

## Категориальный и дименсиональный подходы к определению ремиссии при шизотипических расстройствах

А. П. Коцюбинский, Ю. В. Мельникова, Б. Г. Бутома, Н. А. Пенчул, К. А. Лукманова, Р. Г. Саврасов  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

**Резюме.** В статье рассматриваются категориальный и дименсиональный подходы к определению ремиссии при расстройствах шизофренического спектра. Отмечено, что необходимо параллельно использовать оба эти подхода, так как каждый из них, обладая несомненными позитивными сторонами, является недостаточным для целостной характеристики улучшения состояния пациентов. Одновременно высказывается точка зрения о более широком и вместе с тем дифференцированном подходе при шкальной психометрической оценке симптоматического улучшения разных форм шизофрении, равно как и о дифференцированном подходе к оценке длительности достигнутого улучшения состояния. Кроме того, целесообразно включать в определение ремиссии психологические и социальные аспекты психического облика пациента. Эти положения касаются ремиссионных состояний как различных вариантов шизофрении, так и в еще большей степени так называемых шизотипических расстройств.

**Ключевые слова:** ремиссии, дименсиональный подход, категориальный подход, шизотипическое расстройство, шизофрения.

### Categorical and dimentional approaches to the definition of remission in schizotypal disorder

A.P. Kotsyubinsky, Yu.V. Melnikova, B.G. Butoma, N.A. Penchul, K.A. Lukmanova, R.G. Savrasov  
St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

**Summary.** The article examines categorical and dimensional approaches to the definition of remission in schizophrenia spectrum disorders. It is noted that there is a need to use both of these approaches in parallel, because each of them, while possessing unquestionable positive sides, is not sufficient for the complete assessment of patient's recovery. Another point of view that is stated in the article is about the broader and, at the same time, a differentiated approach to the use of psychometric scales for assessment of symptomatic improvement in various forms of schizophrenia, and also about a differentiated approach to the assessment of the duration of the achieved improvement. It is also recommended to include psychological and social aspects of the mental image of the patient in the definition of remission. These assertions relate to remissions in different variants of schizophrenia, as well as, in an even greater extent, to so-called schizotypal disorder.

**Key words:** remission, dimensional approach, categorical approach, schizotypal disorder, schizophrenia.

Проводимые исследования ремиссий при психических расстройствах касались преимущественно анализа динамики и типологии ремиссий при различных формах шизофрении [5, 6, 12, 13, 16]. Практическое использование понятия «ремиссия» применимо и к тем больным шизофренией, у которых отмечается непрерывное течение заболевания [2, 11], не означающее, тем не менее, «невозможности развития ремиссии» [7]. Последнее становится понятным, если учесть, что так называемое непрерывное течение шизофрении в действительности представляет собой ряд ограниченных во времени сдвигов, чередование периодов ухудшения и стабильности [10].

Ремиссия при шизофрении понимается как улучшение психического состояния, характеризующееся снижением его остроты или выраженности, возникающее либо в результате саногенеза, либо (гораздо чаще) благодаря влиянию медикаментозной терапии [3]. Из всех определений ремиссии наиболее устоявшимся является пред-

ложенное Г. В. Зеневичем [5] «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». В этом определении уже заложены основные характеристики выделяемых **категориальных типов** ремиссий, которые, в свою очередь, рассматриваются как полные и неполные, спонтанные и терапевтические, кратковременные и длительные, стабильные и нестабильные.

В западной литературе ремиссия определяется исключительно как «низко умеренный **уровень интенсивности симптома**», когда «пограничные или мягкие его проявления не влияют на поведение индивида» [26]. 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, то есть выраженность симптомов оказывается ниже порога, который необходим для постановки диагноза шизофрении [34].

В результате в современной психиатрии существуют два принципиально различных подхода как к диагностике, так и к определению ремиссии при шизофрении: категориальный (типологический) и дименсиональный (основанный на оценке показателей выраженности симптомов, фиксируемых различными психометрическими шкалами).

Категориальный подход классификации ремиссий основан на феноменологической характеристике расстройств, сохраняющихся вне обострения, и/или характере наблюдающихся изменений личности. Категориальный подход позволяет дифференцировать ремиссии в зависимости от стойкости достигнутого терапевтического эффекта и по параметрам тяжести остаточных расстройств. Косвенно такой подход лишь частично отражен в существующих современных классификациях DSM-IV и МКБ-10, 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 выделяют качественно различные варианты ремиссии при шизофрении, отражающие в первую очередь клинические особенности эндогенного процесса [13]: симптоматические (неполные, с участием остаточной позитивной симптоматики) и синдромальные (полные). Синдромальная ремиссия предполагает завершенность обратного развития проявлений острого периода, стабильное отсутствие позитивных симптомов при одновременном наличии негативной симптоматики. Для оценки ремиссии отечественные исследователи исходят из трех критериев – клинического, социального и трудового, отказываясь лишь от измерительного подхода и пытаясь найти ему адекватную «поддержку» в виде функциональной характеристики состояния пациента [1].

Однако категориальный подход к классификации ремиссий имеет ряд недостатков: 1) субъективизм в оценке типа ремиссии; 2) отсутствие квалификации уровня ремиссии; 3) отсутствие характеристики степени социальной дезадаптации; 4) наличие лишь косвенного упоминания об аффективной и когнитивной составляющих структуру ремиссии; 5) отсутствие единого мнения о необходимости выделения и границах временного критерия.

Таким образом, в основе большинства категориальных классификаций ремиссий лежит наиболее характерный ведущий клинический признак, обуславливающий поведение больного. При этом подчеркивается сущность ремиссии как качествен-

ной синдромальной характеристики клинического восстановления, а о социальной адаптации говорится вскользь (ремиссия рассматривается скорее как условие для реализации индивидуумом еще сохраняющихся возможностей существования во внешнем окружении).

В последние годы явно возрос интерес западных исследователей к ремиссиям, получив свое развитие в рамках дименсионального [dimensional (*лат.*) – измерение] подхода [25, 27, 29, 34, 36, 39]. Двумя рабочими группами (американской в 2003 г. и европейской в 2005 г.) были разработаны «Критерии ремиссии при шизофрении» [15, 34]. Авторами подчеркивается, что при ремиссии речь идет именно о симптоматическом, а не о функциональном (более близкому к понятию «выздоровление») улучшении. В связи с этим под ремиссией нередко подразумевают только ослабление ядерных психопатологических симптомов [39].

При разработке критериев ремиссии при шизофрении исследователи базировались на трехфакторном анализе ее структуры: позитивном, негативном и факторе дезорганизации [18, 19, 24, 32, 40]. Для оценки этих симптомов созданы разнообразные инструменты, из них наиболее популярной и распространенной оценочной шкалой при шизофрении была Краткая психиатрическая оценочная шкала (the Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS). В методике BPRS [28] для диагностики ремиссии учитывается снижение выраженности идей величия, подозрительности, мыслей необычного содержания, галлюцинаций, концептуальной дезорганизации, манерности и вычурности, аффективного уплощения.

В дальнейшем разработано много стандартизованных полуструктурированных и полностью структурированных инструментов, наиболее важными из которых являются: Комплексное международное диагностическое интервью (the Composite International Diagnostic Interview – CIDI), Шкала для аффективных расстройств и шизофрении (SADS), схемы клинического обследования в нейropsихиатрии (the Schedules for Clinical Assessment Neuropsychiatry – SCAN), Международная схема исследования расстройств личности (the International Personality Disorder Examination – IPDE).

Предложены разнообразные шкалы для оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении. Наиболее важными являются Шкала для оценки негативных симптомов (the Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS), Шкала для оценки позитивных симптомов (the Scale for the Assessment of Positive Symptoms – SAPS) [17] и Шкала для оценки позитивных и негативных синдромов (the Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [22], которая позволяет оценивать и общие психопатологические синдромы, а также риск возможной агрессии.

Результатом такого подхода явилось то, что в качестве стандартизованного симптоматического критерия определения ремиссии при шизофрении, который согласован с трехфакторной ее

моделью и пятью критериями (согласно определениям DSM-IV), предлагается оценка, базирующаяся на критериях уменьшения выраженности позитивных и негативных симптомов при относительной стабильности ассоциированных симптомокомплексов и минимальном влиянии остаточных болезненных проявлений на социальную адаптацию [15, 23, 34]. При этом все эти симптомы при ремиссии должны отсутствовать или быть очень слабо выражены (1–3-й уровень по шкале PANSS) на протяжении 6 месяцев [34], а суммарное снижение учитываемых шкальных оценок по шкале PANSS — не превышать 20 % от выраженности исходной симптоматики.

Авторы рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении [34] в качестве облигатного используют именно показатель выраженности расстройств, а не динамику относительного улучшения по сравнению с исходным уровнем. Необходимая для ремиссии выраженность симптоматики определяется как низкая (недостаточная) лишь тогда, когда она не влияет на поведение пациента. Изолированное рассматриваемое улучшение показателей по шкале PANSS на 20 % может свидетельствовать лишь о том, что больной стал более спокойным, менее подверженным депрессии и тревожности, однако у него могут сохраняться серьезные психотические дезорганизационные или негативные симптомы. Таким образом, использование критерия симптоматической ремиссии в качестве вариативности исхода рекомендовано прежде всего для клинических исследований пациентов с острым психозом [30], оставляя в стороне улучшение психического состояния пациентов после купирования преречидивных или умеренно выраженных рецидивных феноменов, равно как и фиксацию динамики психического состояния пациентов с непсихотическими проявлениями эндогенных расстройств.

Ключевым моментом, по мнению авторов, разрабатывавших базовые характеристики ремиссий, является временной критерий, то есть длительность улучшения. Из обзора работ становится понятным существующий разброс мнений: предлагается считать достаточным период от 1 месяца до двух лет. По мнению рабочей группы, 6-месячный период стабильности является минимальным, чтобы диагностировать собственно ремиссионное состояние. В значительном числе работ [25, 27, 29, 36, 39] подтверждается валидность предлагаемых критериев. Валидизация международных критериев ремиссии происходила в рамках популяционных [35] и фармакотерапевтических исследований [33]. Преимуществами такого подхода являются стандартизация и единообразие получаемых данных с возможностью их использования для метаанализа, ориентированность оценок на стабильность и долгосрочный исход, наличие порогового интервала длительности ремиссии (более 6 месяцев).

Категориальный и дименсиональный подходы имеют концептуальные различия. Если категориальный подход делит пациентов на клинические

(психопатологические) группы, то дименсиональный делит их на группы с различной интенсивностью выраженности симптомов. Проблемой категориального подхода является то, что расстройств у пациентов часто представлены не в «чистых» классических формах. Одновременно сторонники дименсионального подхода признают тот факт, что группы симптомов накладываются друг на друга и «перекрываются» у отдельных пациентов, что требует определенной трансформации такого подхода в сторону большей инновационности и эвристичности.

Со специфичностью и достаточностью критериев только симптоматического определения ремиссии согласны далеко не все авторы. Подвергается сомнению специфичность конкретных восьми выделенных критериев ремиссии по шкале PANSS [20]. Оказалось, что не все предложенные 8 симптомов специфичны для диагностики ремиссии при шизофрении в сравнении с другими психотическими расстройствами. Для некоторых форм шизофрении предложенный порог в 3 балла и менее по шкале PANSS недостижим, несмотря на длительную стабильность и лечение самыми современными препаратами [9, 14]. Как справедливо комментируют эти цифры С.Н. Мосолов с соавт. [14], если придерживаться полностью предлагаемых оценок как критериев шизофрении, то следует предположить, что подавляющее большинство амбулаторных больных шизофренией находятся в постоянном обострении, что не отвечает клинической реальности. Проведенное авторами исследование обнаружило, что из общего количества амбулаторных больных в момент обследования лишь 31,5 % соответствовали симптоматическому критерию ремиссии, а через полгода — лишь 26,1 %. В то же время 51,7 % больных, не соответствовавших симптоматическому критерию ремиссии, характеризовались стабильным состоянием в течение года.

Оценки симптоматического критерия классификации ремиссий в различных популяциях больных шизофренией показывают, что в целом этому уровню соответствовала лишь 1/3 амбулаторных больных [35 – 37, 41], из числа которых около 70–80 % больных в натуралистических проспективных или терапевтических исследованиях удерживают этот статус более 6 месяцев [27, 36, 38, 39]. Больше же года симптоматическим критериям международной классификации ремиссии по данным недавнего исследования соответствовали только 10,3 % — 13,2 % от всех больных [37, 41]. Таким образом, предложенный пороговый уровень для выбранных симптомов был достижим только примерно для 20 % клинически стабильных пациентов.

Наконец, как отмечают ряд исследователей [9, 14], наличие компенсаторных механизмов, характерных для определенных типов ремиссий и форм шизофрении, указывает на необходимость выделения критериев осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям. J. Eberhard и соавт. [20] также настаивают на включении в

критерии ремиссии пункта «Осознание и критика к заболеванию», указывая на тесную взаимосвязь этой характеристики с выраженностью нейрокогнитивных расстройств и адекватной самооценкой и самоконтролем у пациентов.

К недостаткам как симптоматической, так и типологической систематики ремиссий можно отнести подмену некоторых клинических критериев социальными (синдромальная ремиссия, сопровождающаяся хорошей социальной адаптацией, оценивается как выздоровление). Как отмечают И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер и Я. А. Сторожакова [4], 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.

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 психического состояния [21, 31].

Решение этих задач отражено в комплексном исследовании, проведенном С. Н. Мосоловым, А. В. Потаповым, Ю. В. Ушаковым с соавт. [14], результатом которого явилось формулирование клинико-функциональных критериев ремиссии (СКФКР). Совокупность полученных с помощью СКФКР данных способствует уточнению клинического и социального прогноза и позволяет выделить группу риска (нестабильные состояния, несущие информацию о возможности рецидива психоза), в отношении которой актуальной задачей становится сохранение и углубление ремиссии, предотвращение эскалации процесса. Как считают авторы, недостижение этих критериев должно настораживать врача в отношении смены или интенсификации терапии. 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 психотическим проявлениям, свойственным прогрессирующей шизофрении.

Нами были более подробно изучены ремиссии при малопрогрессирующих эндогенных расстройствах, основу которых составляли непсихотическая и субпсихотическая симптоматика. Объектом настоящего исследования были 23 больных (14 мужчин и 9 женщин), находившихся на лечении в отделении внебольничной психиатрии ФГБУ НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Средний возраст больных составил  $25,6 \pm 1,4$  года, средний возраст появления психотических симптомов —

$20,0 \pm 1,4$  года, средняя давность заболевания на момент обследования —  $5,0 \pm 0,9$  года, среднее количество перенесенных в прошлом эпизодов эскалации —  $2,8 \pm 0,3$ . Нозологическая диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. По нозологическим группам больные распределялись следующим образом: у 11 диагностировано невротоподобное шизотипическое расстройство, у 8 — психопатоподобное шизотипическое расстройство и у 4 пациентов — бедное симптомами шизотипическое расстройство. Оценка особенностей ремиссий у данной категории больных осуществлялась с учетом как типологического, так и симптоматического критериев. Все пациенты оценивались по шкале PANSS, CGI и шкале социального функционирования PSP.

Следует отметить, что если исходить из симптоматических критериев ремиссии у этой категории больных, то можно констатировать, что они, как правило, невысокого качества. В их структуре 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, проявляющимися усилением психопатоподобных нарушений; в) негативные расстройства, проявляющиеся в нарушении целенаправленной активности, редукции энергетического потенциала, нарушениями в сфере эмоций, воли, мышления; г) наличие у больных с невротоподобными шизотипическими расстройствами периодов ухудшений в форме эпизодических вспышек, отнюдь не означающих, что ремиссия прервана. Картина этих «эскалаций» (их длительность не превышает 1–2 дней) в большинстве случаев исчерпывалась обсессивно-ипохондрическими эпизодами, в рамках которых генерализовывались 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» ( $44,1 \pm 4,43$  до лечения против  $32,1 \pm 1,16$  после лечения). Снижался уровень тревоги G2, напряжения G4, депрессии G6, соматической ипохондрической озабоченности G1 (обеспокоенность своим физическим здоровьем полностью редуцировалась) 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 G12 — критичность к своему состоянию в период между обострением и этапом формирования ремиссии. В отношении же негативных расстройств статистически достоверности динамики не обнаруживалось ни по отношению к отдельно взятому симптому, ни

по отношению ко всей негативной симптоматике в целом ( $14,5 \pm 1,7$  балла до лечения против  $11,1 \pm 0,80$  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. Статистически достоверное ( $p < 0,001$ ) улучшение (повышение суммы баллов до  $66,1 \pm 1,20$  после лечения против  $61,1 \pm 0,79$  исходно) регистрировалось по этой шкале, которая позволяла измерить «объем» коммуникаций, способность поддерживать порядок в жилище, самостоятельного ведения хозяйства, способность обучаться и работать, распоряжаться финансами.

При формировании ремиссий у этих больных происходило лишь послабление продуктивной симптоматики с практически неизменными негативными симптомами, выраженность которых длительное время остается минимальной. Однако существенные изменения претерпевали 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 пунктам PANSS. Такой результат возможно прогнозировать заранее, поскольку не только негативная симптоматика у этих пациентов, но и позитивная, представленная лишь феноменами концептуальной дезорганизации, в активном периоде заболевания не достигала психотического уровня.

Если исходить из разработанных международных критериев ответа на терапию по PANSS (уменьшение на 20 %), которое не может быть достигнуто в данной группе пациентов, то напрашивается вывод, что больные с вялотекущими процессами, которые с категориальной точки зрения находятся в периоде формирования ремиссии, одновременно не являются респондерами с точки зрения дименсиальной характеристики, или же, если исходить из симптоматических критериев оценки ремиссии, индивидуумы постоянно в ней находятся. Такая ситуация противоречит клинической реальности и свидетельствует о необходимости дальнейшего, помимо типологического, поиска симптоматических критериев ремиссии больных с эндогенными непсихотическими проявлениями заболевания.

Таким образом, для больных с малопрогрессирующими процессуальными непсихотическими и субпсихотическими эндогенными расстройствами международный симптоматический критерий ремиссий оказывается малочувствительным, особенно применительно 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

психических расстройств. Симптоматический критерий при вялотекущей шизофрении должен содержать совершенно иные характеристики, чем при психотических формах этого заболевания, которые, в свою очередь, 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, помимо типологического, являются показатели психологического и социального благополучия, а также определенного временного этапа (6-месячного периода).

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

Параллельно с этим, как считает А.Б. Смуглевич с соавт. [13], наряду с критериями, предложенными исследовательскими группами «ремиссии при шизофрении», облигатным элементом оценки состояний стабилизации процесса является **типологическая характеристика ремиссии**, определяющая клиническое состояние пациента (позитивные, негативные и когнитивные симптомы, личностные изменения).

Комплексный подход предполагает также анализ ремиссии в аспекте общих закономерностей течения шизофрении (длительность заболевания, тип течения, количество перенесенных приступов и др.).

В то же время предложенные в международной классификации критерии ремиссий не учитывают такие важные психологические параметры, как комплаентность больных [8], самооценку, удовлетворенность жизнью, переживание дистресса, представляющие собой различные параметры качества жизни, а также субъективную оценку переносимости длительной фармакотерапии. По мнению многих исследователей, качество ремиссии у больного определяется в первую очередь его социальным функционированием или функциональным состоянием, отражающим социальные связи пациента (работу, учебу, семейную и бытовую ситуации). Наконец, существенным представляется учет временного периода ремиссии, характеризующего стабильность наличествующего состояния.

Таким образом, представляют интерес дальнейшая разработка и валидизация стандартизованных 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.

## Литература

1. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2004. – Т. 6. – № 4. – С. 156-158.
2. Альтман А.Л. Социально-клиническая характеристика шизофренических ремиссий // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров: шизофрения. – Вып. 2. – М., 1965. – С. 434-437.
3. Вовин Р.Я. Динамика ремиссий при шизофрении и их рациональная психофармакотерапия // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний – Л. – 1986. – С. 5-16.
4. 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. – Том 18. – С. 34-39.
5. Зеневич Г.В. Возможности и варианты социально-трудовой компенсации больных шизофренией // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров: шизофрения. – Вып. 2. – М., 1965. – С. 393-400.
6. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М.: Медицина. – 1963. – 198 с.
7. Наджаров Р.А. Формы течения // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. – М.: Медицина. – 1972. – С. 6-76.
8. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2004. – Том 6. – № 4. – С. 159-162.
9. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследований / А.В. Потапов, Ю.М. Дедюрина, Ю.В. Ушаков [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия – 2010. – Т. 20. – В.3. – С. 5-12.
10. Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В. О механизмах развития рецидива при эндогенных психозах: длительность ремиссий при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1991. – Вып. 1. – С. 89-94.
11. Серебрякова З.Н. Динамика трудоспособности больных с непрерывным течением шизофрении по данным эпидемиологического исследования // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1972. – № 3. – С. 430-437.
12. Смуглевич А.Б., Измайлова Л.Г., Ястребов В.С. Типология дефектных состояний с синдромом монотонной активности у больных шизофренией (к проблеме поздних ремиссий) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1976. – № 9. – С. 1372-1379.
13. Смуглевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2007. – Вып. 5. – С. 4-15.
14. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация / С.Н. Мосолов, А.В.Потапов, Ю.В. Ушаков [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2012. – Т. 14. – С. 9-19.
15. Фляйшхакер В., Лашо Б., Канн Дж. М. Стандартизированные критерии ремиссии при шизофрении // Соц. и клин. психиатр. – 2006. – № 3. – С. 80-84.
16. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др.].— СПб: «Гиппократ+». — 2004. — 336 с.
17. Andreasen N.C., Olsen S. Negative and positive schizophrenia: definition validation // Arch. Gen. Psychiat. – 1982. – Vol. 39. – P. 789-794.
18. Andreasen N.C., Carpenter W.T. Diagnosis and classification of schizophrenia // Schizophr. Bull – 1993. – Vol. 19. – P. 199-214.
19. Cognitive correlates of the negative, disorganized and psychotic symptom dimensions of schizophrenia / D.S.O'Leary, M. Flaum, M.L. Kesler [et al.] // J. Neuropsychiat. Clin. Neurosci. – 2000. –Vol. 12. – P. 4-15.
20. Eberhard J., Levander S., Lindstroem E. Remission in schizophrenia: analysis in a naturalistic setting // Comp. Psychiat. – 2009. – Vol. 50. – P. 51-55.
21. Howard L., Leese M., Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis // Acta Psychiatr. Scand. – 2000. – Vol. 102. – P. 376-385.
22. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261.
23. Leucht S., Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia // Pharmacopsychiatry/ — 2006. – Vol. 39. – № 5. – P. 161-170.
24. Liddle P.F. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy // Brit. J. Psychiat. – 1987. – Vol. 151 (5). – P. 145-151.
25. Mortimer A.M. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia // Br. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 50. – P. 4-7.
26. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia / R.P. Liberman, A. Kopelowicz, J. Venture [et al.] // Int. Rev. Psychiat. – 2002. – Vol. 14. — P. 256-272.
27. Os J. van, Kahn R. Remission criteria in schizophrenia//Dutch J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 49. — N 1. – P. 21-26.
28. Overall J.E., Gorham D.R. Brief psychiatric rating scale // Psychological Review. – 1962. – Vol. 10. – P. 799-812.
29. Patient-based and clinician based support for the remission criteria in schizophrenia / J.P. Docherty, C.A. Bossie, B. Lachaux [et al.] // Int. Clin. Pharmacol. – 2007. – Vol. 22. — № 1. – P. 51-55.
30. Peuskens J., Kaufman L., Van Vleymen B. Analysis of resolution criteria in patients with schizophrenia

- treated with olanzapine for an acute psychotic episode // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 95. – P. 169–173.
31. *The psychosocial treatment of schizophrenia: An update* / J.R. Bustillo, J. Lauriello, W.P. Horan [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. — № 2. – P. 163–175.
  32. *Relations among clinical scales in schizophrenia* / R.E. Gur, P.D. Mozley, S.M. Resnick [et al.] // *Amer. J. Psychiat.* – 1991. – Vol. 148. – P. 472–478.
  33. *Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection* / R.A. Lasser, C.A. Bossie, G.M. Gharabawi // *Schizophrenia Res.* – 2005. – Vol. 77. – P. 215–227.
  34. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus* / N.C. Andreasen, W.T. Jr. Carpenter, J.M. Kane [et al.] // *Amer. Journ. Psychiat.* – 2005. – Vol. 162. – P. 441–449.
  35. *Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia* / L. Helldin, J.M. Kane U. Karilamp [et al.] // *J. Psychiat. Res.* – 2006. – Vol. 40. – P. 738–745.
  36. *Remission criteria for schizophrenia: evaluation in a large naturalistic cohort* / M. De Hert, R. van Winkel, M. Wampers [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 92. – P. 68–73.
  37. *Remission, prediction and stability of symptoms in schizophrenia: a naturalistic 12-month follow-up study* / A. Wolter, V.W. Preuss, N.R. Kruschke // *Inter. J. Psychiat. Clin. Pract.* – 2010. – Vol. 14. – P. 160–167.
  38. *Remission in schizophrenia: a community-based 6-year follow-up study in Bali* / T. Kurihara, M. Kato, R. Reverger [et al.] // *Psychiat. Clin. Neurosci.* – 2011. – Vol. 65. – P. 478–482.
  39. *Standardized remission criteria in schizophrenia* / J. van Os, T. Burns, R. Cavalaro // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 113. – № 2. – P. 91–95.
  40. *Symptomatic and neuropsychological components of defect states* / R.M. Bilder, S. Mukherjee, R.O. Reader [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1985. – Vol. 11. – P. 409–419.
  41. *Zimmermann J., Wolter A., Kruschke N.R. Response und Remission bei an Schizophrenie erkrankten Patienten* // *Nervenarzt.* – 2011. – V. 11. – P. 1440–1448.

#### Сведения об авторах

**Коцюбинский Александр Петрович** — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [ak369@mail.ru](mailto:ak369@mail.ru)

**Мельникова Юлия Владимировна** — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [m\\_juliya@bk.ru](mailto:m_juliya@bk.ru)

**Бутома Борис Георгиевич** — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [butbor08@gmail.com](mailto:butbor08@gmail.com)

**Пенчул Наталья Алексеевна** — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [penchul@inbox.ru](mailto:penchul@inbox.ru)

**Лукманова Камила Аскарвна** — младший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [kamila82@mail.ru](mailto:kamila82@mail.ru)

**Саврасов Роман Григорьевич** — младший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: [savrO@hotmail.ru](mailto:savrO@hotmail.ru)