкнуто или постоянно жалуется
3 балла	Заметно выражено: затруднения очевидны любому человеку из окружения больного, но не оказывают существенного негативного влияния на способность больного выполнять свои функции в этой области, учитывая социо-культурный статус больного, его возраст, пол и уровень образования	3 балла	Заметно выражено: например, говорит слишком громко или разговаривает с другими слишком фамильярно или принимает пищу социально неприемлемым образом
4 балла	Значительно выражено: затруднения сильно препятствуют выполнению функций в данной области; тем не менее, больной все еще способен функционировать без профессиональной или социальной помощи, хотя бы даже не всегда адекватно и/или эпизодически; при посторонней помощи он/она способен достичь предыдущего уровня функционирования	4 балла	Значительно выражено: публично оскорбляет других, ломает или портит вещи, поведение часто социально неприемлемо, но не опасно (например, публично оголяется или мочится)
5 баллов	Сильно выражено: имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование в этой области без профессиональной помощи, или ведут к деструктивному поведению, но тем не менее, опасность для жизни отсутствует	5 баллов	Сильно выражено: частые вербальные угрозы или частое физическое насилие, без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб.
6 баллов	Очень сильно выражено: нарушения и затруднения настолько выражены, что жизнь больного находится в опасности	6 баллов	Очень сильно выражено: определяется как частые агрессивные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб., или как поступки, которые с большой вероятностью могут привести к серьезному физическому ущербу.

ИНСТРУКЦИЙ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP

100-91	Полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны
90-81	Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди
80-71	Небольшие затруднения в одной или более областях **a-c**
70-61	Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях **a-c** или небольшие проблемы в области **d**
60-51	Значительные затруднения в одной из областей **a-c** или заметные проблемы в области **d**
50-41	Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях **a-c**, или сильно выраженные затруднения в одной из областей **a-c**, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области **d**
40-31	Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей **a-c**, или значительные проблемы в области **d**
30-21	Сильно выраженные затруднения в двух областях **a-c** или сильно выраженные проблемы в области **d,** сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях **a-c**
20-11	Сильно выраженные нарушения во всех областях **a-d** или очень сильно выраженные проблемы в области **d,** сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях **a-c**. Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20-16 баллов; если нет, то – в интервал 15-11 баллов.
10-1	Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6-10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5-1).

Инструкция по выставлению заключительного балла PSP

71-100	Баллы этого диапазона соответствуют только слабо выраженным затруднениям
31-70	Баллы этого диапазона соответствуют разным степеням ограниченного функционирования
1-30	Баллы этого диапазона соответствуют крайне выраженному ухудшению функционирования, при котором больно нуждается в активной поддержке или в надзоре

При выборе окончательного балла в пределах 10-ти балльного интервала (например, в интервале от 31 до 40), следует учесть уровень нарушения в других областях; таких как:

- забота о физическом и психологическом состоянии
- способность поддерживать место проживания (дом, квартиру, комнату) в хорошем состоянии
- участие в ведении хозяйства, участие в семейной жизни или в жизни стационара
- интимные и сексуальные отношения
- забота о детях
- социальные связи, отношения с друзьями и лицами, оказывающими помощь больному
- соблюдение правил социума
- круг интересов
- распоряжение финансами
- пользование транспортом, телефоном
- способность справляться с кризисными ситуациями

Суицидальное поведение и риск суицида в этой шкале не учитываются

Балл [ ][ ][ ]

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1.При каких нозологиях встречается «аттеннуированный (ослабленный) психотический синдром»:
A) шизотипические расстройства
B) БАР
C) шизофрения параноидная
D) продромальный этап шизофрении
E) ОКР

2. К затяжным эндоморфным шизотипическим состояниям
A) тревожно-ипохондрические и паранояльно-ипохондрические
B) истеро-параноидные и паранояльно-ипохондрические
C) тревожно-ипохондрические и истеро-параноидные
D) шизофренические реакции

3.Особенностями шизофренических реакций является:
A) краткость и парадоксальность
B) ответ на стрессорное воздействие
C) вычурный характер бреда
D) систематизация бреда

4.Клиническими признаками истеро-параноидных шизофренических реакций являются
A) параличи, парезы, гиперкинезы, контрактуры, астазия-абазия
B) анестезия, гипестезия, гиперестезия
C) вегетативных истерических симптомов
D) феномены истерически помраченного сознания (припадки, амнезии, фуги)
E) синдром Кандинского-Клерамбо
F) острый параноид

5.Аффективная триада включает:
A) астенические расстройства
B) эмоциональная лабильность
C) депрессивные эпизоды.
D) идеи отношения

6.Категориальный подход к определению ремиссий включает в себя:
A) резидуальная позитивная симптоматика,
B) резидуальная негативная симптоматика

C) личностная симптоматика

D) характеристики социального и личностного функционирования

E) длительность ремиссии

7.Выберите верное утверждение:

A) симптоматические ремиссии – неполные ремиссии, с участием позитивной симптоматики

B) синдромальные ремиссии – полные ремиссии, с дефицитарной негативной симптоматикой и личностными нарушениями

C) симптоматические ремиссии - полные ремиссии, с участием позитивной симптоматики и личностными нарушениями

D) синдромальные ремиссии - неполные ремиссии, с дефицитарной негативной симптоматикой и личностными нарушениями

8. Выберите верное утверждение:

A) типы синдромальных ремиссий: стенический, апатический, аутистический, психастеноподобный

B) типы симптоматических ремиссий: тимопатический, обсессивный, ипохондрический, стенический

C) типы симптоматических ремиссий: тимопатический, обсессивный, ипохондрический, психастенический

D) типы синдромальных ремиссий: стенический, параноидный, апатический, аутистический, психастеноподобный

9.Что является дименсиональными характеристиками ремиссии

A) 1—3-й уровень по шкале PANSS на протяжении 6 месяцев

B) суммарное снижение баллов по шкале PANSS более 20% от выраженности исходной симптоматики.

C) 1—2-й уровень по шкале PANSS

D) Длительность ремиссии более 1 месяца

10. Выберите симптоматические типы ремиссий при аффективной патологии

A) апатический

B) астенический

C) тревожный

D) гипотимный

11. Какой тип ремиссии является наиболее благоприятным при аффективной патологии

A) симптоматические

В) синдромальные
С) астенический

12. Приспособительное поведение является выражением:
А) компенсаторно-приспособительных образований
Б) личностных реакций
В) системы ценностных ориентаций

13. Какие из шкал наиболее предпочтительны для оценки социального и личностного функционирования больного в остром состоянии:
A) GAF
B) PSP
C) NOSIE-30

БИБЛИОГРАФИЯ

Аведисова А. С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2004а. — Т.6., № 4. — С. 156—158.

Аведисова А. С. Новые проблемы психофармакотерапии. — М. : ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005. — 170 с.

Вовин Р. Я., Голенков А. В., Фактурович А. Я., Шепилин М. Ю. Клиника и типология дефицитарных нарушений при шизофрении. Постановка проблемы // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение). — СПб., 1991. — С. 6—29.

Гурович И. Я., Кирьянова Е. М. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Вып. 3. — С. 5—8.

Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А. Выздоровление при шизофрении. Концепция recovery // Социальная и клиническаяпсихиатрия. — 2008. — Т. 18, № 2. — С. 7—14.

Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении : предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18, вып. 4. — С. 34—39.

Гурович И. Я., Шашкова Н. Г., Висневская Л. Я. [и др.]. Recoveri (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблем и перспектив модели потребителей психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т. 23, № 2. — С. 89—95.

Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая псииатрия. – 2015.- Т.25. - № 2. – С. 9-18.

Зеневич Г. В. Ремиссии при шизофрении. — Л. : Медицина, 1964. — 216 с.

Иванов М. В., Незнанов Н. Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах : диагностика, клиника, терапия. — СПб : Изд-во СПб НИПНИ им В. М. Бехтерева, 2008. — 288 с.

Ильина Н. А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии) : автореф. дис. … д-ра мед. наук. — М., 2006. — 31 с.

Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О., Шейнина Н. С., Зайцев В. В., Аристова Т. А., Бурковский Г. В., Бутома Б. Г., Чумаченко А. А. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб. : Гиппократ+, 2004. — 336 с.

Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бурковский Г. В., Аристова Т. А., Бутома Б. Г. Функциональный диагноз в психиатрии. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 231 с.

Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства /под ред. А.П.Коцюбинского. – СПб: СпецЛит, 2015. – 495 с.

Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н. [и др.]. Психиатрическая помощь больным шизофренией : клиническое руководство. — М., 2007. — 260 с .

Кузьмин А. М. Клинико-терапевтическое исследование негативного симптомокомплекса у больных аффективными расстройствами в процессе стационарной терапии : автореф. дис. … канд. мед. наук. — СПб, 2003 — 20 с.

Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплайенс в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008.- №1. - С.8-13.

Лутова Н. Б. Удовлетворенность лечением: пациент и врач — поиски консенсуса // Обозр. психиатр. и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. — 2011. — № 1. — С. 65—66.

Мазаева Н. А. Ранние превентивные вмешательства при эндогенных болезнях: реальность и перспективы // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2010. — Том 12, вып. 5. — С. 20—25.

Мартынихин И. А. Клинический подход и доказательная медицина. Часть 1. Столкновение парадигм // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — Т. 14, № 6. — С. 32—35.

Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М. : Медицина, 1963. — 198 с.

Морозова М. А., Бениашвили А. Г. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2008. — Т. 10. — № 2. — С. 4—12.

Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А. [и др.] Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т.21. - № 3. – С. 36-42.

Мосолов С. Н., Потапов А. В., Ушаков Ю. В. [и др.]. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — Т. 14, № 2. — С. 9—19.

Мосолов С. Н. Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. — М. : Социально-политическая мысль, 2012. — С. 11—60.

Мосолов С. Н. Актуальные вопросы диагностики, классификации, нейропатологии, патогенеза и терапии шизофрении // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. — М. : Социально-политическая мысль, 2012а. — С. 61—101.

Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в психиатрической практике// Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004 (приложение № 3). - С. 7-11.

Петрова Н.Н., Вишневская О.А. К вопросу об особенностях ремиссии параноидной шиофрении, протекающей с депрессией // Обозрение псих. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 2014. – № 2. – С. 70-76.

Потапов А. В., Дедюрина Ю. М., Ушаков Ю. В. [и др.]. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследований // Соц. и клинич. психиатрия. — 2010. — Т. 20, вып. 3. — С.5—12.

Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2007 — Вып. 5. — С. 4—15.

Смулевич А. Б. Расстройства личности и шизофрения // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2011а. — Т. 1. — С. 8—15.

Смулевич А..Б., Андрющенко А.В., Д. В. Романов Д.В., Захарова Н.В. Ремиссии при аффективных заболеваниях: эпидемиология, психопатология, клинический и социальный прогноз, вторичная профилактика. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова . – 2014. - № 3. – С. 4-13

Снежневский А. В. Nosos et pathos schizophreniae // Шизофрения : мульти-дисциплинарное исследование. — М. : Медицина, 1972. — С.5—15.

Шмуклер А. Б. Структурно функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции // Соц. и клинич. психиатрия. — 2010. — Т. 20, вып. 3. — С. 86—95.

Циркин С. Ю.Аналитическая психопатология. — М. : Бином, 2012. — 288 **с.**

Александр Петрович Коцюбинский

Камила Аскаровна Лукманова

Наталья Борисовна Лутова

ПРОДРОМАЛЬНЫЕ И РЕМИССИОННЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ АУТОХТОННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Учебное пособие

Редакционно-издательский отдел ФГБУ НИПНИ им. В.М.Бехтерева
192019, г. Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д,3
тел . 000
факс …
E-mail …

Подписано в печать ……. г.
Формат …… Бумага офсетная
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ.лист …
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в …..
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева,д. 3