

ДИНАМИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. СООБЩЕНИЕ 1

А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина

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

Как известно, психическое состояние каждого конкретного больного с течением времени претерпевает ряд изменений как «спонтанных» (т.е. вызванных непосредственным действием пока неизвестной нам «ноксы», самодвижением болезни), так и обусловленных различными причинами: лечением, влиянием психотравмирующих факторов, соматическим состоянием и т.д. И если при определении стратегии терапевтических воздействий клиницист руководствуется прежде всего клиническим диагнозом пациента, то при выборе сиюминутной тактики лечения он опирается на представление о текущем этапе заболевания своего подопечного, то есть учитывает динамику его состояния.

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

В западной литературе до сих пор при описании динамики психического состояния широко используются такие термины, как реакция/ответ (response), рецидив (relapse), улучшение (improvement), ремиссия (remission), выздоровление (recovery) [40] и исход/результат (outcome).

С нашей точки зрения [17], наиболее последовательная позиция состоит в том, что реакция/ответ на лечение, определяющая исход/результат заболевания (или его этапа), может быть в форме:

1) ухудшения (worsening) в виде эндоформной реакции, пререцидива (при незначительно выраженной симптоматике) или непосредственно рецидива;

2) улучшения, которое по прошествии некоторого времени, разного для различных вариантов течения заболевания, через этап «становления ремиссии» сменяется ремиссией, интермиссией (intermission) или выздоровлением.

Реакция/ответ на лечение – понятие, которое относится к динамике симптомов на фоне лечения, обычно измеряется с помощью шкал CGI, PANSS, BPRS, MADRS, HAM-D; этими шкалами оценивают как быстрый, так и долгосрочный ответы [45]. Самый распространенный способ учета реакции на лечение – определение в исследуемой выборке доли или процента пациентов, у которых происходит снижение или повышение активности симптоматики на некую величину (например, на 20%, на 50% и более и т.п.). При индивидуализированном подходе реакция определяется тем, насколько снижается (или повышается) интенсивность симптоматики в процессе лечения у каждого отдельного пациента.

Учет реакции на лечение полезен для оценки эффективности терапии у психически больных, но достижение такого рода реакции не является достаточным результатом для практикующих клиницистов, чья цель не редуцировать симптомы на 20–50%, но получить состояние максимально близкое к полному исчезновению симптомов [43]: другими словами, психиатр должен стремиться к достижению качественного изменения состояния, максимально возможного на данном этапе заболевания.

Исход/результат нигде конкретно не определяется, можно только отметить, что слово это употребляется в двух значениях. Одно значение – исход заболевания в целом (например: «исходное состояние при шизофрении») [40], другое – исход отдельного эпизода или этапа заболевания, который может быть как его ухудшением, вплоть до рецидива, так и улучшением, с формированием ремиссии и даже выздоровления с восстановлением полноценного функционирования [45]. С последним пониманием термина «исход» смыкается понятие «результат лечения», к которому тоже возможно применить термин «outcome».

В последние годы высказывается точка зрения, что такой подход к определению исхода/результата требует совершенствования диагностики психосоциальной и когнитивной функций больного. Разработка этих новых критериев должна способствовать успеху исследований результата/исхода [40].

Более детализированное рассмотрение представлений об ухудшении психического состояния делает необходимым выделение в качестве самостоятельных понятий «реакции эндогенного типа» и «пререцидив».

Возможность возникновения экзогенных психических реакций реактивной природы (делирий, аменция, сумеречные состояния и др.), возникающих в ответ на действие острых инфекций и интоксикаций и опосредованных конституциональным предрасположением, обоснована в работах К. Bonhöffer (1907).

Такого рода состояния, рассматриваемые А.Б.Смулевичем и Э.Б.Дубницкой [35] в рамках концепции пределикционных (от *deliquus* – недостаточный, но предопределенный) типов реагирования, могут протекать не только в форме реакций экзогенного типа. Н.А.Ильина [15], основываясь на собственных наблюдениях и данных целого ряда исследований, рассматривает шизофренические реакции (по аналогии с реакциями экзогенного типа) как реакции эндогенного типа.

Таким образом, можно считать, что в настоящее время обоснованы возможности проявления эндоформных расстройств вне рамок эндогенного процесса.

Итак, под реакциями – психогенно/соматогенно спровоцированными проявлениями эндоформного типа – понимаются состояния, характеризующиеся эпизодическими (транзиторными) феноменами искаженного восприятия, деперсонализацией или дереализацией, а также краткосрочными эпизодами со слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями. Возникают эти реакции при воздействии как объективно тяжелой (потеря близких, угроза жизни, банкротство, тяжелое соматическое заболевание), так и условно-патогенной травмы, опосредованной неадекватной оценкой реальных событий (акцентуация малозначимых, второстепенных фактов, возводимых в ранг невыносимых или катастрофических). С нашей точки зрения, отличительной особенностью такого рода реакций является их кратковременность (от нескольких часов до 1–2 нед.).

Пререцидив, по литературным данным, представляет собой такой вид ухудшения состояния, которое возникает вне связи с психотравмирующим воздействием, является достаточно продолжительным (без указания на конкретные временные критерии) и характеризуется умеренно выраженной симптоматикой непсихотического или даже психотического регистра, но не достигающей, однако, степени выраженности острого психоза. Место для этих

явлений в существующей классификации МКБ-10 не определено.

Понятие о рецидиве (от лат. *recidivus* – возвращающийся) как ухудшении состояния, судя по имеющимся данным литературы, разработано гораздо меньше, чем представление о ремиссии и выздоровлении.

Рецидив, экацербация, обострение – это ухудшение состояния, которое может напоминать имевшийся ранее активный этап заболевания или отличаться от него, что обусловлено как характером болезни, так и применяемой терапией. При этом клиническая картина рецидива может характеризоваться значительной стойкостью и выраженностью симптоматики непсихотического или психотического уровня.

Формализованные критерии эндоформных реакций, пререцидива и рецидива отсутствуют. В некоторых сообщениях содержатся данные, которые можно использовать как косвенные указания на различную интенсивность расстройств, требующих назначения или коррекции терапии. Но при этом нет никаких указаний на то, имеет ли место у больных эндоформная реакция, пререцидив, истинный рецидив (ухудшение состояния) или стойкое расстройство.

Остается пользоваться формальными критериями, которые установлены для начала и поддержания ремиссии, только логически «перевернув» их, отсчитывая начало ухудшения состояния от того момента, когда соответствующие шкальные оценки начинают превышать ремиссионный порог. Правда, при этом остается открытым вопрос о временном критерии. Но этот вопрос вряд ли можно считать закрытым и для существующих критериев ремиссии.

В отечественной литературе ремиссия понимается как улучшение психического состояния, характеризующееся снижением его остроты или выраженности, возникающее либо в результате саногенеза, либо (гораздо чаще) благодаря влиянию медикаментозной терапии [6].

Из всех многочисленных определений ремиссии наиболее устоявшимся является то, которое предложено Г.В.Зеневичем [13]: «ослабление и смягчение всей симптоматики, обеспечивающее в той или иной степени социальное и трудовое приспособление больного и охватывающее широкий диапазон состояний от граничащих с практическим восстановлением до тех, при которых уже отчетливо выступают симптомы дефекта».

Итак, ремиссия в соответствии с дефиницией этого слова (лат. *remissio* – уменьшение, ослабление) представляет собой временное ослабление симптомов активного периода заболевания. В этом определении уже заложены основные характеристики выделяемых вариантов ремиссий: полная и частичная, спонтанная и терапевтическая, кратковременная и длительная, стабильная и нестабильная, а также подчеркивается принципиальное отличие ее от выздоровления. То есть ремиссия – необходимый, но недостаточный шаг к выздоровлению.

Практическое использование понятия «ремиссия» применительно к больным шизофренией, у которых отмечается не только приступообразное, но и непрерывное течение, осуществлено многими исследователями [3, 22, 30], при этом Р.А.Наджаров [24] специально подчеркивает, что непрерывное развитие заболевания «не означает.. невозможности развития ремиссии». Последнее становится понятным, если учесть, что так называемое непрерывное течение шизофрении в действительности представляет собой ряд ограниченных во времени сдвигов, отчего характеризуется чередованием периодов ухудшения и стабильности [32, 37].

В дальнейшем мы будем говорить о «терапевтической ремиссии» (в отличие от спонтанной) как реакции на терапевтические воздействия.

В последние годы интерес к ремиссиям явно возрос [40–42, 46, 48–52], что и привело к определению международно согласованных операциональных критериев ремиссионных состояний. Это понятно с точки зрения запросов практики: больные шизофренией не только во время острых состояний, но и в период ремиссий являются объектом активной терапевтической работы: фармакотерапии, психотерапии и психосоциальной реабилитации. Согласно общепринятым стандартам [18, 39], фармакотерапия после купирования симптоматики одного приступа заболевания должна продолжаться в тех же дозах в течение года, а при многоприступном течении – на протяжении не менее 5 лет. В период такой фармакотерапии (т.е. во время ремиссий) возрастает значение сохранения комплаенса.

В то же время существующее в современных классификациях DSM-IV-TR (2000) и МКБ-10 (1994) разделение ремиссий в зависимости от наличия или отсутствия резидуальных симптомов на частичные и полные не характеризует ремиссию как основную цель антипсихотической терапии, не квалифицирует уровень ремиссии и отличается высокой долей субъективности.

В научной психиатрии существуют два более дифференцированных пути определения ремиссии: категориальный и дименсиональный, которые обеспечивают более четкие рамки данной дефиниции.

Категориальный подход основан на феноменологической характеристике расстройств, сохраняющихся вне обострения, или характере наблюдающихся после их уменьшения или исчезновения изменений личности [12, 13, 23, 34, 36].

В последнее десятилетие исследователи выделяют качественно различные варианты ремиссии при шизофрении, отражающие, в первую очередь, клинические особенности эндогенного процесса: симптоматические (неполные) и синдромальные (полные) [36].

Преобладает симптоматический тип ремиссии, который предполагает наличие разного рода резидуальных проявлений шизофрении (отдельные «за-

стрявшие» бредовые идеи, транзиторные галлюцинации и иные позитивные симптомы) на фоне существенной редукции других нарушений острого периода и недостаточно критичного отношения к сохраняющимся болезненным проявлениям: тимопатический, обсессивный, ипохондрический и параноидный типы.

Синдромальная ремиссия предполагает завершенность обратного развития проявлений острого периода, стабильное отсутствие позитивных симптомов при наличии негативной симптоматики. Эти ремиссии подразделяются в соответствии с характерным синдромом на типы: стенический, астенический, апатический, аутистический, психастеноподобный (два последних относятся к так называемым псевдопсихопатиям).

В недавнем клинко-эпидемиологическом исследовании А.Б.Смулевича и соавт. [36], посвященном, в том числе, разработке систематики ремиссий, была отмечена высокая частота параноидного, тимопатического и апатического вариантов. При этом отечественные исследователи оценивали ремиссию, исходя из трех критериев – клинического, социального и трудового, отказываясь тем самым от только измерительного подхода и пытаясь найти ему адекватную «поддержку» в виде функциональной характеристики состояния пациента, лишь одной из составляющих которой является симптоматическая психометрическая положительная динамика [2].

Однако категориальный подход к ремиссиям имеет ряд недостатков: 1) субъективизм в оценке типа ремиссии; 2) отсутствие характеристики степени социальной дезадаптации; 3) лишь косвенное упоминание об аффективной и когнитивной составляющих структуру ремиссии; 4) отсутствие единого мнения о необходимости выделения и границах временного критерия.

Кроме того, как справедливо отмечается в работах А.В.Потапова [26], А.В.Потапова и соавт. [27], важным показателем, отсутствующим в структуре ремиссий, но характерным для ее определенных типов, является оценка степени осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям.

В связи с этим нам представляется, что осознание болезни и критика к психопатологическим проявлениям заболевания тесно связаны с реституционными компенсаторными механизмами, отражающими разную степень сохранности личности [1, 5, 13, 20–22].

Реституционные механизмы при формировании ремиссий обеспечиваются появлением у больного во время улучшения состояния так называемых истинных компенсаторных реакций [21], обозначаемых другими авторами как защитные силы [7] или невродинамические изменения репаративного и реституционного характера [3], которые заменяют наблюдаемые в активном периоде заболевания патологические компенсаторные процессы (патогенные компенсаторные процессы по И.В.Давыдовскому)

[10]. В результате происходит восстановление нарушенного «равновесия», которое включает как нивелировку психопатологической симптоматики [33], так и восстановление функций, обеспечивающих определенный уровень социальной деятельности больного [9]. По сути, истинные компенсаторные реакции представляют собой результирующую неких внутренних механизмов, направленных на преодоление психопатологических расстройств и проявляющихся в разной степени осознания болезни и критики к психопатологическим ее феноменам.

Выделено пять типов «истинных компенсаторных реакций», ранжируемых по степени своей «зрелости»:

1) полная переработка патологических переживаний в соответствии с требованиями реальной действительности, ее «диссимилиация и ассимиляция» [13];

2) двойственная оценка патологических переживаний за счет включения построений, конкурирующих с основной их фабулой [29], «сосуществование бреда с известным адекватным отношением к действительности» [44];

3) «рационализация» [8, 19], когда имеет место неадекватное, но формально логичное толкование больным причин, характера и сущности отдельных проявлений болезни;

4) «вытеснение» психотического содержания на периферию сознания [47, 54], с которым связано частичное овладение пациентом своей болезнью, но не полное отделение от нее, признание в качестве болезненных только некоторых особенностей состояния, «бредовая критика или компромиссные сужде-

ния в отношении своего психотического состояния» [29]; это же явление обозначается как «инкапсулирование» [4, 25, 43, 53] или «инкапсуляция» [11], «изоляция» психопатологических переживаний «от адекватных сторон психики» [28], «изоляция психотического от сохранного» [13, 14], «отчуждение», отслоение от личности болезненных явлений [31], «деактуализация», «отступление» бреда за счет побледнения и потускнения связанного с ним аффекта [55], то есть угасание психотических феноменов с утратой чувства их актуальности для личности [16], «уменьшение или утрата эмоциональной значимости и оценки бреда как чего-то реального» [44];

5) «амальгамирование» [38, 56], то есть слияние патологических переживаний с личностью, способствующее изменению ее болезненной установки и формированию сквозной внутренней переориентировки; попытка дать своему аномальному состоянию паралогическое объяснение, к которому фактически отсутствует критика («патологическое объяснение патологического»).

Итак, в основе большинства отечественных классификаций ремиссий лежит наиболее яркий и характерный ведущий признак, обуславливающий поведение больного. При этом подчеркивается сущность ремиссии как качественной синдромальной характеристики клинического восстановления, о социальной адаптации говорится вскользь, и ремиссия рассматривается скорее как условие для реализации индивидуумом еще сохраняющихся (хотя и ограниченных болезнью) возможностей существования во внешнем окружении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я. О клинике ремиссий и особенностях течения шизофрении с преобладанием бредовых явлений: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1957. 16 с.
2. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. П.Б.Ганнушкина. 2004. Т. 6, № 4. С. 156–158.
3. Альтман А.Л. Социально-клиническая характеристика шизофренических ремиссий // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров: Шизофрения. М., 1965. Вып. 2. С. 434–437.
4. Альтман А.Л. Проблема выздоровления и компенсации при шизофрении. М.: Медицина, 1971. 127 с.
5. Амбрумова А.Г. Течение шизофрении по данным отдаленного каdamнеза. М.: Институт психиатрии МЗ РСФСР, 1962. 218 с.
6. Вовин Р.Я. Позитивные и негативные аспекты психофармакотерапии в системе реабилитации психически больных // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидности. Томск, 1986. С. 9–11.
7. Волков П.П. Личностные особенности в структуре инициальных психических расстройств // Вопросы ранней диагностики и лечения нервных и психических заболеваний. Тезисы VI науч. конф. невропатол. и психиатр. Лит. ССР. Каунас, 1979. С. 189–190.
8. Воловик В.М., Вид В.Д. Психологическая защита как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1976. С. 26–28.
9. Воловик В.М., Вид В.Д. Психофармакология и психотерапия. Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. М.: Медицина, 1989. С. 98–117.
10. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). М.: Медгиз, 1962. 176 с.
11. Елгазина Л.М. Формы и условия компенсации бредовых состояний в ремиссии при вялотекущей шизофрении // Проблемы шизофрении. Вопросы клиники. М., 1962. С. 492–503.
12. Жариков Н.А. Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболеваний: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1961. 20 с.
13. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л.: Медицина, 1964. 216 с.
14. Зеневич Г.В. Возможности и варианты социально-трудовой компенсации больных шизофренией // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров: Шизофрения. М., 1965. Вып. 2. С. 393–400.
15. Ильина Н.А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2006. 22 с.
16. Корнетов А.М. О некоторых итогах изучения ближайших и отдаленных результатов лечения шизофрении // Тезисы докладов XX научной конференции Украинского психоневрологического института. Харьков, 1956. С. 73–74.
17. Коцюбинский А.П., Скорик А.И. Оценка динамики психического состояния // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2006. Т. 3, № 2. С. 4–7.
18. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. (Ред.). Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. М., 2007. 260 с.
19. Малкин П.Ф. Бесспорное и спорное в учении о шизофрении // Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). М., 1962. С. 148–155.
20. Марковская М.И. Шизофренические ремиссии в свете диспансерного наблюдения // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1953. Вып. 3. С. 200–202.
21. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медицина, 1963. 198 с.
22. Морозов В.М., Тарасов Ю.К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1951. Вып. 4. С. 44–47.
23. Морозов В.М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1953. Вып. 10. С. 770–774.

24. Наджаров Р.А. Формы течения // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. С. 16–76.
25. Перельман А.А. Шизофрения. Клиника, этиология, патогенез и лечение. Томск: Издательство Томского мед. ин-та, 1944. 288 с.
26. 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.
27. Потапов А.В., Дедорина 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.
28. Рабинович В.И. Компенсаторные механизмы у постпроцессуальных шизофреников и роль трудовой терапии в активизации этих механизмов // Сб. трудов, посвящ. Р.Я.Голант. Л., 1940. С. 199–219.
29. Сальникова Л.И. Больные паранойдной шизофренией со стойкой адаптацией во внебольничных условиях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995. 23 с.
30. Серебрякова З.Н. Возможности профессионального обучения и трудоустройства больных шизофренией // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных (краткое содержание докладов). Л., 1974. С. 199–203.
31. Свердлов Л.С. Клинико-психопатологический и клинико-психологический анализ процесса формирования терапевтических ремиссий при острых шизофренических приступах // Биологическая терапия в системе реабилитации психически больных. Л., 1980. С. 48–60.
32. Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В. О механизмах развития рецидива при эндогенных психозах: длительность ремиссий при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. 1991. Вып. 1. С. 89–94.
33. Семенов С.Ф., Могилкина Н.П., Коган Р.Д. и соавт. Процессы компенсации и адаптации при нарушениях нервно-психической деятельности // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. М., 1979. С. 10–20.
34. Смудевич 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. Вып. 9. С. 1372–1379.
35. Смудевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на манифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7, № 4. С. 3.
36. Смудевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Журн. неврологии и психиатрии. 2007. Т. 107, № 5. С. 4–15.
37. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г. Популяционные закономерности возникновения и течения эндогенных психозов как отражение их патогенеза // Журн. невропатол. и психиатр. 1985. Вып. 8. С. 1184–1191.
38. Ястребов В.С. Клинико-эпидемиологические характеристики негоспитализированных больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1987. № 8. С. 1207–1215.
39. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2nd ed. // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161, Suppl. 2. P. 1–114.
40. Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162, N 3. P. 441–449.
41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. Huber G., Gross G. Wahn: Eine deskriptiv-phenomenologische Untersuchung schizophrener Wahn. Stuttgart: F. Enke Verlag, 1977. 181 s.
45. Kane J. Therapeutic response, remission and functioning in schizophrenia: Transcending Model Expectations in Schizophrenia: Enhancing the Assessment of Patient Outcomes: 13th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia. Davos. 06.02.2006: Satellite Symposium. Program and Abstract Book: Janssen-Cilag, 2006. P. 6–7.
46. Mortimer A.M. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 50, Suppl. (Aug). P. 4–7.
47. Müller M. Prognose und Therapie Geisteskrankheiten. 1949. S. 5–15, 80–90.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. Os J. van, Kahn R. Remission criteria in schizophrenia // Dutch J. Psychiatry. 2007. Vol. 49, N 1. P. 21–26.
52. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol. 153. P. 607–617.
53. Schneider K. Zwangszustände und Schizophrenie // Arch. Psychiat. Nervenkr. 1925. Bd. 74. S. 93–107.
54. Stransky E. Über die Demetia praecox. Wiesbaden, 1909. 46 s.
55. Vie J. Quelques terminations des délires chroniques // Ann. Med. Psychol. 1939. Vol. 2, N 4. P. 461–473.
56. Wetzel A. Die soziale Bedeutung der Schizophrenie // Handbuch der Geisteskrankheiten (Hrsg. von O. Bumke) // Berlin: Springer, 1932. Bd. 9. S. 612–667.

ДИНАМИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. СООБЩЕНИЕ 1

А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина

Статья посвящена вопросу динамики эндогенных психических расстройств, актуальному не только для задач теории психиатрии, но и, особенно – для нужд практического здравоохранения. Авторы представили краткий обзор существующих в настоящее время представлений зарубежных и отечественных авторов об отдельных этапах протекания психического заболевания (реакция/ответ на лечение, пререлив, рецидив, ремиссия, интермиссия, выздоровление) и

предложили логически выверенную модель структуры динамики эндогенных расстройств. Описаны пять типов «истинных компенсаторных реакций», характеризующих разную степень понимания больными своего состояния.

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

DYNAMICS OF ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS. PAPER 1

A. P. Kotsubinsky, N. S. Sheinina

The authors discuss the issue of dynamics of endogenous mental disorders. This subject is important for both the theory of psychiatry and everyday practice of health care. The article presents a brief overview of current views both abroad and in this country, concerning individual stages in the course of a mental disorder, specifically reaction/response to treatment, pre-relapse, relapse, remission, inter-

mission and recovery, and propose a logical model for the structure of endogenous disorders dynamics. They also describe five types of 'authentic compensatory reactions', which characterize different degrees of the patients' insight.

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

Коцюбинский Александр Петрович – главный научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева»; e-mail: ak369@mail.ru

Шейнина Нина Семеновна – старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева»; e-mail: Sheinini@yandex.ru