

## ДИНАМИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. СООБЩЕНИЕ 2

А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина

*ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева»*

В западной литературе ремиссия определяется как «низкоумеренный уровень интенсивности симптома, когда такие отсутствующие, пограничные или мягкие (mild) симптомы не влияют на поведение индивида» [16, 24, 37]. «Рабочая группа по ремиссии при шизофрении» (The Remission in Schizophrenia Working Group) определяет ремиссию как состояние, в котором больной переживает улучшение в отношении ядерных центральных знаков и симптомов до такой степени, при которой интенсивность оставшихся симптомов настолько мала, что они больше не «взаимодействуют значимо с поведением, и ниже степени, используемой для верификации диагноза шизофрении» [16].

Процесс разработки критериев ремиссии при больших психических расстройствах, включая расстройства настроения и тревогу, интенсивно развивается в последние десятилетия [24, 32]. Подчеркивается, что при ремиссии речь идет именно о симптоматическом, а не о функциональном улучшении, более близком к понятию «recovery» (выздоровление). В связи с этим сейчас под ремиссией подразумевают только ослабление ядерных психопатологических симптомов [41]. При этом авторы рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении [16] используют именно показатель выраженности расстройств, а не динамику относительного улучшения по сравнению с исходным уровнем (т.е. противопоставляют частное понятие «ремиссия» общему понятию «терапевтическая реакция/ответ» (response): необходимая для ремиссии выраженность симптоматики определяется как низкая (недостаточная) лишь тогда, когда она не влияет на поведение пациента. Допустимы также малые изменения в тех симптомах, которые не сказываются заметно на повседневном функционировании или объективном благосостоянии.

При разработке симптоматических критериев ремиссии при шизофрении западные исследователи базировались на факторном анализе ее структуры [13, 14, 16–18, 20, 26, 35, 38], результат которого привел к установлению 3 измерений (dimension):

1) негативная симптоматика (бедность речи и мимики, уменьшение спонтанности моторики, невыразительность жестикуляции, эмоциональная отгороженность и отсутствие модулированности голоса);

2) дезорганизация (неадекватность аффекта, бедность содержания речи, соскальзывания, речевой напор, отвлекаемость внимания);

3) «психотизм» или «искажение реальности» (галлюцинации и бред).

Для количественной оценки этих показателей рекомендуется использовать ряд шкал:

1) SAPS – шкала оценки позитивных симптомов (34 пункта) и SANS – шкала оценки негативных симптомов (25 пунктов) [12] используются вместе, диапазон оценок по пунктам 0 (no)–5 (severe). 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 [31], оценки 1 (absent)–7 (extreme). По шкале PANSS выраженность симптоматики не должна превышать 3 баллов по каждому из следующих пунктов: 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 (N1).

3) BPRS [44], оценки 0/1 (non present)–6/7 (most severe). В этой методике для диагностики ремиссии учитываются 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).

Эти критерии ремиссии согласованы с 3 измерениями факторного анализа и 5 критериями шизофрении DSM-IV. Авторы предлагают рассматривать

в качестве симптоматического критерия ремиссий суммарное снижение учитываемых шкальных оценок по шкале PANSS более чем на 20% и выраженность психопатологической симптоматики по этим шкалам не выше 3 баллов.

Ключевым моментом, по мнению авторов, разработавших базовые характеристики ремиссий, является временной критерий, то есть длительность улучшения. Из обзора работ становится понятным существующий разброс мнений: предлагалось считать достаточным период от 1 месяца до двух лет. По мнению рабочей группы, 6-месячный период стабильности является минимальным, чтобы диагностировать ремиссионное состояние.

В значительном числе работ [21, 22, 36, 39, 41–43, 45] подтверждается валидность предлагаемых критериев, в том числе указывается на возможность их использования в натуралистических условиях. Валидизация международных критериев ремиссии происходила в рамках популяционных [27] и фармакотерапевтических исследований [32].

Таким образом, существующие международные критерии являются примером дименсионального подхода (в противоположность категориальному подходу Э.Крепелина), они основаны на оценке выраженности ряда показателей различных шкал. Шагом вперед стали стандарты «Ремиссии при шизофрении», разработанные двумя рабочими группами – американской в 2003 году и европейской в 2005 году [11, 16].

Предлагаемая оценка ремиссий базируется на критериях уменьшения выраженности 5 позитивных и негативных симптомов (по PANSS) при относительной стабильности ассоциированных симптомокомплексов и минимальном влиянии остаточных болезненных проявлений на социальную адаптацию [11, 16, 23, 33]. Для верификации ремиссии у пациента все эти симптомы должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выражены (1–3-й уровень по шкале PANSS) на протяжении 6 месяцев [16].

Преимуществами такого подхода являются: стандартизация и единообразие получаемых данных с возможностью их использования для мета-анализа, ориентированность оценок на стабильность и долгосрочный исход, наличие порогового интервала длительности ремиссии (более 6 мес.).

Вместе с тем, к недостаткам международных критериев ремиссии следует отнести то обстоятельство, что они нацелены на достижение врачом определенных количественных показателей, характеризующих состояние больного, в то время как цель практического врача не ограничивается 20% редукцией симптомов; она состоит в достижении максимальной редукции симптомов [25, 48] и восстановлении функционирования больного [48].

Кроме того, в этой классификации отсутствуют параметры социального функционирования: пока, по заявлениям авторов международной классифика-

ции, не представляется возможным включить психосоциальную дисфункцию в понятие ремиссии и выздоровления/восстановления при шизофрении [16].

Когнитивные нарушения могли бы быть включены в понятие ремиссии, однако это положение поддерживается далеко не всеми исследователями. 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.

Кроме того, существенное значение имеет аффективная симптоматика (депрессия и нажитая циклотимия), которая представляется обязательной для включения в разработку стандартизированных критериев. 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 [7]. В многочисленных описаниях ремиссионных состояний у больных шизофренией, сделанных отечественными авторами [4–6, 10], 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 [3].

Важно также и то, что, как подчеркивает А.Б.Смулевич и соавт. [10], при этом подходе отсутствует типологическая (синдромальная) характеристика ремиссий, а также их дифференциация по степени стабильности; отсутствует дифференцированный подход к различным формам и типам течения шизофрении, в результате чего не учитываются показатели связи ремиссии с предшествующим течением заболевания. Наконец, предложенные международные стандарты охватывают лишь наиболее благоприятный круг ремиссий, оставляя в стороне состояния стабилизации процесса с более выраженными нарушениями.

Не случайно международное определение ремиссии вызывает возражение со стороны отечественных ученых. Как считает А.С.Аведисова [1], существующие сегодня операциональные критерии ремиссии волонтаристичны. Кроме того, как отмечается в работах А.В.Потапова [8], А.В.Потапова и соавт. [9], с одной стороны, в некоторых случаях предложенный порог в 3 и менее баллов по шкале PANSS оказывается недостижимым, несмотря на длительную стабильность. 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.

В целом А.В.Потапов, анализируя различные клинические типы ремиссий, выявил наиболее значимые области для дальнейшей разработки квантифицированных критериев ремиссии. Во-первых, это позитивная симптоматика, которая у многих стабильных пациентов не достигает предложенного симптоматического уровня по PANSS. Во-вторых, это негативная симптоматика (астенический синдром, апато-абулические проявления, уплощение эмоциональных проявлений, малая доступность, аутистичность). В-третьих, это нарушения мышления и речи.

Наконец, исследование А.В.Потапова [8] позволило выявить ряд симптомов, которые не были учтены международными критериями ремиссии. Это волевые нарушения в виде нерешительности, амбивалентности при расстройствах типа «зависимой личности», нарушения контроля импульсивности и внутренних побуждений при псевдопсихопатической ремиссии, малоCONTACTность и эмоциональная отгороженность при аутистической ремиссии, а также дизбулические нарушения при псевдопсихопатической ремиссии и изменениях типа «фершробен». Следует указать также на необходимость учета когнитивных и аффективных характеристик, имеющих у больных в период ремиссии.

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 [36], 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 эндогенного заболевания.

С точки зрения А.Б.Смулевича и соавт. [10], наряду с критериями, предложенными исследовательскими группами «ремиссии при шизофрении», облигатным элементом оценки состояний стабилизации процесса является клиническая (типологическая) характеристика ремиссии. Комплексный подход предполагает также анализ ремиссии в аспекте общих закономерностей течения шизофрении (длительность заболевания, тип течения, количество перенесенных приступов и др.).

Совокупность полученных данных способствует уточнению клинического и социального прогноза, позволяет выделить группу риска – нестабильные состояния, несущие информацию о возможности рецидива психоза – в отношении которой становится

особенно актуальной задача сохранения и углубления ремиссии, предотвращения эксацербации процесса. В связи с этим правомерной представляется постановка вопроса о пересмотре критериев ремиссии в сторону их расширения. В противном случае значительная группа состояний с признаками стабилизации процесса не получает адекватной клинической и социальной квалификации и приравнивается к манифестным проявлениям, свойственным прогрессивно текущей шизофрении.

Так, И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, Я.А.Сторожакова [3] предлагают в качестве операционально-диагностических критериев ремиссии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра использовать следующие положения.

Полная ремиссия предполагает отсутствие позитивных расстройств, обычно с восстановлением критического отношения к перенесенному психозу и невыраженностью личностных изменений.

При неполной ремиссии, вне зависимости от выраженности симптомов, необходимо наличие относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения (отсутствие поступков, категорически недопустимых в данной культуре), в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

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 окраску (бытовые комментарии), 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, паралогичным построениям и соскальзываниям. 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.

Указанные критерии, естественно, могут быть расширены или уточнены.

Кроме того, как отмечают И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер и Я.А.Сторожакова [3], на современном этапе понимания патогенеза шизофрении и расстройств шизофренического спектра в рамках биопсихосоциальной модели, оценка достигнутого улучшения в обязательном порядке должна включать и социальные характеристики. При этом необходимо учитывать результаты исследований А.Б.Смулевича и соавт. [10], которые отметили, что между синдромальным характером ремиссии и уровнем адаптации имеются нежесткие соотношения; это свидетельствует о невозможности оценки качества ремиссии только по социальному критерию.

В то же время сам по себе параметр социального функционирования является одним из важных показателей психического состояния. Не случайно опубликовано большое число исследований о необходимости широкого круга мероприятий психосоциальной реабилитации, направленных на повышение уровня социального функционирования паци-

ентов, что имеет противорецидивный эффект и препятствует частым госпитализациям [19, 28, 29, 45].

Таким образом, оценка достигнутого улучшения в обязательном порядке должна включать и социальные характеристики. 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).

К недостаткам предложенной западными исследователями систематики ремиссий можно отнести и подмену некоторых клинических критериев социальными (синдромальная ремиссия, сопровождающаяся хорошей социальной адаптацией, оценивается как выздоровление). Наиболее распространенная позиция исследователей состоит в том, что ремиссия и выздоровление/восстановление (recovery) – не одно и то же [40], и что последнее, помимо симптоматических критериев, должно включать также критерии, основанные на повышении уровня персонального и социального функционирования. Высказывается точка зрения, согласно которой операциональные критерии выздоровления, появление которых в будущем возможно, должны включать качество жизни и психосоциальное функционирование [40]. При этом диагностика выздоровления/восстановления требует возврата уровня функционирования к показателям, близким к норме [16].

По сути дела речь идет о том, что симптоматический критерий, предложенный для диагностики ремиссии, должен быть дополнен критериями функционального улучшения [34, 46, 47, 49]. В связи с этим оценка выздоровления или, скорее, восстановления (recovery) должна включать, помимо оценок симптомов, также и критерии функционирования; в качестве последних предлагаются, например, так называемые критерии выздоровления UCLA recovery criteria, объединяющие оценки ремиссии и функционирования [30].

Понятие, относимое к функционированию при выздоровлении/восстановлении, оценивается при помощи многомерных шкал, например, MSIF (Multidimensional Scale of Independent Functioning), PSP (Personal and Social Performance); критерии разработаны и валидизированы J.Kane [30].

Интермиссия (лат. intermissio – задержка, прекращение, промежуток) – состояние между двумя психотическими приступами, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности. С этой точки зрения понятие интермиссии близко представлению о выздоровлении, однако, в отличие от него, предполагает временный характер достигнутого улучшения психического состояния и возможность в будущем его рецидива. По умолчанию исследователи считают, что, помимо клинического улучшения психического состояния, в периоде ин-

термиссии восстанавливаются и функциональные возможности пациентов.

В связи с этим И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер и Я.А.Сторожакова [3] предлагают в число диагностических категорий ремиссий включить характеристики личностно-социального восстановления (recovery), то есть использовать помимо клинико-психопатологической, также социальную и личностную диагностические оси.

Это способствовало бы реализации новых требований к психиатрическим службам, сформулированным в ряде работ по социально-личностному восстановлению больных шизофренией [2]. 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.

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

Указанные дополнения к МКБ могли бы способствовать оптимизации представлений о психических расстройствах, а динамика этих состояний и личностно-социального восстановления больных показывала бы возможности биологической терапии и психосоциальной реабилитации. Кроме того, это приблизило бы МКБ к задачам и особенностям оказания психиатрической помощи на современном этапе [3].

Таким образом, обзор критериев динамики психического состояния показывает следующее. В диагностике как ухудшения, так и улучшения психического состояния практически у всех авторов присутствуют выводы о необходимости использования многомерного подхода. Предлагается включить, помимо психопатологического или нескольких психопатологических параметров, психологические и социальные характеристики. Мы попытались все эти подходы,

которые пока довольно разрознены и плохо систематизированы, свести воедино, и предлагаем концепцию функционального диагноза, пригодного для задач исследования и практики здравоохранения.

В свете сказанного нам представляется, что характеристики динамики психического состояния могут включать в себя как параметры ухудшения (эндоформная реакция, прерацидив и рецидив или экзацербация), так и улучшения (ремиссия и выздоровление). При этом ремиссия рассматривается с точки зрения ее основных характеристик: а) категориальной (клинический тип ремиссии, учитывающий продуктивные, негативные, когнитивные и аффективные компоненты, а также реституционные механизмы, предопределяющие оценку степени осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям) и б) дименсиональной (соответствие международным стандартам, т.е. симптоматическому и временному критериям определения ремиссии).

Дименсиональная характеристика, в свою очередь, позволяет считать ремиссии «полными» (состояния улучшения, которые соответствуют как критерию степени выраженности симптоматического улучшения состояния, так и стабильности этого улучшения) или «неполными» (состояния улучшения, в том числе и на этапе формирования ремиссии, одновременно не соответствующие степени выраженности симптоматического улучшения и/или временного критерия стабильности достигнутого результата лечения).

Интермиссию можно диагностировать только при полном отсутствии каких-либо проявлений болезни на протяжении, превышающем 6 месяцев, а выздоровление – при полном клиническом и социальном благополучии в течение не менее 5 лет.

При этом необходимо подчеркнуть, что психологические и социальные аспекты, характеризующие состояние пациента, должны рассматриваться как самостоятельно существующие оси целостной оценки. При этом если при ремиссии допустимо некоторое «отягощение» этих осей, при констатации интермиссии и выздоровления как психологические, так и, особенно, социальные характеристики должны быть не ниже максимальных достижений, имевшихся у пациента ранее.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1.Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П.Б.Ганнушкина. 2004. Т. 6, № 4. С. 156–158.
- 2.Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
- 3.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, № 4. С. 34–39.
- 4.Жариков Н.А. Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболевания: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1961. 20 с.
- 5.Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л.: Медицина, 1964. 216 с.
- 6.Морозов В.М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1953. № 10. С. 770–774.
- 7.Мосолов С.Н., Кузавкова М.В., Калинин В.В. и соавт. Анализ влияния атипичных антипсихотиков на 5-факторную модель шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 3. С. 45–52.
- 8.Потапов А.В. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении (популяционное, фармакоэпидемиологическое и фармакотерапевтическое исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 24 с.
- 9.Потапов А.В., Дедюрина Ю.М., Ушаков Ю.В. и соавт. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследований // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 5–12.
- 10.Смулевич А.Б., Андрищенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Журн. неврологии и психиатрии. 2007. Т. 107, № 5. С. 4–15.
- 11.Фляйшхакер В., Лашо Б., Канн Дж.М. Стандартизированные критерии ремиссии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 26, № 3. С. 80–84.
- 12.Andreassen N.C., Olsen S. Negative and positive schizophrenia: definition validation // Arch. Gen. Psychiat. 1982. Vol. 39. P. 789–794.

13. Andreasen N.C., Grove W.M. Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia // *Psychiat. Psychol.* 1986. Vol. 1. P. 108–121.
14. Andreasen N.C., Carpenter W.T. Diagnosis and classification of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1993. Vol. 19. P. 199–214.
15. Andreasen N.C., Arndt S., Alliger R et al. Symptoms of schizophrenia: methods, meanings and mechanisms // *Arch. Gen. Psychiat.* 1995. Vol. 52. P. 341–351.
16. Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // *Am. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 162, N 3. P. 441–449.
17. Arndt S., Andreasen N.C., Flaum M. et al. A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia: predictions and patterns of change // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1995. Vol. 52. P. 352–360.
18. Bilder R.M., Mukherjee S., Reider R.O., Pandurangi A.K. Symptomatic and neuropsychological components of defect states // *Schizophr. Bull.* 1985. Vol. 11. P. 409–419.
19. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // *Am. J. Psychiatry.* 2001. Vol. 158, N 2. P. 163–175.
20. Crespo-Facorro B., Paradiso S., Andreasen N.C. et al. Neural mechanisms of anhedonia in schizophrenia: a PET study of response to unpleasant and pleasant odors // *JAMA.* 2001. Vol. 286. P. 427–435.
21. De Hert M., van Winkel R., Wampers M. et al. Remission criteria for schizophrenia: evaluation in a large naturalistic cohort // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 92, N 1–3. P. 68–73.
22. Docherty J.P., Bossie C.A., Lachaux B. et al. Patient-based and clinician-based support for the remission criteria in schizophrenia // *Int. Clin. Pharmacol.* 2007. Vol. 22, N 1. P. 51–55.
23. Dunayevich E. et al. Characteristics of two alternative schizophrenia remission definitions: relationship to clinical and quality of life outcomes // *Schizophr. Res.* 2006. Vol. 86. P. 300–308.
24. Frank E., Prien R.F., Jarrett R.B. et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive. Remission, recovery, relapse and recurrence // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991. Vol. 48. P. 851–853.
25. Gopal S., Steffens D.C., Kramer M.L., Olsen M.K. Mania remission rates in a randomized controlled trial of risperidone. Risperidal. Poster Book: Janssen-Cilag Organon, 2005. P. 8.
26. Gur R.E., Mozley P.D., Resnick S.M. et al. Relations among clinical scales in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 1991. Vol. 148. P. 472–478.
27. Helldin L., Kane J.M., Karilampi U. et al. Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia // *J. Psychiatr. Res.* 2006. Vol. 40, N 8. P. 738–745.
28. Hogarty G.E., Greenwald D., Ulrich R.F. et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients // *Am. J. Psychiatry.* 1997. Vol. 154, N 11. P. 1514–1524.
29. Howard L., Leese M., Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 102. P. 376–385.
30. Kane J. Therapeutic response, remission and functioning in schizophrenia. Transcending model expectations in schizophrenia: Enhancing the assessment of patient outcomes: 13<sup>th</sup> Biennial Winter Workshop on Schizophrenia. Davos, 06.02.2006: Satellite Symposium // Program and Abstract Book: Janssen-Cilag, 2006. P. 6–7.
31. Kay S.P., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1987. Vol. 13. P. 261–276.
32. Lasser R.A., Bossie C.A., Gharabawi G.M., Kane J.M. Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection // *Schizophr. Res.* 2005. Vol. 77. P. 215–227.
33. Leucht S., Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia // *Pharmacopsychiatry.* 2006. Vol. 39, N 5. P. 161–170.
34. Liberman R.P., Kopelowicz A., Venture J., Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia // *Int. Rev. Psychiat.* 2002. Vol. 14. P. 256–272.
35. Liddle P.F., Barnes T.R.E., Morris D., Haque S. Three syndromes in chronic schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* 1989. Vol. 155, Suppl. 7. P. 119–122.
36. Mortimer A.M. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 50. P. 4–7.
37. Nierenberg A.A., Wright E.C. Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression // *J. Clin. Psychiatry.* 1999. Vol. 60, Suppl. 22. P. 7–11.
38. O'Leary D.S., Flaum M., Kesler M.L. et al. Cognitive correlates of the negative, disorganized and psychotic symptom dimensions of schizophrenia // *J. Neuropsychiat. Clin. Neurosci.* 2000. Vol. 12. P. 4–15.
39. Opler M.G.A., Yang L.H., Caleo S. et al. Statistical validation of the criteria for symptom remission in schizophrenia: preliminary findings // *BMC Psychiatry.* 2007. Vol. 7. P. 35–41.
40. Os J. van. Tracking patient remission, patient outcomes and treatment delivery in schizophrenia. Transcending model expectations in schizophrenia: Enhancing the assessment of patient outcomes: 13<sup>th</sup> Biennial Winter Workshop on Schizophrenia. Davos, 06.02.2006: Satellite Symposium // Program and Abstract Book: Janssen-Cilag, 2006. P. 10–11.
41. Os J. van, Burns T., Cavalaro R. et al. Standardized remission criteria in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* 2006. Vol. 113, N 2. P. 91–95.
42. Os J. van, Druckker M., Campo J. et al. Validation of remission criteria for schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 163, N 11. P. 2000–2002.
43. Os J. van, Kahn R. Remission criteria in schizophrenia // *Dutch J. Psychiatry.* 2007. Vol. 49, N 1. P. 21–26.
44. Overall J.E., Gorham D.R. Brief psychiatric rating scale // *Psychol. Rev.* 1962. Vol. 10. P. 799–812.
45. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 1996. Vol. 153. P. 607–617.
46. Rund B.R., Torgalsboen A.K. Fully recovered schizophrenics compared to chronic patients on premorbid and treatment characteristics // *Psychiat. Psychobiol.* 1989. Vol. 5. P. 113–121.
47. Rund B.R. Fully recovered schizophrenics: a retrospective study of some premorbid treatment factors // *Psychiatry.* 1990. Vol. 53. P. 127–139.
48. Rupnow M.F.T., Canuso C.M., Hirschfeld R. Improvement in global functioning with risperidone treatment in bipolar patients. Risperidal. Poster Book: Janssen-Cilag Organon, 2005. P. 10.
49. Torgalsboen A.K. Fully recovery in schizophrenia: the prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender // *Psychiatr. Res.* 1999. Vol. 88. P. 143–152.

## ДИНАМИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. СООБЩЕНИЕ 2

А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина

Во второй части статьи «Динамика эндогенных психических расстройств» подробно освещаются представления западных исследователей о понятии «ремиссия», основанные наdimensionальном подходе. Приведены международные критерии определения ремиссии при шизофрении, основанные на стандартах, разработанных американской и европейской рабочими группами. Указаны недостатки международных критериев ремиссии. Ставится вопрос о целесообразности

расширения набора стандартов, используемых при отграничении и характеристике ремиссий. Делается вывод о необходимости использования многомерного подхода, включающего, помимо психопатологического критерия, психологические и социальные характеристики.

**Ключевые слова:** эндогенные психические расстройства, реакция/ответ на лечение, пререлидив, рецидив, ремиссия, интермиссия, выздоровление.

## DYNAMICS OF ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS. PAPER 2

A.P. Kotsubinsky, N. S. Sheinina

The second part of the article 'Dynamics of endogenous mental disorders' contains a detailed review of Western investigators' views on 'remission', which are based on dimensional approach. The authors provide the international criteria for definition of remission in schizophrenia, based on the standards developed by American and European workgroups. They point out the drawbacks of the international criteria and think it necessary

to expand the set of standards used for distinguishing remission and their description. The authors emphasize the importance of multidimensional approach that covers besides psychopathological, also psychological and social characteristics.

**Key words:** endogenous mental disorders, reaction/response to treatment, pre-relapse, relapse, remission, intermission, recovery.

**Коцюбинский Александр Петрович** – главный научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева; e-mail: ak369@mail.ru  
**Шейнина Нина Семеновна** – старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева; e-mail: Sheinini@yandex.ru