

# ОТДАЛЕННЫЙ КАТАМНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

О.С. Бочкарева

*Психоневрологический диспансер №15  
(филиал №4 ПБ №3 им. В.А. Гиляровского)*

На сегодняшний день распространено представление о шизофрении и расстройствах шизофренического спектра как о преимущественно прогрессивных заболеваниях с неблагоприятным прогнозом. Возможность регрессирующего течения шизофрении вплоть до полной остановки патологического процесса отмечали еще классики психиатрии. Так, Е.Краепелин [58] описывал периоды ослабления и даже полного исчезновения психопатологической симптоматики, он же впервые употребил понятие «социального выздоровления» при заболеваниях шизофренического спектра. Е.Блеулер [43] также допускал «остановку» шизофренического процесса, причем на любом этапе заболевания, полагая, что возможны различные варианты течения, исхода и прогноза шизофрении. К.Шнейдер [62] описывал пациентов с длительными спонтанными ремиссиями после однократного развернутого шизофренического приступа, причем продолжительность ремиссий достигала 50 лет, а пациенты при этом сохраняли хороший уровень социального приспособления.

Со временем интерес к катamnестическим исследованиям возрастал, что способствовало выявлению различных вариантов исхода психических заболеваний и неравнозначных по своей структуре конечных состояний. Одновременно начал использоваться эпидемиологический метод изучения психических заболеваний, что дало возможность проведения катamnестических исследований целых популяций пациентов.

В 1942 году М.Блеулер начал обследование 208 пациентов, лечившихся стационарно в 1942–1943 годах [44]. Через 26 лет он описал результаты их 23-летнего наблюдения. Согласно полученным данным, вариант острого начала с последующим тяжелым хроническим психозом почти исчез, хронических психозов стало больше, но тяжелых хронических психозов – меньше. Спустя 20 лет после лечения в больнице у 20% пациентов отмечалась «полная ремиссия», а у 24% пациентов выявлены серьезные психические нарушения. При изучении социальной адаптации выявлено, что случаи с благоприят-

ным исходом составляют около 30% от общей численности обследуемых, а среди впервые госпитализированных пациентов – 40%.

Выводы М.Блеулера о том, что особенности течения шизофрении включают случаи как полного выздоровления, так и злокачественного течения, согласуются с результатами исследования долгосрочного исхода шизофрении, выполненного Л.Симпери [50]. Эта работа основывалась на анализе историй болезни 1 642 пациентов с диагнозом шизофрении, поставленным в период от начала 20 века до 1962 года. Средняя длительность наблюдения составила 37 лет. У трети больных выявлен хороший или удовлетворительный уровень социальной адаптации – имело место либо благоприятное течение с «выздоровлением» (при этом у пациентов с шизофреническим психозом в анамнезе в дальнейшем не было причин для обращения к психиатрам), либо менее благоприятный вариант заболевания, подразумевающий единичные обращения за психиатрической помощью. Схожие результаты получены Г.Хубер и соавт. [57] в результате 22-летнего наблюдения 502 больных в Бонне. С.Хардинг и соавт. [53–55] представили результаты долгосрочного катamnестического исследования 118 пациентов больницы штата Вермонт (США), проходивших курс лечения в 1955–1960 гг. с диагнозом шизофрения по критериям DSM-III. Вопреки ожидаемому неблагоприятному прогнозу, 60% пациентов при обследовании через 20 лет имели «сохранность психосоциальных показателей», а в некоторых случаях даже отмечалось более успешное социальное функционирование, чем в преморбиде.

О распространенности благоприятного отдаленного исхода шизофренического процесса говорится в работе Г.Наттисона и соавт. [54]: 50% пациентов при обследовании были признаны свободными от психопатологической симптоматики. В 16% случаев безремиссионное течение в первые годы заболевания закончилось полным восстановлением.

В исследовании Ж.Модистина и соавт. [61] установлено, что тяжелые конечные состояния формируются лишь у 1/3 больных шизофренией с катamnестически

подтвержденным диагнозом, при этом в 50% случаев течение заболевания носит ремиттирующий характер, а у 15% пациентов исход процесса определяется авторами как «практическое выздоровление».

А.Врейер и соавт. [45] провели катamnестическое обследование пациентов с шизофренией, которые были госпитализированы в период с 1970 по начало 80-х годов прошлого века. Авторами было показано, что 20% пациентов имели благоприятный исход заболевания. При этом выраженность позитивных и негативных расстройств и факт приема или отсутствия терапии в постгоспитализационном периоде не обнаружили связи с уровнем социального функционирования.

М.Нарроу и Т.Н.Джобс [56], указывая, что течение шизофрении, в целом, менее благоприятное, чем других психических расстройств, подчеркивал, что в катamnестических исследованиях нередко описываются случаи практического выздоровления пациентов, причем без значимого терапевтического вмешательства. В связи с этим, автор высказывал сомнения в целесообразности «поголовной» длительной (часто пожизненной) терапии антипсихотическими препаратами, как это иногда рекомендуется.

У.Т.Карпентер и соавт. [49] при анализе некоторых проведенных под эгидой ВОЗ исследований течения шизофрении сделали вывод, что улучшение психического состояния отмечается у 55% пациентов и отсутствие положительной динамики – в 45% случаев. А после появления нейролептиков в 50-х годах прошлого века доля злокачественных, высокопрогредиентных форм болезни значительно снизилась. Рассматривая проведенные в начале XXI века исследования, У.Т.Карпентер и соавт. [49] установили, что после первого психоза, порядка 30% пациентов больше не госпитализировались на протяжении десяти и более лет, а безремиссионный, непрерывный тип течения наблюдается у 16–25% больных.

В отечественной литературе также проводились исследования отдаленного катamnеза шизофрении и расстройств шизофренического спектра. В работе А.Г.Амбрумовой и соавт. [4], в которой было обследовано 1000 пациентов с диагнозом шизофрении с длительностью катamnестического периода от 5 до 25 лет, авторы достаточно осторожно отнеслись к возможности благоприятного прогноза при шизофрении, так как по полученным данным количество выздоровевших снижается по мере увеличения катamnестического периода. Но все же у 2% пациентов было констатировано «полное выздоровление», то есть стойкие длительные ремиссионные состояния без указаний на наличие какого-либо дефекта.

Согласно результатам работы Э.Я.Штернберга и соавт. [38], в которой были изучены длительные катamnезы пожилых больных шизофренией, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере, ее прогредиентность неоднородна на протяжении заболевания. Авторами описаны этапы в динамике забо-

левания в зависимости от активности процесса (инициальный, активный, период стабилизации и исходный этап). Также показано, что практически все формы шизофрении имеют периоды обострений и ремиссий, что делает условным общепринятое деление течения шизофрении на непрерывное и приступообразное. Т.А.Дружининой и соавт. [14] были выявлены особенности течения параноидной шизофрении со средней прогредиентностью процесса: при непрерывно протекающем шизофреническом процессе имеется тенденция к регрессиентности на поздних этапах течения, то есть к улучшению прогноза. Отмечено, что более 50% пациентов с параноидной шизофренией доживают до старости и большую часть времени проводят вне стационаров, удовлетворительно адаптированы к повседневности. Э.Я.Штернберг и соавт. [38] указывали, что на поздних этапах прогредиентной шизофрении, то есть при признаках стабилизации и редукции патологических расстройств, проявляются компенсаторные возможности больных, которые следует максимально использовать при ресоциализации.

А.С.Киселев и З.Г.Сочнева [16] изучили статистические закономерности течения психических заболеваний, в том числе и шизофренического спектра. Было подтверждено, что прогредиентность шизофрении неоднородна, прогрессирование может прерываться на любой стадии заболевания. Установлено, что 4% больных ни разу не госпитализируются, 17% имеют лишь 1 госпитализацию в психиатрический стационар, 10% пациентов с подтвержденным диагнозом шизофрении или расстройств шизофренического спектра снимаются с наблюдения с формулировкой «выздоровление». 35% пациентов сохраняют работоспособность спустя 38 и более лет после начала заболевания. Вообще, в отечественной литературе при изучении довольно больших когорт больных шизофренией на протяжении более 20–30 лет нередко встречаются указания на благоприятное развитие процесса, завершающегося формированием резидуальных состояний при достаточно сохранных адаптационных возможностях [32, 37].

По данным Л.М.Шмаоновой [34] и В.С.Ястребова [39] от 10% до 20% пациентов с диагнозом шизофрении никогда не пользовались стационарной психиатрической помощью. И этот процент имеет тенденцию к росту. Среднее число госпитализаций при шизофрении за период 15 лет составляет в среднем не более 3–5. Длительность пребывания пациента с шизофренией в психиатрическом стационаре сократилась на 23,7% за период с 1985 по 2011 годы [8].

По данным эпидемиологических исследований, проводившихся в СССР [21, 31], единственный приступ наблюдался у 29,7% пациентов, болевших свыше 15 лет, а 71,2% больных за этот период перенесли не более трех приступов. Сведения о снижении прогредиентности шизофрении и смягчении остроты приступов приводят А.Ю.Магалиф

[22], Е.Д.Красик [20], А.П.Коцюбинский и соавт. [18, 19]. Г.Ф.Колотилин и М.В.Яковлева [17] отмечают, что увеличение удельного веса аффективных расстройств сопровождается снижением уровня деструктивных психопатологических синдромов, что свидетельствует о переходе процесса на более доброкачественный уровень. Об увеличении количества благоприятно протекающих вариантов шизофрении с трансформацией клинических проявлений заболевания и изменением симптоматики в сторону менее глубоких регистров психических расстройств, а также сдвиге течения процесса к приступообразности и фазности сообщали В.М. Морковкин и соавт. [26], М.Л.Аграновский и соавт. [3]. Причины таких благоприятных тенденций исследователи видят в повсеместном использовании психофармакотерапии, которая вызвала «лекарственный патоморфоз» заболевания [1, 2, 26], развитии мер психосоциальной реабилитации и профилактики, а также бригадного полипрофессионального принципа оказания помощи в психиатрии [13, 14, 34, 40].

Отдельно стоит выделить исследования катамнезов пациентов после первого психотического эпизода. D.Wiersma и соавт. [63] обследовали пациентов с расстройствами шизофренического спектра по прошествии от 15 до 17 лет от первого эпизода психоза. Варианты долгосрочных исходов варьировались от полной ремиссии до хронических психозов с долгосрочным пребыванием в психиатрическом стационаре. Ремиссионные состояния различного качества были отмечены у 21% обследуемых, хроническое течение выявлено в 10% случаев. 87% имели 1 обострение болезни в течение всего описываемого периода, 49% – 2 обострения, 37% – 3 и 20% пациентов – 4 обострения заболевания. У 1 обследуемого из 6 после каждого рецидива не наблюдалось качественной ремиссии.

В Канаде R.Bland и соавт. [41, 42] было проведено исследование исходов первых психозов среди пациентов госпиталя провинции Альберта. В этот стационар поступали больные со всего региона, то есть выборка была репрезентативной с точки зрения заболеваемости. Из 92 пациентов, поступивших в больницу в 1963 году, через 10 лет было обследовано 88 человек с диагнозом шизофрения: в 58% случаев у больных не было выявлено какого-либо «социального дефицита», не удалось найти признаки «дефекта личности» – длительность заболевания при этом составляла более 10-ти лет. При использовании более строгих диагностических критериев, из 50 пациентов, которые соответствовали диагнозу шизофрения, 43 человека были обследованы через 14 лет после поступления: число случаев полного выздоровления составляло 21%, а еще у 30% больных симптоматика была выражена минимально, и они достаточно эффективно функционировали. В этом исследовании высказано предположение, что благоприятному течению шизофрении способствуют приме-

нение нейролептиков на ранних стадиях болезни и социальная помощь пациентам.

А.А.Бессонова [6], изучив сплошным невыборочным методом пациентов двух ПНД г. Москвы, выделила когорту из 156 пациентов, впервые обратившихся к психиатру в течение 2000 года и расцененных как больные шизофренией, шизотипическим или бредовым расстройством (МКБ-10, F20–29). Когорта была рассмотрена ретроспективно и частично (43,6%) проспективно. Показано, что раннее выявление заболевания и комплексные терапевтические мероприятия улучшают клинко-социальный прогноз шизофрении.

Ю.С.Зайцева [15] провела 5-летнее катамнестическое исследование динамики клинко-социальных характеристик больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, лечившихся в клинике первого психотического эпизода на базе Московского НИИ психиатрии. 67 человек были включены в программу комплексного терапевтического воздействия, подразумевающую как можно меньшее использование ограничительного режима госпитализации, преимущественное применение атипичных нейролептиков, психосоциальное лечение, последующее долгосрочное индивидуальное ведение больных с поддерживающей комплексной терапией. Полученные данные сравнивались с результатами традиционного лечения пациентов. Выявлено ухудшение клинко-социальных показателей в традиционной системе помощи и увеличение сравнительной эффективности терапии у больных клиники первого психотического эпизода. В процессе долгосрочного ведения в условиях специализированной программы повышается качество ремиссии, уменьшается число повторных обострений и повторных госпитализаций в стационар, повышается комплаенс, улучшаются функциональные исходы заболевания (большая сохранность социальных достижений, значительно меньший процент инвалидов).

И.П.Волкова [7] провела исследование 42-х пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра клиники первого психотического эпизода (КППЭ) г. Твери. За период катамнестического наблюдения (24–36 мес.) отмечался высокий процент посещаемости психоневрологического диспансера, большинство пациентов были комплаентны, терапия последующих обострений в основном осуществлялась в полустационарных и амбулаторных условиях. Уровень социального функционирования пациентов, получавших лечение в КППЭ, практически не изменился, только двум пациентам (4,8%) оформлена третья группа инвалидности на 3 и 5 годах от начала заболевания.

При ретроспективном катамнестическом изучении амбулаторных карт пациентов, впервые обратившихся в диспансер за период с 1980 по 1985 годы, у которых были диагностированы шизофрения или расстройства шизофренического спектра [37], выяв-

лено, что в течение заболевания у 79,7% больных число повторных приступов за весь катamnестический период (25 лет и более) не превышало 5, у 16,3% пациентов – составляло 6–10 и лишь для 4,0% исследуемых – было 11 и более. Свыше 1/3 больных за весь период от начала заболевания либо не госпитализировались (5%), либо госпитализация в течение всей жизни была единственной – 29%. Редкие поступления в стационар (2–5 раз) отмечались у 44% больных и лишь 9% поступали в больницу 11 и более раз.

Результаты представленных работ свидетельствуют о том, что вопреки высказывавшемуся в ряде случаев пессимизму, прогноз шизофрении и заболеваний шизофренического спектра, их течение отличается значительным разнообразием и во многом определяется терапевтическим подходом. Благодаря широкому внедрению психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации прогноз заболевания, как клинический, так и социальный, становится более благоприятным – повышается качество ремиссий, улучшается комплаенс пациентов, повы-

шается уровень социального функционирования и качества жизни [10, 11, 13, 24, 25, 30, 46–48, 59–61]. Уже накоплен положительный опыт бригадной психосоциальной помощи пациентам, как в больничных, так и в амбулаторных условиях [12, 13, 36, 47, 60].

Очевидны различия в исходах заболевания: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими вариантами, у значительной части пациентов прогноз после дебюта болезни оказывается достаточно благоприятным, возможен единственный за всю жизнь приступ или малоприступное течение без видимых социальных последствий при хорошем функционировании в обществе; достаточно распространены длительные ремиссии [37, 46]. Описаны случаи практического выздоровления с высоким уровнем социальной адаптации.

Таким образом, целесообразно выделение групп пациентов, различающихся по течению заболевания, с целью определения обоснованных показаний к фармакологической и психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я. О патоморфозе психических заболеваний // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1977. Т. 77, № 1. С. 67–71.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М., 1988. 528 с.
3. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Газиева З.А. Роль комплекса конституционально-биологических факторов для социального прогноза больных приступообразной шизофренией // Лимфология. 2008. № 34. С. 121–126.
4. Амбрумова А.Г. Течение шизофрении по данным отдаленного катamnеза. М., 1962. 218 с.
5. Багуцкий А.Ю., Былим И.А., Крестьянинова М.Г. и соавт. Психосоциальная реабилитация в краевой психиатрической больнице: клинико-экономическая и социальная результативность // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я.Гуровича, проф. О.Г.Ньюфельдта. М., 2007. С. 226–242.
6. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и фармакоэкономический аспекты: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 137 с.
7. Волкова И.П. Первый психотический эпизод: клинико-катamnестическое исследование // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 4. С. 90–92.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба России в 2006–2011 гг. Динамика показателей и анализ процессов развития. М., 2012. 600 с.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В., Кирьянова Е.М. Первый психотический эпизод: особенности терапии оланзапином // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 2. С. 62–67.
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61–64.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложение к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.
12. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Уткин А.А. и соавт. Новая организационная форма оказания психиатрической помощи: отделения настоящего (интенсивного) лечения в сообществе // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 94–98.
13. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 168 с.
14. Дружинина Т.А., Концевой В.А., Медведев А.К. Значение метода длительного катamnеза для понимания некоторых аспектов проблемы эндогенных психозов // VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1981. Т. 1. С. 41–43.
15. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: 5-летний катamnез. Клинико-нейропсихологическое исследование: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 220 с.
16. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний (статистическое исследование). Рига, 1988. 236 с.
17. Колотилин Г.Ф., Яковлева М.В. К вопросу о социогенном патоморфозе параноидной шизофрении // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в СЗР РФ. СПб., 2008. 125 с.
18. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: Дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 1999. 558 с.
19. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенов И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс заболевание. СПб., 2004. 336 с.
20. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Клиническая и социальная адаптация больных приступообразной шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1987. Т. 87, № 5. С. 714–719.
21. Либерман Ю.И. Материалы клинико-статистического изучения популяции больных шизофренией (демографические данные и характеристика течения заболевания): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1971. 32 с.
22. Магалиф А.Ю. О лекарственном патоморфозе параноидной шизофрении // Шизофрения (диагностика, соматические изменения, патоморфоз): Труды Моск. НИИ психиатр. 1975. Т. 70. С. 37–387.
23. Мкртчян А.Г. Дефицитарный тип резидуального состояния при манифестных прогрессивных формах шизофрении (Сообщение 1, 2) // Независимый психиатрический журнал. 2012. № 1.
24. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 195 с.
25. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48–55.
26. Морковкин В.М., Каплин Г.П., Ромень Т.Э. К вопросу о лекарственном патоморфозе шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1980. Т. 80, № 5. С. 745–748.
27. Недува А.А. К вопросу о терапевтическом патоморфозе онейроидной кататонии // Шизофрения (диагностика, соматические изменения, патоморфоз): Труды Моск. НИИ психиатр. 1975. Т. 70. С. 338–342.
28. Нефедьев О.П. Длительные стойкие ремиссии стенического круга: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983.
29. Пивень Б.Н., Голдобина О.А. Социально-психологические факторы и патоморфоз шизофрении // Независимый психиатр. журн. 2000. № 3. С. 34–37.
30. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009. 144 с.

31. Храмельшвили В.В., Либерман Ю.И. К прогнозу частотности приступов шизофрении (по данным эпидемиологического исследования) // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1976. Т. 76, № 5. С. 747–755.
32. Цуцувская М.Я., Бильжо А.Г., Орлова В.А. и соавт. Прогноз благоприятного исхода юношеской малопрогредиентной неврозоподобной шизофрении на основе данных отдаленного катамнеза // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1988. Т. 88, № 3. С. 88–93.
33. Шамонова Л.М., Либерман Ю.И. Опыт дифференцированного клинического подхода к эпидемиологическому описанию популяции больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1982. Т. 82, № 8. С. 1184–1191.
34. Шамонова Л.М. Возможность эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1983. Т. 83, № 5. С. 707–716.
35. Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия «качество жизни» в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. Т. 6, № 1. С. 100.
36. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблема взаимодействия психиатра, психолога и социального работника // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, № 3. С. 97.
37. Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный катамнез шизофрении и расстройств шизофренического спектра после первого обращения в психоневрологический диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 10–15.
38. Штернберг Э.Я. (ред.). Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. М., 1981. 192 с.
39. Ястребов В.С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 63–67.
40. Andreasen N.C., Carpenter W.T.Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162. P. 441–449.
41. Bland R., Parker J., Orn H. Prognosis in schizophrenia: a ten year follow-up of first admission // Arch. Gen. Psychiatry. 1976. Vol. 33. P. 949–954.
42. Bland R., Parker J., Orn H. Fourteen-year outcome in early schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. 1978. Vol. 58. P. 332–338.
43. Bleuler E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: International Universities Press, 1950. P. 272–548.
44. Bleuler M. Schizophrenic Disorders, Long-Term Patients and Family Study. Yale University Press, 1978. 529 p.
45. Breier A., Schreiber J., Dyer J., Pickar D. National Institute of Mental Health. Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia: prognosis and predictors of outcome // Arch. Gen. Psychiatry. 1991. Vol. 48. P. 236–246.
46. Boydell J., van Os J., Murray R.M. The outcome of psychotic illness // The comprehensive care of schizophrenia / J.Lieberman, R.M.Murray (Eds.). London: Dunitz, 2001. P. 37–59.
47. 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.
48. Carpenter W.T., Buchanan R.W., Kirkpatrick B. New diagnostic issues in schizophrenic disorders // Clin. Neurosci. 1995. Vol. 3, N 2. P. 57–63.
49. Carpenter W.T., Kane J.M., Andreasen N.C. et al. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162. P. 441–449.
50. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term // Br. J. Psychiatry. 1980. Vol. 136. P. 413–420.
51. Harding C., Zubin J., Strauss J.S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? // Hosp. Com. Psychiatry. 1987. Vol. 38, N 5. P. 477–486.
52. Harding C., Brooks G., Ashikiga, Strauss J., Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later // Am. J. Psychiatry. 1987. Vol. 144. P. 718–726.
53. Harding C., Brooks G., Ashikiga, Strauss J., Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II. Long term outcomes of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1987. Vol. 144. P. 727–735.
54. Harrison G. et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year international follow-up study // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 506–517.
55. Harrow M., Jobe T.H., Faull R.N. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study // Psychol. Med. 2012. Vol. 42, N 10. P. 214–555.
56. Harrow M., Jobe T.H. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? // Schizophr. Bull. 2013. Vol. 39, N 5. P. 962–965.
57. Huber G. The heterogeneous course of schizophrenia // Schizophr. Res. 1987. Vol. 28. P. 177–185.
58. Kraepelin E. Lectures on clinical psychiatry: Authorized translation from the German / E.Kraepelin; Revised and edited by Thomas Johnstone. New York: William Wood & Company, MDCCCIV. 309 p.
59. Lehmann H.E. New types of hospital-community facilities // Mental Hospitals. 1958. Vol. 9, N 2. P. 2022.
60. Lehman A., Dixon L., Hoch J. et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness // Br. J. Psychiatry. 1999. Vol. 174. P. 346–352.
61. Modistin J., Huber A., Satirli E. et al. Longterm course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered // Am. J. Psychiatry. 2003. Vol. 160–163.
62. Schneider K. Klinishepsychopathologie / 14 Aufl. Georg Thime Verlag-Stuttgart-New York, 1992. 236 p.
63. Wiersma D., Nienhuis F.J., Slooff C.J., Giel R. Natural course of schizophrenic disorders. A 15-years follow-up of a Dutch incidence cohort // Schizophr.Bull. 1998. Vol. 24, N 1. P. 75–85.

## ОТДАЛЕННЫЙ КАТАМНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

О.С. Бочкарева

С целью изучения вариантов течения и прогноза шизофрении и расстройств шизофренического спектра были проанализированы результаты катамнестических исследований отечественных и зарубежных авторов, особое внимание уделялось описанию благоприятных исходов данных расстройств в последние десятилетия. Отдельно рассматривались современные исследования исходов шизофрении и расстройств шизофренического спектра после первого психотического эпизода. Выявлено, что течение и прогноз шизофрении и заболеваний шизофренического спектра неоднозначны и зависят от терапевтической тактики. В настоящее время прогноз заболевания,

как клинический, так и социальный, становится более благоприятным. Очевидны различия в исходах заболевания: наряду с тяжелыми, инвалидизирующими вариантами, у значительной части пациентов прогноз после болезни оказывается достаточно благоприятным, возможен единственный за всю жизнь приступ или малоприступное течение без видимых социальных последствий при хорошем функционировании в обществе, достаточно распространены длительные ремиссии.

**Ключевые слова:** шизофрения, исследования, отдаленный катамнез, исход, прогноз заболевания.

## LONG-TERM FOLLOW-UP OF SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

O.S. Bochkaryova

In order to study the course and prognosis for schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders, the author has analyzed the results of follow-up investigations performed by domestic and foreign researchers, with special regard for favorable outcomes described in recent decades. A part of this article deals with modern investigations concerning outcomes in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders following the first psychotic episode. The author claims that the course and prediction in these disorders may vary and depend on therapeutic approach. Presently, the role

of clinical and social prediction is increasing. The differences in outcomes have become obvious: along with severe and debilitating variants, one can also see in a significant number of patients a relatively positive course following the manifestation of the disease, sometimes restricted to a single or few episodes during lifetime, free from social consequences, with good functioning in the community and with long remissions.

**Key words:** schizophrenia, investigations, long-term follow-up, outcome, prediction.