

<https://doi.org/10.17116/jnevro20191190315>

Прогностическое значение психопатологической структуры ремиссии на начальном этапе шизофрении

А.Н. БАРХАТОВА

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования, Москва, Россия,

Цель исследования. Выделение основных клинико-психопатологических моделей ремиссии начального этапа шизофрении, демонстрирующих корреляции с последующим клиническим и социальным прогнозом заболевания. **Материал и методы.** Обследовали 116 пациентов на этапе ремиссии после первого или второго эпизода приступообразно-прогредиентной шизофрении (по МКБ-10 рубрики F20.01—F20.09). Используются психопатологический, психометрический (шкала SPI-A) и статистический методы. В основу дифференциации ремиссий, возникающих на начальном этапе течения шизофрении, положен принцип лонгитудинального наблюдения с установлением корреляций дефицитарных расстройств и позитивной симптоматики. **Результаты и заключение.** В зависимости от преобладания одного из факторов дефицитарного симптомокомплекса были выделены следующие модули: ремиссии с доминированием дефицитарного фактора экспрессии и ремиссии с доминированием дефицитарного фактора апатии, обнаружившие корреляции с клиническим и социальным прогнозом заболевания.

Ключевые слова: шизофрения, базисные расстройства, дефицитарные расстройства, ремиссия, манифестация, факторы предикции, социальный прогноз.

Prognostic importance of the psychopathological remission structure at the initial stage of schizophrenia

A.N. BARKHATOVA

Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Objective. To identify main clinical and psychopathological models of remission in the initial stage of schizophrenia which were correlated with subsequent clinical and social prognosis. **Material and methods.** The sample consisted of 116 patients diagnosed with paroxysmal-progressive schizophrenia (ICD-10 items F20.01—F20.09) in remission after the first or second episode. Clinical-psychopathological, psychometric (SPI-A), statistical methods were used. The separation of remissions in the initial stage of schizophrenia was based on the principle of longitudinal observation with estimation of correlations between deficit disorders and positive symptoms. **Results and conclusion.** Depending on the predominance of one of the factors of the deficit symptom complex, the following modules were identified: remissions with domination of deficit expression factor and remissions with deficit apathy factor, which were correlated with the clinical and social prognosis.

Keywords: schizophrenia, basic disorders, deficit disorders, remission, manifestation, prediction factors, social prognosis.

Введение

Проблема анализа и оценки непсихотических этапов шизофрении представляет собой одну из важнейших теоретических и практических проблем клинической психиатрии. Традиционно под термином «непсихотические этапы» рассматриваются продромальная стадия болезни и ремиссии, когда психотическая симптоматика неочевидна или временно исчезает (ослабевает) [1]. За прошедшее столетие в мировой психиатрической литературе накоплен обширный материал относительно взглядов исследователей на проблему ремиссий, а также другие неманифестные периоды, такие как продром, исходы. Предлагаются различные принципы, положенные в основу типологической диф-

ференциации неманифестных этапов, обеспечивающих возможности их приложения относительно разных целей и задач соответствующих исследований [2—4].

Ремиссии, формирующиеся при манифестных формах эндогенного психоза, являются одним из наиболее обсуждаемых этапов. Как указывают многие исследователи [5, 6], психопатологическая картина ремиссий в наибольшей степени коррелирует с глубиной негативных изменений, определяя уровень социального и профессионального функционирования пациента [5, 6]. В связи с этим определение закономерностей формирования ремиссий, оценка их прогностического значения приобретают важную роль в выработке адекватных подходов, способствующих сохранению оптимального уровня социально-трудовой

адаптации больных. Психопатологические расстройства являются существенной характеристикой ремиссий, они выступают в роли осозаемой симптоматики, отражающей определенные закономерности траектории развития шизофрении [7–11].

Известно, что первый психотический эпизод шизофрении зачастую претворяет продром, характеризующийся симптомами непсихотического уровня и ухудшением когнитивных и социальных функций [12]. За этой стадией следует манифестация с накоплением симптомов, определяющих структуру психотического состояния [13, 14]. Ранее уже предпринимались попытки выделения симптомов ранних препсихотических стадий развития болезненного процесса, сохраняющих свою актуальность после манифестации психоза и демонстрирующих связь со снижением социального функционирования. Так, в 1959 г. W. Jansarik [15] описал раннюю стадию «препсихотической недостаточности», характеризующейся в основном негативными симптомами: снижением интереса, спонтанности, стойкости и эмоциональной реактивности. Понимая, что эта препсихотическая «палитра» симптомов зачастую остается неизменной и в ремиссии, после психотического эпизода, он пришел к выводу, что резидуальный синдром является последствием лежащего в основе болезненного процесса.

Согласно современному пониманию концепции развития эндогенного процесса в первую очередь необходимым является проведение дифференциации между продуктивной психопатологической симптоматикой и расстройствами дефицитарного круга. Сложность разграничения состоит в том, что такие проявления на этапе ремиссии, как аутистическая форма поведения, эмоциональная сглаженность, абулические расстройства, и целый ряд других нарушений могут оказаться внешним выражением позитивных расстройств, в частности депрессивного фона настроения [16]. Аффективные расстройства могут внести значительное изменение в стабильную картину ремиссии. В этих случаях речь идет о широком спектре стертых, скрытых, редуцированных депрессий, протекающих с ослаблением признаков витальности, что создает предпосылки к возникновению на фоне стертых, «маскированных» депрессий других психопатологических образований, имеющих «фасадный» характер и нередко создающих впечатление основного расстройства. Указанные факторы способствуют, по данным литературы [17–20], появлению разных вариантов клинической картины ремиссии. Так, выраженная идеаторная и моторная заторможенность, моторная диспластичность, обусловленная депрессивным аффектом, может придавать ремиссии кататоноподобный фасад (так называемые дискинетические ремиссии). Выраженные сенестопатические, парестетические и ипохондрические симптомы на фоне стертого аффекта окрашивают клиническую картину ремиссии «невротическими» признаками. То же можно сказать и про паранойяльные «маски», формирование которых в ремиссии интерпретируется в качестве признака, трактуемого как «резидуальные» явления — бред осуждения, обвинения, что более характерно для депрессии. Однако попытки изолированного рассмотрения места и вклада продуктивных или же негативных расстройств на непсихотических этапах зачастую оказываются малоперспективными. Рассмотрение психопатологической «мозаики» первых ремиссий на начальных этапах течения шизофрении, в частности определение вклада

феномена «перекрытия» с другими психопатологическими расстройствами, представляются задачей, заслуживающей специального обсуждения. Так, отдельный интерес вызывают вопросы соотношения негативных расстройств и так называемой осевой, сквозной продуктивной симптоматики, особенно в структуре начальных этапов шизофрении.

Цель настоящего исследования — выделение основных клинко-психопатологических моделей ремиссий начального этапа шизофрении, демонстрирующих корреляции с последующим клиническим и социальным прогнозом заболевания.

Была сформулирована следующая рабочая гипотеза: выделение прогностически содержательных модулей на начальном этапе шизофрении обусловлено существованием разных типов взаимодействия первичных негативных (дефицитарных) и сохраняющихся позитивных расстройств. Причем ремиссии начального этапа заболевания наиболее наглядно демонстрируют этот сложноорганизованный симптомокомплекс, в котором клиническое разнообразие этапа определяется как дефицитарной симптоматикой, так и продуктивными расстройствами в виде сохраняющих свою актуальность «отзвуков» психотического этапа или же «сквозных», отражающих непрерывный характер процесса с признаками субклинического течения, определяющего его динамику.

Близкие к данной гипотезе суждения были сформулированы еще А.В. Снежневским [21] и поддержаны другими отечественными авторами при разработке концепции о «единстве негативных и позитивных расстройств», когда речь идет о том, что одна категория нарушений обуславливает возникновение и существование другой.

Материал и методы

Клиническая выборка состояла из 116 пациентов с первым или вторым эпизодом приступообразно-прогредиентной шизофрении (по МКБ-10 рубрики F20.01—F20.09). Все больные проходили стационарное лечение и/или находились на амбулаторном наблюдении в клинике Научного центра психического здоровья в период с 2008 по 2018 г.

Средний возраст больных на момент госпитализации составил $23,6 \pm 1,1$ года, средний возраст пациентов ко времени появления инициальных симптомов — $17,2 \pm 1,8$ года, длительность заболевания на момент обследования — от 1 года до 7 лет (табл. 1).

Использованы психопатологический, психометрический и статистический методы. Для психометрической оценки состояния больных использовали Schizophrenia Prediction Instrument, Adult version (SPI-A) [22].

Таблица 1. Общая характеристика клинической выборки

Длительность заболевания, годы	Число больных			
	после 1-го приступа		после 2-го приступа	
	абс.	%	абс.	%
5–7	29	25,0	14	12,1
4–6	32	27,6	26	22,4
1–3	4	3,4	11	9,5
Всего	65	56,0	51	44,0

Результаты и обсуждение

Дифференциальная диагностика различных форм шизофрении основывается прежде всего на оценке расстройств, обуславливающих скорость темпа прогрессивности болезненного процесса, и обнаружении признаков шизофренической дефицитарности. В исследовании осуществлен трансиндромальный клинико-психопатологический анализ неманифестных этапов с учетом варианта сочетания негативных, относимых к реестру первичных негативных (снижение экспрессивности аффекта, нарушение внимания, снижение психической активности, аутизация, алогия, абулия) и «сквозных» позитивных расстройств, образующих в итоге некоторые дискретные совокупности.

Проявления первичных негативных расстройств рассматривались с позиции психопатологически неоднородной группы, реализующейся за счет различных патогенетических механизмов, включающих такие ведущие компоненты, как снижение экспрессии (или фактор экспрессии) и абулию (или фактор апатии) [23, 24]. Сквозные фиксированные расстройства, отражающие непрерывный характер процесса, проявлялись неврозоподобной симптоматикой, психопатоподобными расстройствами, преимущественно в виде поведенческих расстройств, нарушений влечений, паранойяльными расстройствами в виде монофабульного изолированного интерпретативного бреда.

Согласно теории А. Кронфельда [25] критерием синдрома, обозначающего клиническое постоянство тенденции реализации шизофрении, служит внутренняя преемственность, взаимосвязь входящих в его состав частей. Астенические, аффективные, невротические расстройства, выявляемые на доманифестных этапах, сами по себе не несут ничего специфического, отражая нарушение более общих механизмов компенсации функциональных структур. Неотличимые от сходных проявлений при других заболеваниях, они могут быть оценены и приобретают диагностическую ценность только ретроспективно. С целью преодоления известных трудностей G. Huber [26, 27] и представители его школы [28] разработали концепцию «базисных нарушений». Современные исследователи к базисным симптомам предлагают относить следующие группы расстройств: нарушение восприятия и самовосприятия (нарушения восприятия себя и окружающих, нарушения телесных ощущений, нарушения перцепции); когнитивно-интенциональные нарушения (нарушения внимания и когниции), аффективно-динамические нарушения в виде снижения эмоциональной реактивности, нивелировки позитивной эмоциональной реакции, искажение или утрату чувства привязанности, симпатии, нарушения толерантности к стрессу. Ряд базисных симптомов имеет переходный характер и может видоизменяться за счет включения других симптомов «сквозного» синдрома, а также «импрегнации» расстройств психотического регистра [29].

На рисунке схематично представлены сопряженные группы расстройств, учитывающие как признаки, относимые к преморбидной психической уязвимости, так и «базисные» расстройства и формирующиеся на начальном этапе шизофрении негативные расстройства, позволяющие проследить предпочтительность динамики их формирования.

Такой подход позволяет проследить тенденции формирования дефицитарных расстройств на основании динамики психопатологических компонент, начиная от не-

специфических проявлений в рамках преморбидной предпсихотической уязвимости (включая профиль базовых расстройств, особенности конституционально-личностной predisпозиции, психопатологический диатез), через становление мало дифференцированных симптомов до очерченных психопатологических синдромов.

В основу разделения ремиссий, возникающих на начальном этапе течения шизофрении, был положен принцип лонгитудинального (включая и ретроспективную оценку) наблюдения с установлением динамических корреляций дефицитарных расстройств и позитивной симптоматики, сопричастных к формированию структуры ремиссии. В зависимости от преобладания одного из факторов дефицитарного симптомокомплекса были выделены следующие модели: группа ремиссий с доминированием дефицитарного фактора экспрессии и группа ремиссии с преобладанием дефицитарного фактора апатии. В каждой из групп были представлены варианты ремиссий без сопряженной продуктивной симптоматики (латентный уровень); с сопряженной симптоматикой, отражающей непрерывный характер процесса (субклинический уровень), и ремиссии с сопряженной редуцированной продуктивной симптоматикой психотического периода (резидуальный уровень) (табл. 2).

Для группы ремиссий с доминированием дефицитарного фактора экспрессии, которые наблюдали у 49 (42,2%) больных, характерными были астенические ремиссии, ремиссии по типу нажитой циклотимии, ипохондрические ремиссии, в том числе ремиссии с явлениями диспсихофобии, моральной ипохондрии, психастенические ремиссии, параноидные, ремиссии по типу «носителей голосов». Чаще данные варианты ремиссий отмечены у лиц, заболевших в юношеском возрасте. В качестве одного из первых и основных признаков данного типа выступает эмоциональное уплощение, нивелируется способность к анализу и переработке эмоционального опыта, нарушается нюансировка межличностных отношений. Анализ динамики становления ремиссий показал, что первичными оказались снижение общего тонуса с констатацией интеллектуального дискомфорта, потеря способности к сложной, аналитической интеллектуальной деятельности. Для ремиссий, клинический тип которых проявлялся в виде «нажитой» циклотимии, дистимии, по типу диспсихофобии или моральной ипохондрии, продолжительность заболевания составляла в среднем 2,5—3,2 года. Формирование дефицитарных расстройств происходит за фасадом аффективной патологии гипотимического полюса. На этапе первой ремиссии пациенты, как правило, обладали низкой эмоциональной устойчивостью, демонстрировали нестабильность своего состояния, эпизоды дисфории, краткие квазипсихотические эпизоды с актуализацией расстройств невротического и аффективного регистров наряду с гиперболизацией черт тревожности, неуверенности, эскапизма, отказ от решения своих функциональных проблем и трудных ситуаций. При формировании варианта ремиссий с участием редуцированных продуктивных расстройств психотического периода были отмечены ремиссии параноидные с резидуальным бредом, по типу «носителей голосов», дискинетические. Данный тип характеризовался большей стабильностью проявлений и длительностью, но с более низким ее качеством.

Группа ремиссий с доминированием дефицитарного фактора апатии состояла из 67 (57,8%) наблюдений.

Таблица 2. Распределение больных по соотношению профиля негативных расстройств и сопутствующей продуктивной симптоматики

Соотношение с позитивными расстройствами	Профиль негативных расстройств		Всего
	с доминированием дефицитарного фактора экспрессии	с преобладанием дефицитарного фактора апатии	
Без сопряженной продуктивной симптоматики/латентный уровень	Астенические ремиссии (8)	Ремиссии по типу «астенической шизоидизации» (5); ремиссии по типу «стенической шизоидизации» (6); ремиссии с регрессивной синтонностью (4); аутистические ремиссии(8); апатические ремиссии (11)	42 (36,2%)
С сопряженной симптоматикой, отражающей непрерывный характер процесса/субклинический уровень	Нажитая циклотимия, дистимия (16); ипохондрические ремиссии, в том числе по типу диспсихофобии моральной ипохондрии (14)	Ремиссии по типу «новой», «второй» жизни (14); типа фершробен (11)	55 (47,4%)
С сопряженной редуцированной продуктивной симптоматикой психотического периода/резидуальный уровень	Параноидные с резидуальным бредом (7); по типу «носителей голосов» (4)	дискинетические (8)	19 (16,3%)
Всего	49(42,2%)	67 (57,8%)	

Примечание. Во 2-м и 3-м столбцах в скобках — число больных.

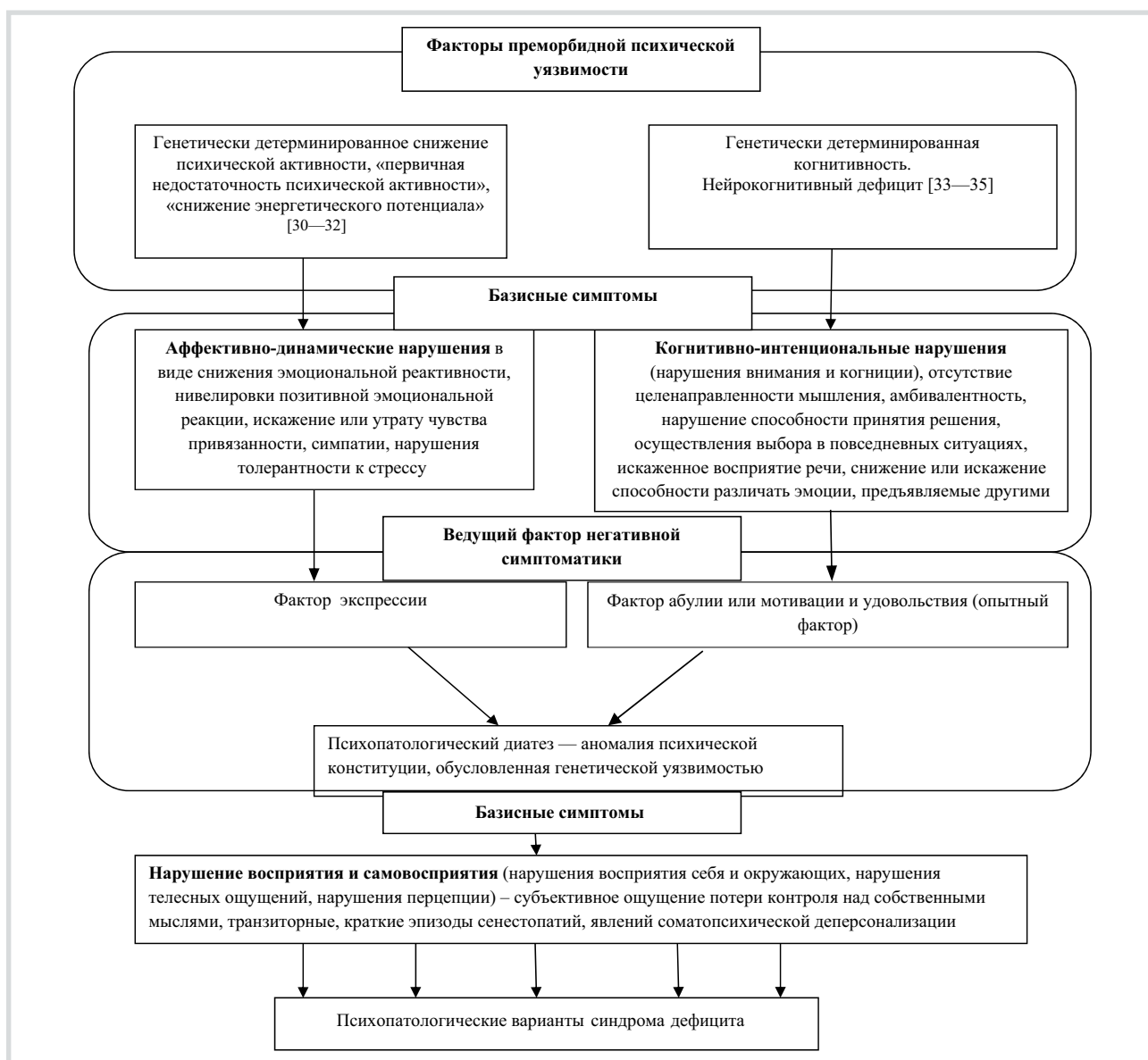


Схема (модель) преморбидной психической уязвимости.

Таблица 3. Социальный, профессиональный и семейный статус на момент обследования у пациентов с разным профилем негативной симптоматики

Показатель	Профиль негативных расстройств		p
	с доминированием дефицитарного фактора экспрессии	с преобладанием дефицитарного фактора апатии	
Возраст на момент обследования, годы	24,4±5,2	26,7±6,5	0,000
Семейный статус, %			
одинокие	61,4	77,1	0,031
в браке	37,2	22,2	0,037
разведены	1,4	0,7	
Образование, %			
неполное среднее	5,8	2,3	<0,001
полное среднее	14,5	10,3	NS
среднее специальное	18,5	15,5	
незаконченное высшее	17,1	14,9	
неполное высшее (бакалавриат)	35,6	44,7	
полное высшее (магистратура)	8,5	12,3	
Занятость, %			
работа по специальности с профессиональным ростом	13,1	29,4	0,001
работа по специальности	15,2	28,1	0,036
эпизодическая занятость	1,4	2,0	
неквалифицированная работа	2,8	1,3	
не работают по инвалидности	9,7	4,6	
не работают без инвалидности	57,9	34,6	

Эти ремиссии формировались у пациентов, заболевших в подростковом возрасте, при длительности заболевания не менее 4,2–5,1 года. В основании формирования этой группы ремиссий лежат дефицитарный симптомокомплекс с преимущественным нарушением мотивационного компонента психической деятельности. Дефицитарные расстройства выступают в качестве очерченных и проявляются в виде ослабления витальных стимулов (побуждений) при незначительном снижении общей психической активности. Отмечались такие типы ремиссий, как ремиссии по типу «астенической шизоидизации», по типу «стенической шизоидизации»; ремиссии с регрессивной синтонностью, аутистические, ремиссии по типу «новой жизни», типа фершробен, дискинетические), апатические ремиссии. Большинство пациентов этой группы в ремиссии демонстрировали такие признаки, как резкое сужение спектра социальной активности, тотальный инфантилизм, зависимость, узость интересов и парадоксальность эмоциональных реакций, потребность в постоянной паттернализации. При относительной сохранности энергетического потенциала они демонстрировали свою социальную беспомощность, проявляющуюся прежде всего в реализации социальной и учебной адаптации. Анализ динамики состояний указал на устойчивое присутствие таких проявлений, как апатия, снижение потребности в эмоциональном контакте, утрата способности получить удовольствие. Заболевание на начальном этапе характеризуется медленным, непрерывным течением, активность эндогенного процесса реализуется в форме затяжных субдепрессивных фаз с явлениями аутопсихической деперсонализации (отчуждение эмоций, собственных психических функций). Многообразные субъективные проявления, характерные для стадии «базовых расстройств», если таковые имели место, утрачивают признаки субъективной переработки, возникшие изменения приобретают характер аутентичности.

Для варианта ремиссии с соучастием расстройств невротического регистра с формированием сверхценных симптомокомплексов наиболее инертными в плане динамики оказывались невротические расстройства и сверхценные образования (увлечение коллекционированием, особыми способами самолечения и физической закалки и т.п.), возникшие, еще до развития манифестных приступов («сквозная» симптоматика), эти явления оставались в дальнейшем почти без изменений. В случае наличия паранойяльных идей, наблюдавшихся на доманифестном этапе, в ремиссиях они чаще полностью редуцируются, при сохранении готовности к формированию ситуационно обусловленных паранойяльных реакций. При сохранении продуктивных нарушений перенесенного психотического этапа они несли черты монотонности и стереотипности проявлений.

Сравнение выделенных групп ремиссий показало их различную динамику по ряду социальных показателей (см. табл. 3). Ремиссии с ведущим фактором экспрессии оказались связанными с острым началом психоза, большей его продолжительностью и выраженным нарушением общего когнитивного функционирования, что находило отражение в устойчивом снижении социального статуса с утратой возможностей получения более высокого уровня образования, трудоустройства с перспективой роста. Ремиссии с фактором апатии были ассоциированы с меньшей выраженностью социальной адаптации до начала болезни, более постепенно развивающимся началом психоза, более длительным временем формирования дефицита исполнительных функций и пролонгированным периодом сохранения стабильной работоспособности. Полученные нами данные сходны с данными других исследователей, апеллирующих к построению прогноза с учетом двухфакторной модели дефицитарных расстройств [36, 37].

Приведенные результаты показывают наличие целого ряда клинико-психопатологических особенностей ре-

миссий с ведущими дефицитарными расстройствами, формирующихся на этапе начальных проявлений шизофрении.

Одной из основных причин многообразия описанных вариантов ремиссии является, по нашему мнению, недостаточный учет иерархии и внутренней психопатологической динамики негативных расстройств с учетом их соотношения с сохраняющейся продуктивной симптоматикой. Следует полагать, что рассмотрение устойчивой позитивной симптоматики, наблюдаемой на начальных проявлениях развития заболевания при условии отчетливой стабильной картины ремиссии, позволит выявить признаки и характеристики, коррелирующие с клиническим и социальным прогнозом заболевания.

В современных исследованиях шизофрении угасание эмоциональной жизни и волевой активности выводится в качестве кардинальных признаков формирующегося синдрома дефицита [38, 39]. Однако ряд проявлений, трактуемых как негативные и обнаруженных в период первых ремиссий, не были в истинном смысле дефицитарными и оказались в большей или меньшей степени обратимыми. При наблюдаемом синдромологическом полиморфизме удаление от возраста начала и манифестации в известной мере «стирает» наличие оттенков психопатологических рас-

стройств, лишая возможности выделения прогностически определяющих компонент.

Рассмотрение дефицитарных расстройств с позиции двухфакторной модели позволяет определить не только степень прогрессивности, но и весьма существенно сказывается на проявлении картины психопатологических расстройств в ремиссии, что в значительной степени определяет различия между ними. Механизм привлечения к анализу ремиссии профиля дефицитарных расстройств с учетом их доминирующего компонента был оправдан только с привлечением системы проспективного обоснования при их сопоставлении, т.е. катанестического доказательства. Нарушения, регистрируемые в доманифестном периоде, имеют биологическую близость с болезненным процессом и несут прогностическое значение для типа течения болезни. Именно поэтому оценка ремиссий, протекающих с дефицитарными расстройствами, оказалась важной не столько для квалификации собственно психопатологического варианта ремиссии, сколько как самостоятельная, прогностически значимая характеристика, способствующая определению темпа прогрессивности шизофрении.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Блейхер В.М., Крук И.В. *Толковый словарь психиатрических терминов*. Воронеж: НПО «МОДЭК»; 1995. [Bleicher VM, Kruk IV. *The explanatory dictionary of psychiatric terms*. Voronezh: NPO MODEK; 1995. (In Russ.).]
2. Смудевич А.Б., Романов А.В., Воронова Е.И., Мухорина А.К., Читлова В.В., Сорокина О.Ю. Эволюция учения о шизофренческом дефекте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117:9:4-14. [Smulevich AB, Romanov AV, Voronova EI, Mukhorina AK, Chitlova VV, Sorokina OYu. 2009; 2017; Evolution of the doctrine of schizophrenic defect. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117:9:4-14. (In Russ.).]
3. Тиганов А.С. (ред.) *Психиатрия*. Научно-практический справочник. 2016. [Tiganov AS. (Ed.) *Psychiatry*. Scientific and practical reference book. 2016. (In Russ.).]
4. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*. 1996;22:353-370. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>
5. Malla AK, Norman AM, Manchanda R, Townsend L. Symptoms, cognition, treatment and functional outcome in first episode psychosis. *Psychol Med*. 2002;32:6:1109-1119.
6. Wolter A, Preuss VW, Kruschke NR. Remission, prediction and stability of symptoms in schizophrenia: a naturalistic 12-month follow-up study. *Inter J Psychiatr Clin Pract*. 2010;14:160-167. <https://doi.org/10.3109/13651500903531365>
7. Valencia M, Fresán A, Barak Y, Juárez F, Escamilla R, Saracco R. Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:2339-2348. <https://doi.org/10.2147/NDT.S87335>
8. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Lehloeny K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:114-121. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283436ea3>
9. van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, Bernardo M, Arango C, Fleischhacker W, Lachaux B, Kane JM. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(2):91-95. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x>
10. Gorwood P, Peuskens J. European Group On Functional Outcomes, Remission in Schizophrenia. Setting new standards in schizophrenia outcomes: symptomatic remission 3 years before versus after the Andreasen criteria. *Eur Psychiatry*. 2012;27(3):170-175. Epub 2011 Jun 8. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.011>
11. Lahera G, Gálvez JL, Sánchez P, Martínez-Roig M, Pérez-Fuster JV, García-Portilla P, Herrera B, Roca M. Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):176. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1755-2>
12. Zhang T, Xu L, Tang Y, Li H, Tang X, Cui H, Wei Y, Wang Y, Hu Q, Liu X, Li C, Lu Z, McCarley RW, Seidman LJ, Wang J. SHARP (ShangHai At Risk for Psychosis) Study Group Prediction of psychosis in prodrome: development and validation of a simple, personalized risk calculator. *Psychol Med*. 2018;1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002738>
13. Norman RM, Malla AK. Prodromal symptoms of relapse in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull*. 1995;21:527-539. <https://doi.org/10.1093/schbul/21.4.527>
14. Gaebel W, Riesbeck M. Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007;95:19-29. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.016>
15. Jansarik W. *Dynamische Grundkonstellation in endogenen Psychosen*. Berlin: Springer; 1959.
16. Carpenter W, Heinrichs D, Wagman A. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. *Am J Psychiatry*. 1988;145:5:578-583. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.578>
17. Омельченко М.А., Румянцев А.О., Калед В.Г. Динамика психопатологических симптомов ультравысокого риска манифестации шизофрении у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(2):16-21. [Omelchenko MA, Rumyantsev AO, Kaleda VG. Dynamics of psychopathological symptoms of ultra-high risk of manifestation of schizophrenia in patients with non-psychotic mental disorders of adolescence Magazine. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2016; 116(2):16-21. (In Russ.).] <https://doi.org/10.17116/jnevro20161162116-21>
18. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung A, Borgwardt S, Kempton M, Barale F, Caverzasi E, McGuire P. Prediction psychosis: meta-analysis of transition outcome in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):220-229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>
19. Омельченко М.А., Голубев С.А., Никифорова И.Ю., Калед В.Г. Риск манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114:6:14-20. [Omelchenko MA, Golubev SA, Nikiforova IYu, Kaleda VG. The risk of manifestation of endogenous psychosis in patients with non-psychotic mental disorders of adolescence. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014;114:6:14-20. (In Russ.).]
20. Калед В.Г., Мезенцева О.Е., Крылова Е.С., Бархатова А.Н. Особенности доманифестного этапа эндогенного психоза с первым присту-

- пом в юношеском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(5):22-28. [Kaleda VG, Mezentseva OE, Krylova ES, Barkhatova AN. Features of the first attack in adolescence. *Zhurnal Nevrologii i Psihatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;112(5):22-28. (In Russ.)].
21. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология. В кн.: *Шизофрения. Клиника и патогенез*. М. 1969. [Snezhnevsky AV. Symptomatology and nosology. In the book: *Schizophrenia. Clinic and pathogenesis*. M. 1969. (In Russ.)].
 22. Аддингтон Д., Клостеркеттер Й., Рурман С., Шульце-Люттер Ф. Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении (SPI-A). *Взрослая версия*. Пер. Скугаревская М., Элисон А. ISBN E-book: 9788895930572. [Addington D, Klosterkotter J, Ruhrman S, Schultze-Luther F. A tool for assessing susceptibility to schizophrenia (SPI-A). *Adult version (SPI-A)*. Per. Skugarevskaya M., Alison A. ISBN E-book: 9788895930572. (In Russ.)].
 23. Marder SR, Galderisi S The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):14-24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>
 24. Kaiser S, Lyne J, Agartz I, Clarke M, Mørch-Johnsen L, Faerden A. Individual negative symptoms and domains — Relevance for assessment, pathomechanisms and treatment. *Schizophr Res*. 2017;186:39-45. Epub 2016 Jul 21. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.07.013>
 25. Кронфельд А.С. *Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии*. Предисловие Кутко И.И., Москаленко В.Ф. Харьков: Основа; 1996. [Kronfeld AS. *Problems of syndromology and nosology in modern psychiatry*. Preface Kutko I.I., Moskalenko V.F. Kharkov: Basis; 1996. (In Russ.)].
 26. Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiat*. 1966;34:409-415.
 27. Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt*. 1983;54:23-32.
 28. Ebel H, Gross G, Klosterkötter J, Huber G. Basic symptoms in schizophrenic and affective psychoses. *Psychopathology*. 1989;22(4):224-232.
 29. Скугаревский О.А., Скугаревская М.М. Возможности ранней диагностики и профилактики психозов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015;11:2:10-25. [Skugarevsky OA, Skugarevskaya MM. Possibilities of early diagnosis and prevention of psychosis. *Bulletin of psychiatry and psychology of Chuvashia*. 2015;11:2:10-25. (In Russ.)].
 30. Huber G. Indizien für die Somatosehypothese bei den Schizophrenien *Fortschr. Neurol Psychiat*. 1976;44:77-94.
 31. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. *Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия*. СПб.: СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева; 2008. [Ivanov MV, Neznanov NG. *Negative and cognitive disorders in endogenous psychosis: diagnosis, clinic, therapy*. SPb.: SPbNIPi them. V.M. Bekhtereva; 2008. (In Russ.)].
 32. Кошубинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы. Часть 1. Уязвимость—диатез—стресс. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2016;2:3-7. [Kotsyubinsky AP, Erichev AN, Klaiman VO, Shmonina OD. The biopsychosocial model of schizophrenia and early non-adaptive regimens. Part 1. Vulnerability—diathesis—stress. *Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016;2:3-7. (In Russ.)].
 33. Sharma T, Harvey Ph. Когниция при шизофрении: нарушения, их значение и терапевтические стратегии. Кратк. пер. с англ. Под ред. Шарма Т., Харви Ph. [Cognition in schizophrenia. Impairments, importance, and treatment strategies. Ed. by Oxford: University Press; 2000. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2001;3:106-108. [Sharma T, Harvey Ph. Cognition in schizophrenia: disorders, their significance and therapeutic strategies. Short Translated from English. Ed. Sharma T., Harvey Ph. Cognition in schizophrenia. Impairments, importance, and treatment strategies. Ed. by Oxford: University Press; 2000. *Social and Clinical Psychiatry*. 2001;3:106-108. (In Russ.)].
 34. Смулевич А.Б. *Расстройства личности*. Учебное пособие. М.: Медицинское информационное агентство; 2007. [Smulevich AB. *Personality disorders*. Study guide. M.: Medical Information Agency; 2007. (In Russ.)].
 35. Cannon TD, van Erp TGM, Rosso IM, et al. Fetal Hypoxia and Structural Brain Abnormalities in Schizophrenic Patients, Their Siblings, and Controls. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:35-41.
 36. Strauss GP, Horan WP, Kirkpatrick B, Fischer BA, Keller WR, Miski P, Buchanan RW, Green MF, Carpenter WT Jr. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *J Psychiatr Res*. 2013;47:783-790. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.01.015>
 37. Faerden A, Barrett EA, Nesvåg B, Friisa S, Finset D, Mardere SR, Ventura J, Andreassen Ole A, Agartz I, Melleaet I. Apathy, poor verbal memory and male gender predict lower psychosocial functioning one year after the first treatment of psychosis. *Psychiatry Res*. 2013;210(1):55-61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.007>
 38. Stephen R. Marder, Silvana Galderisi. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):14-24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>
 39. Galderisi S, Mucci A, Bitter I, Libiger J, Bucci P, Fleischhacker W, Kahn RS, Fleischhacker W, Boter H, Keet IPM, Brugman C, Davidson M, Dollfus S, Gaebel W, Gheorghe M, Gonen I, Grobbee DE, Hranov L, Hummer GM, Libiger J, Lindfors N, López-Ibor JJ, Nijssen K, Peuskens J, Prelicepanu D, Riecher-Rössler A, Rybakowski JK, Sedvall G, Von Wilmsdorff M. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23:196-204. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.04.019>

Поступила 04.11.2018

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Бархатова Александра Николаевна — д.м.н., главный научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», e-mail: abarkhatova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>

Barkhatova A.N. — PhD, DrSci, Chief Researcher, Mental Health Research center, e-mail: abarkhatova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>