

doi: 10.17116/jnevro201511571?-

Варианты динамики многолетней лекарственной ремиссии у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией (катамнестическое исследование)

М.А. МОРОЗОВА*, Д.С. БУРМИНСКИЙ, Г.Е. РУПЧЕВ

Лаборатория психофармакологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАН, Москва

Variants of changes in the psychopathological phenomenology of the long-term remission in stable patients with paranoid schizophrenia: a longitudinal study

M.A. MOROZOVA, D.S. BURMINSKIY, G.E. RUPCHEV

Mental Health Center, Russian Academy of Science, Moscow

Цель исследования. Анализ литературы, посвященной различным аспектам изучения шизофрении, показывает, что в последние несколько лет происходит смещение фокуса внимания исследователей-клиницистов от описания особенностей обострений шизофрении к изучению феноменологии патологических проявлений в ремиссии. Отдельным объектом исследования становится степень и характер влияния психопатологического феномена на повседневную жизнь больного, а также факторы, влияющие на скорость и полноту реинтеграции больных в общество. Авторы изучали динамику клинической картины в сочетании с динамикой личностного функционирования больных шизофренией, сохраняющих состояние ремиссии не менее 3 лет на фоне терапии атипичными антипсихотиками. **Материал и методы.** Клинико-катамнестическим методом было обследовано 130 пациентов, страдающих шизофренией и находящихся в состоянии лекарственной ремиссии длительностью не менее трех лет. В качестве базовой антипсихотической терапии больные получали атипичные антипсихотики. **Результаты.** В результате длительного наблюдения за больными с одинаковым диагнозом и стадией заболевания, похожим лечением, хорошим терапевтическим ответом (по крайней мере, отсутствие рецидива) и хорошей переносимостью выявилось четыре варианта динамики ремиссии. Описываются характерные особенности динамики ремиссии каждого из вариантов, рассматривается роль уровня личностного функционирования и его динамики в процессе наблюдения. Вводится понятие «фармакологический кредит», как способность пациентов рационально использовать ресурсы, открывающиеся в результате лечения, который зависит от уровня личностного функционирования. Высказываются предположения о механизмах, лежащих в основе формирования четырех выделенных вариантов. **Заключение.** Длительное динамическое наблюдение за развитием клинической картины ремиссии позволяет обнаружить устойчивые варианты, описать характерную для каждого из них смену адаптивных и регрессивных периодов, а также более объективно выделить ведущие механизмы, которые определяют долгосрочный прогноз.

Ключевые слова: шизофрения, ремиссия, восстановление, внутренняя картина болезни, личностное функционирование.

Objective. An analysis of literature data on schizophrenia shows the shift of interest from acute psychosis to phenomenology of remission. The separate objects of research become the impact of symptoms, observed in remission, on everyday life of patients and factors, which influence rapidity and comprehension of reintegration of patients into society. We aimed to describe the changes in psychopathological phenomenology and personality functioning during long-term (no less than three years) remission in patients with paranoid schizophrenia treated with atypical antipsychotics. **Materials and methods.** One hundred and thirty stable patients with paranoid schizophrenia underwent regular clinical examination during no less than three years. All patients were constantly medicated with atypical antipsychotics. **Results.** Long-term observation of patients with the similar diagnosis and phase of disease, similar treatment and good treatment response (at least without psychotic exacerbation during the observation period) and tolerability revealed difference in changes of psychopathological phenomenology and personality functioning, which could be grouped into four distinct variants. The description of specificity of each variant is presented. A role of the initial level of personality functioning and its changes during observation period were analyzed. A new concept-«pharmacological credit» is introduced in order to name the ability of patients to use rationally recourses, delivered by treatment. The connection of this concept with the level of personality functioning was demonstrated. The hypothesis of mechanisms which underlie the four variants is offered. **Conclusion.** Long-term observation of the changes in the psychopathological phenomenology in the stable period of disease reveals the stable variants of the development of remission. The fluctuation of adaptive and regressive phases is registered. More objective factors, which impact on prognosis, are elucidated.

Keywords: schizophrenia, remission, recovery, internal picture of illness, personality functioning, pharmacological credit.

Анализ литературы, посвященной различным аспектам изучения функциональных психозов, в частности шизофрении, показывает, что в последние несколько лет происходит смещение фокуса внимания исследователей-клиницистов от описания особенностей обострений шизофрении к изучению феноменологии патологических проявлений в ремиссии. Так, в апреле 2003 г. была создана согласительная группа по разработке критериев ремиссии при шизофрении, в результате работы которой в 2005 г. были сформированы операциональные критерии ремиссии с учетом современного понимания сути заболевания [1]. Отдельным объектом исследования становится степень и характер влияния психопатологических явлений на повседневную жизнь больного, а также факторы, влияющие на скорость и полноту реинтеграции больных в общество. Постепенно расширяется угол зрения исследователя — медицинский (объективный) аспект оценки состояния больного уравнивается субъективным, когда так же тщательно изучается характер восприятия больным своего состояния, изменение представления больного о себе в связи с болезнью. Этот подход лег в основу создания новой концепции клиники шизофрении, при создании которой потребовалось введение нового термина «восстановление» в дополнение к известному понятию «ремиссия». По заключению консенсуса Американской психиатрической ассоциации «восстановление» включает в себя такие характеристики функционирования больного, как способность надеяться и вести осмысленную жизнь, способность к автономному существованию в соответствии с возможностями и желаниями больного, способность больного к самоуважению, принятие пациентом социальных форм существования и вовлеченность в социальную среду, а также восстановление нормального хода развития личности. Таким образом, термин «восстановление» характеризует способности больного справляться с требованиями, предъявляемыми жизнью, несмотря на болезнь, и успешно адаптироваться к имеющимся психическим расстройствам [2]. Сам факт постановки задачи изучить процесс восстановления при шизофрении оказался плодотворным и практически значимым, так как существенно приблизил к реальности исследовательскую модель, дополнив ее важными, но ранее не принимавшимися в расчет аспектами. Так, например, наиболее известная на сегодняшний день типология ремиссий строится на основании описания остаточных клинических проявлений [3—8]. Относительно меньше внимания уделялось вопросам социальной адаптации больного в ремиссии, под которой преимущественно понималась трудовая адаптация [9, 10]. Для классификации ремиссий практически не использовался подход, который бы включал как критерий субъективный фактор. Таким образом, концепция ремиссии фокусируется на оценке болезни, в то время как концепция восстановления в центр внимания помещает субъективные переживания болезненных расстройств и оценку ресурсов компенсации болезненных проявлений. В концепции «восстановление» типы ремиссий и даже ее критерии не имеют первостепенного значения.

Для исследования ресурсов восстановления большое значение имеет внутренняя картина болезни как концепция, позволяющая структурировано описывать представления больного о своем заболевании и изучать различные уровни отражения болезни в психике субъекта: чувствен-

ный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный [11—13]. В рамках этой концепции активность личности («психологическая сторона») в ситуации хронического заболевания (надо отметить, что почти все исследования были посвящены соматическим расстройствам) имеет большее значение, чем собственно клиническая картина болезни, ее «медицинская сторона». Личность «психологически трансформирует» свое болезненное состояние и формирует различные типы реакций на болезнь. Более того, в силу базового качества пристрастности [14], собственного психическому отражению вообще, субъект может значительно исказить болезненные ощущения и даже породить у себя новые симптомы [15]. Таким образом, активность биологического патологического процесса сталкивается с не меньшей по значению активностью личности. Качество и интенсивность этой активности определяются психическими ресурсами личности. Результат этого взаимодействия влияет на течение болезни, может препятствовать успешности лечебных мероприятий, тормозить ход реабилитационного процесса и стать источником стойкой инвалидизации пациента [12] или, наоборот, фактором, способствующим восстановлению [16].

Внутренняя картина болезни является важной частью более общего феномена — личностного функционирования больного, который приобретает особенное значение при исследовании различных аспектов концепции восстановления. В работах психодинамически ориентированных исследователей хорошо разработано и исследовано понятие личностной организации, в большой степени сходной с представлением о личностном функционировании [17]. Систематических же исследований этой проблемы в клинической психиатрии все еще очень немного, хотя его значение для формирования стратегии помощи больным и понимания границ возможностей лечения трудно переоценить.

Основной целью настоящего исследования являлось описание динамики клинической картины в сочетании с динамикой личностного функционирования больных шизофренией, сохраняющих состояние ремиссии не менее 3 лет на фоне непрерывной терапии атипичными антипсихотиками.

Материал и методы

В начале в исследование было включено 195 больных шизофренией приступообразной формы течения или приступообразно-прогредиентной шизофренией, близкой к параноидной (F20.1 и F20.2) [18]. Все они находились на катamnестическом наблюдении в лаборатории психофармакологии с 2000 по 2013 г.

Для включения в анализ пациенты должны были находиться в состоянии ремиссии не менее 3 лет на фоне непрерывной психофармакотерапии. Базовым препаратом в этих случаях являлся атипичный антипсихотик (клозапин, оланзапин, рисперидон, палиперидон, арипипразол). Исследуемая ремиссия устанавливалась после психотического приступа. Клиническая картина приступов была неоднородной: преобладание галлюцинаторно-параноидной симптоматики; определение клинической картины острым чувственным бредом; преобладание галлюцинаторных расстройств; определение клинической картины синдромом Кандинского—Клерамбо. Психоти-

ческие эпизоды, после которых наступала исследуемая ремиссия, были очерченными во времени, а выраженность психопатологических расстройств была интенсивной и требовала госпитализации или амбулаторного лечения с оформлением документа о нетрудоспособности.

Среди больных было 73 женщины и 122 мужчины. Средний возраст больных составил — $43 \pm 17,3$ года, средняя длительность заболевания — $16,2 \pm 5,7$ года, средняя длительность наблюдения — $7,4 \pm 4,2$ года. Исследователи обследовали больных ежемесячно. Больные, у которых в процессе наблюдения в связи с ухудшением состояния возникала необходимость коррекции терапии (замена атипичного антипсихотика на типичный, комбинации антипсихотиков), исключались из исследования. Поэтому в окончательный анализ было включено 130 больных, 84 мужчины и 46 женщин, что составило 67% от первичной выборки.

Финальный анализ материала проводился в 2014 г. и включал только тех больных, которые сохраняли стабильное состояние и сходную базовую терапию, а также хорошую комплаентность по отношению к лечению. Иными словами, отобранная группа пациентов характеризовалась достаточным или хорошим лекарственным ответом, что давало основание предполагать, что была получена картина предельного для атипичных антипсихотиков терапевтического эффекта у описанного контингента больных.

Основным методом исследования был клинический и клиничко-катамнестический.

Как говорилось выше, помимо клинического описания динамики ремиссии, мы предприняли попытку изучить особенности личностного функционирования больных. Так как в настоящий момент личностное функционирование в психопатологическом контексте не является устойчивой категорией с четким определением, мы предлагаем для целей данного исследования ввести следующее рабочее понятие личностного функционирования: личностное функционирование — это комплекс способностей личности формировать ценностную иерархию, иметь и поддерживать увлечения и интересы, существовать автономно, заботиться о близких, формировать социальные связи, планировать и реализовывать планы, а также формировать внутреннюю картину болезни, следствием чего, как мы полагаем, является качество комплаентности больных.

Для целей настоящего исследования мы определили три уровня нарушений личностного функционирования:

— *высокий*, соответствующий культурально принятой ценностной иерархии, конвенционально понятным хобби и интересам с адекватным уровнем способностей к автономному существованию, заботе о близких, сохранению имеющихся и приобретению новых социальных связей вне семейной структуры, способностью к формированию устойчивых связей с сексуальным партнером, долгосрочному планированию и хотя бы частичной реализации планов, созданию относительно стабильной и дифференцированной внутренней картины болезни; комплаентность в отношении терапии флюктуирует, но в целом высокая;

— *умеренно сниженный* с гетерогенностью ценностной иерархии, которая включает в себя как конвенциональные, так и аутистические элементы; отсутствие хобби сочетается с интересами аутистического характера. В этих

случаях нет способности заботиться о близких; есть способность сохранять, но не приобретать новые социальные связи вне семейной структуры, связи с сексуальным партнером неустойчивы, способность к автономному существованию нестабильна, планы носят стереотипный и/или нереализуемый характер, интеллектуальный компонент внутренней картины болезни либо примитивен, либо отсутствует, мотивационная часть присутствует, но не всегда адекватна, однако комплаентность достаточно высокая;

— *низкий* — без признаков имеющейся ценностной иерархии, с отсутствием хобби и интересами преимущественно аутистического характера. Автономное существование в этих случаях практически невозможно, связи носят преимущественно симбиотический характер, нет потребности в сексуальном партнере (сексуальность носит крайне инфантильный характер), планы и цели задаются внешними субъектами, мотивационная часть внутренней картины болезни амбивалентна либо отсутствует, комплаентность поддерживается внешним субъектом (семья или врач), интеллектуальный уровень внутренней картины болезни отсутствует.

Анализ материала проводился в направлении выявления динамических характеристик в клинической картине и оценки динамики личностного функционирования, в частности внутренней картины болезни.

Оценка психического состояния базировалась на клинической беседе, которая, как нам представляется, является единственно возможной моделью непосредственного наблюдения за качеством социального взаимодействия больного. Мы отказались от использования психометрических инструментов, которые предполагают применение структурированного интервью. В связи с новизной выбранного объекта исследования в настоящее время не существует адекватных количественных методов оценки. Для более тщательного описания наблюдаемых явлений нам пришлось заимствовать терминологию из смежных дисциплин, а также вводить некоторые новые термины.

Результаты

На момент начала наблюдения, когда состояние больных было квалифицировано как ремиссия, обнаружилось, что приблизительно у $1/2$ из них (55% случаев от общей группы) остаются резидуальные психотические симптомы в виде стереотипных отрывочных галлюцинаторных нарушений, а также устойчивых рудиментарных бредовых расстройств. У 45% больных резидуальной психотической симптоматики не отмечалось, но наблюдались остаточные признаки дезорганизации мышления, неврозоподобная (преимущественно тревожный и тревожно-фобический круг) симптоматика. У всех больных в клинической картине ремиссии наблюдались симптомы негативного круга разной степени выраженности в виде редукции энергетического потенциала, эмоциональной уплощенности и волевых нарушений.

В первые 6 мес терапии, независимо от особенностей клинической картины ремиссии и уровня личностного функционирования, была отмечена единообразная динамика состояния больных: отмечалось значительное снижение выраженности астенических и апато-абулических нарушений, у многих пациентов, независимо от того, об-

ладал или нет выбранный антипсихотик седативным эффектом, отмечалось повышение общей активности, которая проявлялась в удлинении периода бодрствования, большей подвижности, увеличении объема речи. Изменения отмечались в эмоциональной и коммуникативной сфере — для больных было характерно постепенное расширение эмоционального репертуара, интонаций и пантомимики. Эмоциональный ответ в ходе врачебной беседы становился несколько более дифференцированным и адекватным. Расширялся круг тем разговора с врачом. Больные делились планами, которые в большинстве случаев касались улучшения социальной ситуации. Отмечался сдвиг в фокусе интереса больных с конкретных вопросов о лекарствах и вероятности госпитализации в сторону более общих, касающихся в целом возможных механизмов социальной адаптации. Обнаруживались признаки того, что с врачом постепенно устанавливались личностно значимые отношения. Заметна была тенденция к большей автономии в повседневной жизни, что закономерно приводило к конфликтам с близкими, в результате которых обнаруживалась ранимость больных — следствием конфликтов часто бывали эпизоды подавленности, отчаяния, тревоги, фобических расстройств [19]. Для группы в целом на этом этапе было характерно появление или усиление уже имеющейся реактивной лабильности. Обнаруживался рост социальной активности. При этом у одного и того же больного одна часть проявлений активности носила вполне продуктивный характер, другая — явно аутистический, в соответствии с описанием E. Minkowski [20].

На всем протяжении исследования опыт перенесенных острых психотических состояний (не факт болезни как стигмы, а воспоминания о пережитом) для группы в целом оставался фактором, существенно влияющим на организацию жизни пациентов. В конце исследования проблема интеграции психотического опыта в актуальную психическую жизнь больного становилась все более значимой. В отличие от описания галлюцинаторных или галлюцинаторно-бредовых переживаний, возникающих вследствие экзогенной, например интоксикации, когда психотический опыт воспринимался как отчетливо внешний в отношении психической жизни пациента, здесь переживание психоза разделялось на часть, воспринимаемую больным как необычное, странное и очевидно болезненное, к которой вне зависимости от качества ремиссии у всех больных группы формировалась критика, и часть, которая переживалась как некоторое особое, выходящее за рамки обыденного свойство личности больного. Этот феномен мы назвали «зоной стойкой не критичности». На нем стоит остановиться подробнее, так как именно он в большой степени влиял на формирование новых жизненных стереотипов в постпсихотический период. К нему практически ни у кого из больных всех уровней личностного функционирования критика так и не формировалась.

У больных с высоким уровнем функционирования это психическое образование было относительно доступно для обсуждения с врачом. С повышением качества ремиссии эта тема все чаще поднималась больными спонтанно. В процессе обсуждения оказывалось, что больные убеждены в наличии своих особых, ценных для себя возможностей, наиболее ярко проявившихся в психозе, которые они и на момент исследования не определяли как болезнь. При этом они стремились организовать свою

жизнь так, чтобы не провоцировать реализацию этих свойств, так как имели в виду, что это может быть воспринято как проявление болезни. Например, они избегали разговоров с близкими на эту тему и ситуаций, напоминавших жизненные обстоятельства, в которых развился психоз. Такие больные прилагали значительные усилия, чтобы сделать свою повседневную жизнь как можно более однообразной, сознательно сводя до минимума новые впечатления и сильные эмоции.

У больных с умеренно сниженным и низким уровнем функционирования эти переживания были труднодоступными для обсуждения. Даже при активном расспросе в первые годы наблюдения эти феномены выявить не представлялось возможным. Только при формировании устойчивых доверительных отношений между врачом и больным (3—4-й год курации) удавалось обнаружить, что представление о своих «особых способностях» является источником патологического фантазирования и не вызывало тревожных опасений.

Представляется, что больным, независимо от уровня личностного функционирования, удавалось относительно полно интегрировать в свою психическую жизнь и критически осмыслить лишь некоторые аспекты пережитого острого психотического состояния. Это говорит о том, что внутренняя картина болезни распадалась на две части. Одна часть соответствовала критериям хорошей критичности, или достаточного инсайта [21], а другая — оставалась «зоной стойкой не критичности»: специфически измененной вследствие психоза частью личности. Существует трудность в психопатологическом определении этого изменения. Наиболее подходящим, по нашему мнению, является термин «грандиозность» [22], заимствованный из психодинамического словаря. В отличие от психопатологической категории «идеи величия» понятие «грандиозность» позволяет описывать более аморфные болезненные проявления в виде личностных установок, отношения к себе, другим и действительности вообще. Отношение к этой грандиозной части личности больного определяется уровнем личностного функционирования. Чем выше был его уровень, тем менее приемлемым было для больного снова допустить возможность влияния этой части личности на поступки и суждения, в большей степени фантазии на эту тему вызывали тревогу, — ярче проявлялась амбивалентная составляющая отношения к пережитому психозу. Чем ниже был уровень личностного функционирования, тем в большей степени грандиозность являлась источником удовольствия и покоя, клинически проявляющегося апатоабулическим состоянием.

Как упоминалось выше, уровень личностного функционирования влиял на формирование взаимоотношений между врачом и пациентом, ситуацию, которую мы рассматривали как модель социального поведения больного. Чем ниже был исходный уровень пациента, тем в большей степени в процессе разговора проявляли себя нарушения представлений больного об адекватных и неадекватных темах: беседа часто отклонялась от собственно целей посещения психиатра в сторону описания фантазий и воспоминаний событий прошлого. К концу наблюдения больные сохраняли склонность смешивать медицинские и общечеловеческие проблемы, а также ожидали от врача не только медицинской помощи, но и руководства в жизни. Цель лечения в сознании больного, несмотря на усилия врача, оставалась размытой, часто сохранялся неме-

дицинский контекст взаимодействия (например, предьявлялись такие объяснения цели лечения — «чтобы сохранить инвалидность» или «привычка»).

В процессе наблюдения за больными с исходно более высоким уровнем личностного функционирования обнаруживались следующие изменения этого аспекта состояния. В первые 2 года наблюдения они, так же как и больные с низким уровнем функционирования, насыщали клиническую беседу не столько медицинскими вопросами, сколько семейными и служебными проблемами, искали конкретные указания, хотя и не руководства, в психологически сложных житейских ситуациях. К концу наблюдения такие больные начинали устойчиво демонстрировать адекватное медицинской ситуации поведение и ожидания. Например, тематика беседы приближалась к таковой у соматических больных, когда в центре разговора помещались жалобы на медицинские проблемы, взаимодействие во время визитов все чаще попадало в рамки ролевых отношений «врач—пациент», в процессе взаимодействия с врачом формировалось понимание конкретной дифференцированной цели лечения. В итоге возможным становилось обсуждение масштаба ограничений, связанных с болезнью. Можно предположить, что способность пациента удерживать медицинский дискурс в процессе общения с врачом являлся важным показателем проявления качества критичности в широком смысле, который в свою очередь был связан с уровнем личностного функционирования.

Постепенно в ходе наблюдения различия в характере изменений психопатологической картины ремиссии нарастали.

Были выявлены четыре варианта динамики клинической картины ремиссии.

Первый вариант динамики клинической картины ремиссии

Он имел место у 29 (22%) пациентов.

У больных с исходно низким уровнем личностного функционирования и резидуальными психотическими расстройствами в ремиссии обнаруживалось изменение субъективного переживания остаточных галлюцинаторных расстройств с негативного на позитивный. Так, из описания больных следовало, что обманы восприятия начинают играть в жизни больного важную регулируемую роль, позволяющую успешнее справляться с тревогой, беспомощностью, страхом одиночества и переживанием неопределенности. В некоторых случаях галлюцинаторный опыт становился необходимым фактором существования больных, структурирующим их деятельность в целом. Мы назвали такие галлюцинаторные расстройства «регуляторными галлюцинациями». К концу наблюдения обнаруживалось существенное снижение выраженности или полное исчезновение резидуальной продуктивной симптоматики. Однако параллельно с этим нарастала выраженность апатоабулических расстройств, значительно сужались социальные контакты вследствие апатии, происходило сужение и стереотипизация сфер деятельности. Все больше утрачивалась способность к автономному существованию, уровень социального и личностного функционирования за время наблюдения снижался. Прямая временная связь этих процессов наводила на мысль, что мы имеем дело с причинно-следственной связью: с редукцией «регуляторных

галлюцинаций» утрачивалась способность к общей саморегуляции.

Второй вариант динамики клинической картины ремиссии

Этот вариант отмечался у 45 (35%) пациентов.

Больные с умеренно сниженным уровнем личностного функционирования и резидуальными психотическими расстройствами в ремиссии на протяжении всего периода наблюдения продолжали воспринимать остаточные психотические феномены отчетливо негативно. Изменения касались характера их связи с событиями жизни больного: если раньше психотические расстройства возникали спонтанно, то в ходе наблюдения появлялась устойчивая связь между транзиторными психотическими нарушениями и психотравмирующими ситуациями (экзамен, ссора, смена места жительства и т.д.). Иными словами, эти явления все больше встраивались в общую картину реактивной лабильности пациентов. К концу наблюдения наряду со значительным снижением частоты возникновения резидуальных психотических симптомов отмечалось значимое повышение уровня личностного функционирования: нарастала способность к целенаправленной деятельности, что реализовывалось в том числе и в значительном профессиональном росте, расширении и повышении качества и устойчивости социальных контактов, расширении спектра и адекватности эмоциональных реакций. Увеличивалась способность больных к автономному существованию.

Третий вариант динамики клинической картины ремиссии

Этот вариант характеризовал 15 (12%) пациентов.

У части больных с высоким уровнем личностного функционирования в начале наблюдения психопатологическая картина ремиссии определялась преимущественно невротоподобными расстройствами тревожного спектра. В этой подгруппе общее повышение психической активности сопровождалось нарастанием псевдоневротической симптоматики с преобладанием тревожно-ипохондрического и тревожно-фобического радикала. Возникла диссоциация между субъективно достаточным уровнем энергии и заметным снижением социальных притязаний и потребностей. Больные намеренно ограничивали себя в интересной деятельности, удовольствии, контролировали степень увлеченности чем-либо, в том числе и выраженность эмоциональных переживаний, связанных с отношениями с близкими людьми, опасаясь спровоцировать болезненные явления. В клиническом состоянии больных все более отчетливо проступали ипохондрические признаки. При этом они успешно восстанавливали профессиональный уровень, который был у них до болезни, и сохраняли его, однако не стремясь к большему. К концу исследования отмечалась стабилизация уровня псевдоневротической симптоматики, стагнация во всех сферах жизни больных, которая намеренно поддерживалась ими из-за мучительного нарастания тревоги при любых переменах. Больные сознательно ограничивали круг общения и старались избегать ситуаций, провоцирующих эмоциональное напряжение или сильную увлеченность. Они сохраняли способность к автономному существованию при стабильной социальной ситуации, но при ее изменении для реадaptации им требовалась помощь. В целом уровень

их личностного функционирования оставался достаточно высоким, но все же было заметно его постепенное снижение.

Четвертый вариант клинической картины ремиссии

Этот вариант был выявлен у 41 (31%) пациента с умеренно сниженным уровнем личностного функционирования в начале наблюдения. Здесь клиническая картина ремиссии определялась остаточными признаками дезорганизации мышления. Для них было характерно то, что W. Blankenburg [23] описывает как «нарушение внутреннего схватывания правил игры в межличностном взаимодействии, возникающего еще до начала процесса умозаключения, чувства пропорциональности, ощущения адекватности, подходящего—неподходящего, имеющего отношение к текущему моменту в отношениях с другими людьми, ощущения контекста и внутреннего смысла ситуации взаимодействия». Для таких пациентов были характерны своеобразные элементы деперсонализации, проявляющиеся в разобщиении формального знания о полученном опыте в отношениях с людьми и ощущения принадлежности этого опыта себе. С этим нарушением было тесно связано болезненное переживание недостаточной ясности восприятия во взаимодействии с другими людьми, что больные ошибочно ассоциировали с нарушением внимания и памяти. Действительно, при необходимости устанавливать новые контакты возникали эпизоды тревоги с явлениями когнитивной дезорганизации. Отличительным свойством этих больных была особенная зависимость общего состояния от субъективного переживания качества мыслительного процесса, что выглядело как особая форма ипохондрии — «когнитивная ипохондрия». Это проявлялось в жалобах на проблемы когнитивного функционирования (трудности с концентрацией и удержанием внимания, запоминания, снижение сообразительности, скорости мыслительных процессов) при относительно сохранном уровне когнитивного функционирования по результатам экспериментально-психологического тестирования. Многие из психопатологических проявлений этого типа больных сходны с базисными симптомами G. Huber и G. Gross [24]. В процессе наблюдения они постепенно начинали отмечать неустойчивое, но достаточно отчетливое субъективное улучшение качества мышления («легче сосредоточиться, могу дольше читать, лучше помню прочитанное, кажется, легче формулировать, что хочу сказать»). Эти больные демонстрировали значительный рост социальных притязаний, который не всегда соответствовал их реальным возможностям. Расширился спектр их потребностей, удовлетворить которые в текущей жизненной ситуации было сложно. В конце наблюдения отмечалось стабильное субъективное улучшение качества мышления, что объективно подкреплялось образовательным и профессиональным ростом больных. Нарастала адекватность в формировании социальных связей и способность к автономному существованию. Уровень личностного функционирования в процессе наблюдения возрастал.

Обсуждение

Как уже упоминалось, в литературе обнаруживается большое количество работ, посвященных анализу психопатологической картины в межприступный период шизофрении. В работах авторов 40—60-х годов указывалось,

что при сравнении особенностей формирования спонтанных и терапевтических ремиссий на фоне доступной на тот момент терапии (шоковая, типичные антипсихотики) при более быстром купировании острых психотических нарушений наблюдалась большая вялость и адинамия [25, 26]. Также ранее описывался феномен, названный «астенией общечеребрального характера» на фоне терапии [27]. Энергетический и волевой компоненты состояния больного определяли типологию ремиссий и у других авторов: В.М. Морозов и Ю.К. Тарасов [3] выделяли гипер- и гипостеническую ремиссию, Г.В. Зеневич [4] — стеническую и апатическую, W. Mayer-Gross [7] — ремиссию с «шизофренической астенией», потерей активности и инициативы. А.Б. Смулевич [6] также опирается на этот элемент клинической картины как важный для типологии признаков, выделяя стенический, астенический и апатический типы ремиссий.

В нашем исследовании при длительном наблюдении за динамикой лекарственной ремиссии ее типы оказались нестабильными образованиями. Так, например, признаки, определяющие стенический тип ремиссии, были характерны только для начального этапа, тогда как позже ведущими становились уже другие психопатологические феномены. Можно предположить, что на начальных этапах ремиссии клиническая картина определяется некоторыми общими, не зависящими от индивидуальных особенностей больных биологическими механизмами, в частности восстановлением стабильности нейрофизиологического статуса и активизацией лобных отделов мозга. В дальнейшем все более важную роль начинают играть уже личностные особенности, исходные психические ресурсы и социальная среда, в которой находится больной.

При длительном наблюдении за развитием ремиссий сформировались различные варианты ее динамики, что позволило предположить разнообразие ведущих механизмов формирования стабильных состояний.

У больных с первым вариантом динамики, возможно, имели место два параллельных процесса: с одной стороны, фармакотерапия облегчала тяжесть психотической симптоматики, с другой — течение заболевания продолжалось за счет усиления выраженности негативных симптомов, тяжесть которых в определенный момент приводила к снижению психической деятельности в целом, включая и психотическую симптоматику (концепция «выгорания психоза») и формированию апатической ремиссии. Наиболее благоприятный период социального функционирования таких больных связан с появлением «регуляторных галлюцинаций». В это время, вероятно, возникает баланс между нарастанием негативной симптоматики и снижением выраженности остаточных позитивных расстройств, игравших важную роль в регуляции психической деятельности больных. Затем происходит ухудшение адаптации на фоне редукции психотических нарушений, но дальнейшего нарастания недоступных для фармакотерапии негативных расстройств.

При втором варианте динамики ремиссии с исходно психотическим типом, но более высоким уровнем личностного функционирования мы наблюдали поступательную положительную динамику на всем протяжении наблюдения. Снижение выраженности психотических симптомов приводило к значительному повышению личностного и социального функционирования. Можно предположить, что в данной группе пациентов обнаруживалась

меньшая прогрессивность шизофренического процесса на фоне исходно более высокого уровня личностного функционирования. Возможно, что здесь негативные расстройства оказывались более доступны для психофармакотерапии.

При третьем и четвертом вариантах динамики ремиссии в психопатологической картине важную роль играли ипохондрические расстройства, а резидуальные психотические нарушения не обнаруживались. Особый интерес представляет сопоставление полученных нами данных с описанием ипохондрического типа ремиссии и ипохондрического постпроцессуального развития личности в работах Г.В. Зеневича [4], А.Б. Смудевича и соавт. [6], А.М. Бурханова и С.В. Иванова [28].

При третьем варианте клиническую картину ремиссии определяла тревожно-ипохондрическая симптоматика, которая была стойкой и значительно нарушала социальное и личностное функционирование больных, тесно переплетаясь с особенностями их личности, обнаруживая сходство с картиной, определяемой А.Б. Смудевичем [29] как амальгамирование личностных расстройств и психопатологических нарушений.

При четвертом варианте динамики ремиссии ипохондрические расстройства проявляли себя состоянием, названным нами «когнитивной ипохондрией». «Когнитивная ипохондрия» имеет некоторые общие черты с моральной ипохондрией J. Falret [30]. Однако в отличие от пациентов с моральной ипохондрией больные с «когнитивной ипохондрией» не стремятся восполнить ущерб, нанесенный болезнью, а полагают, что их мнимая когнитивная несостоятельность и есть собственно болезнь. Функционирование когнитивной сферы является маркером их состояния здоровья вообще и находится под их пристальным наблюдением, что близко к психопатологическому описанию «рефлексивной ипохондрии» А.М. Бурханова и С.В. Иванова [28]. В основе «когнитивной ипохондрии» может лежать остаточная когнитивная дезорганизация, являющаяся аспектом деперсонализации. Можно предположить, что некоторые аспекты остаточной когнитивной дезорганизации облегчались на фоне психофармакотерапии, приводя к заметному росту социального и личностного функционирования больных.

Обобщая сказанное, можно предположить, что пациенты, получая эффективную психофармакотерапию, как бы имеют дополнительный ресурс («фармакологический кредит»), который используют по-разному. У одних пациентов субъективное и объективное снижение выраженности психопатологической симптоматики сочетается с повышением уровня личностного функционирования — они реализуют полученный «кредит», более зрелым образом организуя свою жизнь, приобретая новые профессиональные и социальные навыки, становясь активными участниками терапевтического процесса. У других больных эти же процессы протекают независимо друг от друга — «фармакологический кредит» либо не используется, либо используется неэффективно. Здесь клиническое улучшение не приводит к росту уровня личностного функционирования, а в некоторых случаях обнаруживается даже его снижение. Обращает на себя внимание кон vergенция: нерациональное использование «фармакологического кредита» обнаруживалось при исходно как низком, так и высоком уровне личностного функционирования, хотя обуславливающие это механизмы различались.

Вероятно, у больных с исходно низким уровнем личностного функционирования резидуальная психотическая симптоматика в виде «регуляторных галлюцинаций» играет важную роль в системе психической саморегуляции. Редукция именно таких галлюцинаций вызывала нарастание апатии, снижала способность к автономному существованию и повседневную активность.

У больных с исходно высоким уровнем личностного функционирования также было препятствие к продуктивному использованию «фармакологического кредита», несмотря на то, что у них сохранились способности формировать относительно адаптивные поведенческие стратегии, однако они не могли их гибко реализовывать.

В заключение необходимо подчеркнуть, что принципиальное отличие нашей модели от моделей тяжелой хронически текущей соматической болезни, где актуализируются сходные элементы психической жизни человека, заключается в том, что при функциональных психических расстройствах болезнь чаще всего начинает формироваться в период формирования индивидуальности, в связи с чем болезнь и искаженная болезнью личность находятся в тесном взаимодействии. Можно предположить, что «фармакологический кредит» менял исходную конфигурацию этих элементов, что проявлялось в различной, иногда парадоксальной динамике личностного функционирования.

При попытке понять механизмы, лежащие в основе формирования четырех выделенных вариантов ремиссий, мы обнаружили, что наиболее продуктивным будет привлечение таких фундаментальных и устоявшихся в биологии, медицине и психологии понятий, как адаптация и регресс. В данном случае под адаптивной ремиссией мы имеем в виду клиническую картину, когда наряду с остаточными психопатологическими расстройствами (и позитивный, и негативный ряд) обнаруживаются паттерны поведения, способствующие как сохранению стабильности психической жизни, так и выработке и апробированию новых форм деятельности, улучшающих личностное функционирование больного. Этот процесс приспособления носит постепенный характер, в течение которого наблюдаются конфликты неадаптивных и адаптивных стратегий поведения, с закреплением в итоге последних.

Как регрессивную ремиссию мы определяем состояние, в котором наряду с психопатологическими расстройствами (и позитивный, и негативный ряд) преобладают тенденции к стагнации, закрепление избегающих форм поведения, наблюдается снижение общего функционирования, сужение социальной жизни, снижение способности ухода за собой, стереотипизация или оскудение повседневной деятельности.

В некоторых случаях регрессивная ремиссия формировалась после неудачи в закреплении более высоких, сложных форм психической деятельности (общение, самоорганизация, саморегуляция) и сводилась к формам более низким (симбиоз, зависимость, избегание, сужение объема повседневной деятельности, ее упрощение), что приводило к снижению личностного функционирования.

Исходя из наших данных, можно предположить, что только длительное многолетнее наблюдение за динамикой клинической картины ремиссии позволяет обнаружить смену адаптивных и регрессивных периодов, а также более объективно выделить ведущие механизмы, общий суммарный вектор, который определяет долгосрочный прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser R.A., Marder S.R. & Weinberger DR: Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005;62:441-449. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.441.
2. American Psychiatric Association; Position Statement on the Use of the Concept of Recovery. Washington: *American Psychiatric Association*. 2005.
3. Морозов В.М., Тарасов, Ю.К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1951;4:44-47.
4. Зеневич Г.В. *Ремиссии при шизофрении*. М.: Медгиз; 1964.
5. Жариков Н.М. *Клиника ремиссий шизофрении в отдаленном периоде заболевания*: Дис. ... д-ра мед. наук. М. 1961.
6. Смудевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Павлова Л.К. Клиника, систематика и терапия ремиссий при шизофрении. *Психиатрия*. 2008;2:7-15.
7. Gruhle HW, Jung R, Mayer-Gross V, Muller M. *Klinische Psychiatrie*. Berlin-Goetingen-Heidelberg: *Spinger-Verlag*. 1960.
8. Мосолов С.Н. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследований. *Соц и клиническая психиатрия*. 2010;20:3:5-12.
9. Лифшиц А.Е. Социально-трудовая адаптация больных с тяжелыми формами психической патологии и проблема их реабилитации. *Новое в теории и практике реабилитации психически больных*. Л. 1985;93-95.
10. Мелехов Д.Е. *Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении*. М. 1963.
11. Лурия Р.А. *Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания*. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.
12. Николаева В.В. *Влияние хронической болезни на психику*. М.: Издательство МГУ; 1987.
13. Леонтьев А.Н. *Деятельность. Сознание. Личность*. М. 1975.
14. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. *Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической им соматической патологии*. Л. 1990.
15. Тхостов А.Ш. *Интрацепция в структуре внутренней картины болезни*: Дис. ... д-ра психол. наук. М. 1991.
16. *Клиническая психология*. Словарь. Под ред. Твороговой Н.Д. М.: ПЕР СЭ; 2007.
17. Kernberg OF. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press; 1984.
18. Тиганов А.С. (ред.) *Руководство по психиатрии*. М.: Медицина; 1999.
19. Морозова М.А., Рубашкина В.В., Лепилкина Т.А. Динамика связи уровня когнитивного функционирования и психопатологических проявлений у больных параноидной шизофренией в состоянии психоза и при становлении ремиссии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2008;108:7:4-12.
20. Minkowski E. *La schizophrénie (1927)*. Ed.: *Payot-poche*. 2002.
21. Иржевская В.П., Рупчев Г. Е., Тхостов А.Ш., Морозова М.А. Проблема инсайта в современной патопсихологии. *Вопросы психологии*. 2008;2:145-153.
22. Кохут Х. *Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности*. М.: Когито-Центр; 2003.
23. Blankenburg W. *Der Verlust der natürllichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart. *Enke*. 1971.
24. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Prog Med*. 1989;80:646-652.
25. Серейский М.Я. *Учебник психиатрии*. М.—Л. 1928; 5-е изд. (в соавторстве с Гуревичем М.О.). М. 1946.
26. Бортник Т.Л., Каландаришвили А.С. О некоторых вариантах ремиссий в клинике шизофрении при лечении аминазином. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1963;2:263-268.
27. Гурвич Б.Р. *К клинике состояний после острой шизофренической вспышки*.
28. Бурханов А.М., Иванов С.В. К типологии постприступных ипохондрических развитий. *Соц и клиническая психиатрия*. 1992;2:4:6-12.
29. Смудевич А.Б. *Расстройства личности*. М.: Медицинское информационное агентство. 2007;189.
30. Falret JP. Mémoire sur la folie circulaire. *Bulletin de l'Académie Imperiale de Médecine*. 1854;19:382-400.