

© Шмуклер А.Б. и др., 2024

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

УДК 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-4-34-42>

Клиническая картина и социальное поведение пациентов с шизофренией

Александр Борисович Шмуклер, Светлана Вячеславовна Шпорт

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Александр Борисович Шмуклер, shmukler.a@serbsky.ru

Резюме

Обоснование: шизофрения до настоящего времени остается одним из наиболее инвалидирующих заболеваний. Ее клинические проявления, течение и исход чрезвычайно разнообразны, при этом отсутствует строгий параллелизм между формальной выраженностью расстройств и нарушениями поведения. **Цель** обзора — анализ имеющихся данных о взаимосвязи клинико-психопатологических расстройств и когнитивного дефицита у пациентов с шизофренией и выявляемых у них нарушений поведения. **Материал и метод:** в нарративном обзоре систематизировано влияние различной психопатологической симптоматики на поведение пациентов с шизофренией в период продрома, активного течения заболевания и в период ремиссии. Специальное внимание уделено роли когнитивных нарушений, а также профилактике общественно опасных действий психически больных. Рассмотрена оригинальная типология поведения пациентов с шизофренией в ремиссии. **Заключение:** анализ рассмотренных исследований определяет возможности таргетного психосоциального воздействия с целью формирования социально адаптивного поведения пациентов с шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, ремиссия, выздоровление, социальная адаптация, поведение, профилактика общественно опасных действий, постпроцессуальная личность, психосоциальная реабилитация

Финансирование: Статья подготовлена в рамках выполнения темы государственного задания «Разработка комплексной батареи тестов для диагностики нарушений социально-когнитивных функций и тренинга социальных навыков у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на основе специально созданного программного обеспечения с использованием технологии виртуальной реальности» (регистрационный № 124020800067-0).

Для цитирования: Шмуклер А.Б., Шпорт С.В. Клиническая картина и социальное поведение пациентов с шизофренией. *Психиатрия*. 2024;22(4):34–42. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-4-34-42>

REVIEW

UDC 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-4-34-42>

Clinical Features and Social Behavior of Patients with Schizophrenia

Alexander B. Shmukler, Svetlana V. Shport

FSBI "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Corresponding author: Alexander B. Shmukler, shmukler.a@serbsky.ru

Summary

Background: currently schizophrenia remains one of the most disabling diseases. Its clinical manifestations, course and outcome are extremely diverse. At the same time, there is no strict parallelism between the formal severity of illness and behavioral disorders. **The aim** of review is to analyze the available data on the relationship between clinical symptoms and cognitive deficits in patients with schizophrenia and behavioral disorders identified in them. **Material and Method:** the narrative review systematizes the data about influence of various clinical symptoms and their course on the behavior of patients with schizophrenia during the prodromal period, active course of the disease and during remission. Special attention is paid to the role of cognitive impairment, as well as the prevention of socially dangerous actions of mentally ill patients. An original typology of behavior of patients with schizophrenia in remission is considered. **Conclusion:** the analysis of the reviewed studies determines the possibilities of targeted psychosocial influence in order to form socially adaptive behavior in patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, remission, recovery, social adaptation, behavior, prevention of socially dangerous actions, personality disorder after end of disease, psychosocial rehabilitation

Funding: The article has been prepared as a part of the state task “Development of a comprehensive battery of tests for diagnostics of impaired cognitive functions and social skills training in patients with schizophrenia spectrum disorders based on special software using virtual reality technology” (No of registration 124020800067-0).

For citation: Shmukler A.B., Shport S.V. Clinical Features and Social Behavior of Patients with Schizophrenia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(4):34–42. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-4-34-42>

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения до настоящего времени остается одним из наиболее инвалидизирующих заболеваний. При этом ее клинические проявления, течение и исход чрезвычайно разнообразны, что нашло отражение в современных классификациях. Помимо собственно шизофрении в узком понимании данного диагноза, выделены группы расстройств шизофренического спектра. Подобное разнообразие не является «находкой» современных исследователей. Еще Е. Bleuler [1] писал о группе шизофрений, сходство которых он видел в наличии симптомов выпадения — эмоционально-волевых и когнитивных (расщепление ассоциаций, аффективное оупение, аутизм, амбивалентность, абулия, непродуктивность познавательной деятельности). Ранее Е. Краепелин [2], выделив *dementia praecox* (термин, заимствованный у В. Morel [3]), объединил под одним названием описанные до того клинические состояния: хронический бред с систематической эволюцией [4], кататонию [5], гебефрению [6], а в дальнейшем *dementia simplex* [7], которые в значительной степени отличались и по клиническим проявлениям, и, что весьма существенно для обсуждаемой темы, по социальному поведению. М. Bleuler [8, 9] указывал на различные варианты течения и исходов шизофрении, в том числе допускал возможность выздоровления при данном заболевании, что подразумевает особенности функционирования на каждом его этапе. При этом следует отметить отсутствие строгого параллелизма между формальной выраженностью расстройств, оцененной по шкале усложнения симптоматики, и нарушениями поведения: в ряде случаев психопатологически более простые образования оказываются в большей степени дезадаптирующими по сравнению с клиническими проявлениями отдаленных этапов болезни.

Цель нарративного обзора — анализ имеющихся данных о взаимосвязи клинико-психопатологических расстройств и когнитивного дефицита у пациентов с шизофренией и выявляемых у них нарушений поведения.

Особенности клинической картины при различных формах шизофрении и их влияние на поведение пациентов

Тщательный клинический анализ, проведенный отечественными исследователями, позволил выделить различия функционирования при отдельных формах заболевания уже в продромальном периоде [10, 11]. Для параноидной шизофрении характерен длительный продром (5–6 лет, в ряде случаев достигающий 20 лет), в структуре которого типична псевдоневротическая симптоматика, соответствующим образом окрашивающая поведение таких лиц. В частности,

обсессивно-фобические расстройства довольно быстро «обрастают» нелепыми ритуалами, подчиняющими себе жизнь больных и ограничивающими их социальное функционирование. Отсутствует критика к нелепому поведению, которое больные перестают скрывать. Наоборот, пациенты выдвигают требования к ближайшему окружению соблюдать «предписанные» поведенческие стереотипы, при отказе возможна агрессия. При ипохондрической и дисморфоманической симптоматике можно наблюдать стеничные поиски подтверждения «заболеваний», физических «недостатков» и попыток их коррекции, включая аноректическое поведение, приобретающее нелепый характер. Имеющие место в части случаев сверхценные увлечения, несмотря на выраженную одностороннюю активность, также нередко нелепы и оторваны от продуктивной деятельности. Эпизодически возникающие непродолжительные квазипсихотические эпизоды могут приводить к «неожиданным» поступкам, которые, как правило, оказывают влияние на поведение лишь в короткий промежуток времени. В целом отмечается диссоциация между активностью, обусловленной психопатологической симптоматикой, и постепенным формированием поведения, отражающего нарастание социального опустошения: отгороженности от окружающего, утрату интересов к социальной жизни, контактов и мотивации к ним.

Манифестный приступ начинается с тревожно-боязливой возбудимости с бредом значения, интерметаморфозы, слуховыми псевдогаллюцинациями, чувством овладения, симптомом открытости и другими проявлениями психического автоматизма, бредовыми идеями физического воздействия. После минования начального этапа острых бредовых расстройств формируется типичное параноидное состояние с преобладанием либо систематизированного бреда, либо явления психического автоматизма и псевдогаллюцинаций (при более скудной и занимающей второстепенное место бредовой системе).

При бредовом варианте параноидной формы шизофрении в инициальном периоде отмечается паранойяльная настроенность, первоначально импонирующая как заострение преморбидных черт, но постепенно приобретающая все более патологический характер. Исподволь нарастает угрюмость, подозрительность, неуживчивость, ослабевают эмоциональные связи, сужается круг общения, утрачивается чувство привязанности к близким, иногда сменяясь недоброжелательностью или враждебностью к ним (вплоть до нанесения телесных повреждений). Постепенно усиливающиеся бредовые идеи (преследования, ревности) складываются в бредовую систему. Присоединяются явления психического автоматизма в виде ментизма,

симптома открытости, звучания мыслей, бреда воздействия, овладения. При этом псевдогаллюцинации не доминируют и относительно фрагментарны. Поведение в этих случаях зачастую определяется динамикой, описанной P. Serieux и J. Capgras [12], выделявшими три этапа бреда преследования: бегство, защита, атака. Первоначально пациенты пытаются скрыться от своих преследователей (смена места работы, проживания и т.п.). Затем действия приобретают более активный характер с попыткой воздействовать на своих «преследователей» путем обращения непосредственно к ним или в различные инстанции, средства массовой информации. И, наконец, на третьем этапе пациент переходит к нападению, которое может носить как вербальный характер (обвинения, оскорбления «врагов»), так и сопровождаться общественно опасными действиями, физической агрессией по отношению к другим лицам, скандалами в различных ситуациях, в том числе с возможностью нанесения телесных повреждений («преследуемый преследователь»).

При галлюцинаторном варианте параноидной формы шизофрении на инициальном этапе присутствуют психопатоподобные и псевдоневротические расстройства, а также отдельные субпсихотические вспышки. Развернутое психотическое состояние развивается достаточно быстро: после периода предвестников (раздражительность, бессонница, неопределенные страхи) возникают идеаторные нарушения и чувственно-бредовые расстройства. Одновременно возникает чувство овладения (вплоть до тотального) с бредом воздействия и преследования. Характерно обилие псевдогаллюцинаций (вербальный псевдогаллюциноз), который в дальнейшем по миновании острого периода становится доминирующим. Бред не столь выражен и не формируется в завершенную систему. Чем более интенсивны явления психического автоматизма и псевдогаллюцинации, тем менее отчетливо проявляется интерпретативный бред и наоборот.

Нарушения поведения в этих случаях в значительной степени связаны с наличием императивных галлюцинаций и подчинением пациента их содержанию. Большое значение имеет интенсивность галлюцинаторной продукции и аффективная насыщенность переживаний, охваченность пациента ими. При наличии элементов борьбы с психопатологическими переживаниями (их неприемлемости с моральной или социальной точек зрения), последние в меньшей степени отражаются на поступках. Кроме того, массивность псевдогаллюцинаторной продукции, «загруженность» сознания «голосами» может приводить к неспособности пациента соответствовать социальным требованиям и адекватно реагировать на социальные стимулы, создавая потенциальную угрозу личной и общественной безопасности.

В отличие от параноидной формы, кататоническая шизофрения обычно дебютирует в молодом возрасте (17–24 года) [11]. Инициальный период протекает в среднем около года и характеризуется астенической симптоматикой, периодически отмечающейся

ипохондрией, нарастающей аутизацией и эмоциональной нивелировкой. Манифестный приступ начинается с возбуждения, реже со ступора; иногда им может предшествовать транзиторный острый образный бред (напоминающий «железнодорожный параноид» С.Г. Жислина [13]). В структуре заболевания преобладает кататонно-гебефренное возбуждение, чередующееся со ступором вплоть до оцепенения. Возможно сочетание кататонии с фрагментарным бредом воздействия и отдельными проявлениями психических автоматизмов, которые, однако, не доминируют в клинической картине заболевания, отступая на второй план. При оценке нарушений поведения в этих случаях необходимо обращать особое внимание на импульсивные действия, в том числе носящие агрессивный и аутоагрессивный характер с нанесением повреждений себе и/или окружающим. С другой стороны, кататонический ступор может приводить к беспомощности, неспособности удовлетворять основные жизненные (физиологические) потребности, создавая угрозу жизни пациента.

При гебефренической форме имеет место высокая наследственная отягощенность. В анамнезе отмечаются многочисленные, часто тяжелые токсико-инфекционные заболевания [11]. Характерна искаженная или диссоциированная картина раннего развития, бурный и патологически протекающий пубертатный криз. В преморбиде выявляются единичные субпсихотические эпизоды. Развитие заболевания происходит, как правило, исподволь: инициальный период достигает 3–5 лет и характеризуется падением психической продуктивности, эмоциональным опустошением, обеднением круга интересов, философической интоксикацией. На этом этапе характерна значительная деградация социальной жизни, потеря контактов с окружающими, иногда практически полная неспособность продолжения обучения или трудовой деятельности.

Отмечается психопатоподобное поведение с резким расторможением влечений. Прожорливость, агрессивность, склонность к бродяжничеству, повышенная сексуальность, дурашливость, эмоционально-нравственная деградация, резко негативное отношение к родственникам, особенно к матери, подозрительность, иногда доходящая до бредового уровня, сочетаются с беспомощностью в повседневной жизни, депрессивными переживаниями, патологической сензитивностью и идеаторными нарушениями. В значительной степени страдает волевой компонент личности с потерей морально-нравственных ориентиров. В этот период возможны антисоциальные и противоправные действия: воровство, нанесение побоев (зачастую близким родственникам), сексуальные правонарушения и другие общественно опасные деяния.

Экзацербация процесса сопровождается психомоторным возбуждением с полиморфной клинической картиной в виде элементов несистематизированного бреда преследования, отдельных несформированных явлений психического автоматизма, рудиментарной онейроидной и кататонической симптоматики (не достигающей степени выраженного ступора), нестойких

аффективных расстройств. На этом этапе заболевание развивается чрезвычайно быстро, послабления симптоматики редки, отличаются неглубоким уровнем. Стремительно нарастает негативная симптоматика вплоть до грубых апато-абулических состояний и выраженной социальной дезадаптации.

При простой форме преобладают отчетливое падение психической активности, эмоциональное обеднение, редукция энергетического потенциала, склонность к бесплодному мудрствованию, резонерство, «философическая интоксикация» [11]. Возможны отрывочные бредовые идеи отношения, преследования, явления психического автоматизма, носящие характер незавершенных психопатологических феноменов, стертая атипичная аффективная симптоматика. Экзацербации процесса не наблюдаются, по сравнению с гебефренической формой симптоматика рудиментарна и abortивна. Прогрессирование заболевания характеризуется выраженным усилением негативной симптоматики с нарастанием апато-абулических расстройств, нарушением социальных контактов, значительным ухудшением мотивации и продуктивности деятельности, утратой бытовых навыков, что грубо нарушает социальное функционирование пациентов вплоть до полной неспособности к самостоятельной жизни без поддержки окружающих. Угроза окружающим может исходить из асоциального поведения таких пациентов, утраты навыков опрятности, антисанитарии в месте проживания, несоблюдения правил поддержания квартиры в пригодном для жизни состоянии. С другой стороны, такие пациенты легко попадают под влияние антисоциальных элементов, которые могут использовать их для совершения правонарушений.

В целом на этапе активного течения заболевания на поведение пациентов оказывает влияние массивность психопатологической продукции, ее аффективная заряженность, охваченность болезненными переживаниями и вовлеченность в них обстоятельств повседневной жизни (чем более абстрактны переживания, чем меньше они «пересекаются» с реальными событиями, тем вероятнее сохранение внешне социально приемлемого поведения). В этом отношении парафренизация бреда, его фантастичность, отрыв от реальности, которые отмечаются на более поздних этапах развития бредовой системы [4], могут приводить к формально более адаптивному по сравнению с предыдущими этапами болезни поведению, без влияния на него психопатологической продукции (например, пациент, утверждающий, что он возведен в ранг «повелителя вселенной», не предъявляет прав даже на руководство поселком, в котором проживает).

Существенное значение в плане обсуждаемой проблемы имеет наличие и выраженность дезорганизации мышления, утрата контроля импульсивности и психомоторного возбуждения. Также немаловажным оказывается нарушение влечений, особенно в сочетании с эмоционально-волевыми расстройствами и морально-нравственной деградацией.

Поведение пациентов в ремиссии и на этапе регрессионного течения шизофрении

Очевидно, что описанная симптоматика в наибольшей степени сказывается на поведении пациентов в период обострения, однако ее учет необходим и в период ремиссии. Международные критерии ремиссии [14] подразумевают тяжесть психопатологической симптоматики, на протяжении не менее 6 месяцев не превышающей трех баллов (слабая выраженность) по 8 пунктам PANSS (бред, необычное содержание мыслей, галлюцинации, концептуальная (понятийная) дезорганизация, манерность и позирование, притупленный аффект, пассивно-апатическая социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи). В то же время для российской психиатрии традиционно более привычны операционно-описательные критерии ремиссии (в противоположность дименсиональным критериям, предложенным международной рабочей группой). Например, выделены критерии ремиссии, при которых послабление симптоматики сопровождается относительно упорядоченным и социально приемлемым поведением без агрессивных и аутоагрессивных проявлений, а сохраняющиеся психопатологические расстройства не влияют на поступки пациентов или влияют на них лишь в минимальной степени [15].

Возможность упорядоченного поведения при сохраняющихся бредовых и галлюцинаторно-бредовых переживаниях описывалась многими психиатрами. Это может быть связано с потерей аффективной заряженности психопатологических переживаний [16], их дезактуализацией, в результате чего психопатологическая продукция уже «не имеет власти» над пациентом [17], становится как бы его «частным делом» [18] или, по выражению N. Petrilowisch, «психопатологически немими симптомами» [19]. «Старые» авторы описывали варианты компенсации галлюцинаторно-бредовой симптоматики в виде «инкапсуляции» [20, 21], «амальгамирования» [22, 23] «раздвоения сферы сознания» [24]. В этих случаях психопатологическая симптоматика существует наряду с событиями реальной жизни, но отграничена от нее и не смешивается с повседневными обстоятельствами.

Е. Bleuler [1] ввел понятие «двойной ориентировки», которая может проявляться в виде пребывания как бы в двух реальностях: объективной и психопатологической, искажающей действительность. Подобные состояния могут наблюдаться как при острой психотической симптоматике, когда даже на этапе аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации [25], апофении [26] наряду с бредовым восприятием возможны эпизоды реального восприятия мира, так и при хроническом систематизированном бреде. В последнем случае описано так называемое «существование в психозе» [22, 27], когда пациент соотносит свое поведение в социуме с его требованиями, корректируя «под норму» поступки, исходно обусловленные психопатологическими переживаниями. Подобная поведенческая «диссимуляция» отражает наличие элементов

критики к проявлениям болезни и позволяет пациенту лучше адаптироваться в обществе. При этом следует учитывать, что в случаях «существования в психозе» может происходить развитие вторичных личностных образований [1], которые, не будучи процессуальными, отражаются в поведении.

Д.Е. Мелехов [28], в свою очередь, писал о возможности патологического развития постпроцессуальной личности, возникновения реактивных состояний у пациентов с шизофренией, подчеркивая их гораздо более выраженную «психологическую устойчивость» в отношении психических травм, что в первую очередь касается лиц со сформированным дефектом (на этапе активного течения процесса внешние воздействия нередко становятся триггером обострения симптоматики). Патологическое развитие «постпроцессуальной личности» возникает в ответ на внешние события и обстоятельства, с которыми такой человек не может справиться, в результате чего фиксируются новые патологические образования — астенические, ипохондрические, сутяжно-паранойяльные, возбудимые и др., с соответствующим социальным поведением.

Нарушения поведения пациентов с шизофренией в значительной степени определяются активностью патологического процесса, который в случае благоприятного течения может прерываться более или менее длительными периодами его приостановки. На практике это проявляется возвратом к прежнему уровню социального функционирования или функционированию на сниженном уровне, определяемым преимущественно выраженностью негативной симптоматики и когнитивным снижением. Кроме того, необходимо отметить возможность регрессионной динамики заболевания после периода активного течения. На этом этапе происходит «разрыхление» сформированных в предшествующий период сложных синдромальных образований (например, «распад» бредовой системы, которая в этих случаях представлена в виде ее «осколков»), переход на более «низкий» уровень расстройств (аффективных, псевдоневротических), носящих отчетливые следы атипичности в виде деградации и выхолащивания содержания переживаний, доминирования выступающей на первый план негативной симптоматики.

При этом Д.Е. Мелехов [28] даже на этапе сформированных дефектных состояний (в условиях полной остановки процесса) выделял структурно-динамические изменения в виде компенсации (положительной или патологической, примером которой может служить сутяжно-бредовое развитие личности), субкомпенсации и декомпенсации дефекта. Он различал реакции, развивающиеся во время активного болезненного процесса от подлинно компенсаторных образований, позволяющих сохранять функционирование в социальной среде. При указанном разграничении важна дифференциация восстановления адаптации за счет уменьшения выраженности психопатологической симптоматики, с одной стороны, и компенсаторных

образований, позволяющих функционировать в условиях сохраняющихся расстройств — с другой.

В этой связи необходимо упомянуть о концепции «рикавери» (от англ. *recovery* — выздоровление) или личностно-социального восстановления, возможность которого не ограничивается ремиссионными состояниями, а может наблюдаться и в период активного течения патологического процесса [29, 30]. Речь идет о внутренней картине болезни с осознанием себя как полноценной личности и формированием своей социальной роли в условиях вызванных заболеванием изменений функционирования, но в то же время о преодолении стигмы (в том числе вследствие самостигматизации), сохранении надежды, восстановлении самоконтроля и активной жизненной позиции, движения к наполненной смыслом жизни.

С другой стороны, до настоящего времени исследователей привлекает феномен ремиссии по типу «новой жизни», когда по миновании психоза формируется стойкое отрицание всех реалий, составлявших содержание жизни до болезни, с возникновением совершенно новых ценностей, интересов, контактов и направленности социального функционирования [31].

РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Следует отметить, что наряду с позитивной и негативной симптоматикой значительную роль в формировании социального функционирования играют когнитивные нарушения, которые в настоящее время рассматриваются как третья ключевая группа симптомов при шизофрении [32–34]. Это становится особенно очевидным вне периода обострения симптоматики. Доказано, что нарушения базовых когнитивных функций (памяти, внимания, скорости обработки информации и др.) и особенно социальных когниций в преобладающей степени по сравнению с позитивной и даже негативной симптоматикой определяют степень дезадаптации пациентов [35–37]. Нарушения касаются:

- способности делать выводы о намерениях, убеждениях, чувствах других людей (внутренняя модель сознания другого, Theory of Mind, TOM);
- обработки информации, связанной с эмоциональными стимулами;
- способности понимать контекст для расшифровки социальных ситуаций и интерпретации поведения других людей (социальное восприятие);
- способа, которым люди объясняют неоднозначные социальные ситуации или делают выводы о причинах действий окружающих (атрибутивный стиль);
- социальных знаний, определяющих поведение в социальных ситуациях.

В то же время, несмотря на многочисленные концепции, объясняющие дезадаптацию пациентов в социальной среде, исходя из выявляемого у них когнитивного дефицита, до настоящего времени не разработана общепринятая классификация нарушений

поведения больных шизофренией [38]. Попытка разработки типологии нарушений поведения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра вне обострения психопатологической симптоматики была предпринята Московским научно-исследовательским институтом психиатрии (МНИИП) — филиалом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. В ее основу положена гипотеза о трех основных механизмах, формирующих адаптивное поведение: волевой компонент, гибкость/ригидность и состояние суперпозиции (многомерность оценки ситуации в противовес полярно-альтернативному ее рассмотрению) [39]. Таким образом, с учетом указанных механизмов выделено несколько ключевых вариантов формирования поведения у пациентов в ремиссии: стенический (адаптивный), односторонне-ригидный (условно дезадаптивный), дисрегуляторный (дезадаптивный), зависимый (условно адаптивный) и социально отстраненный (дезадаптивный). Эти механизмы и варианты поведения пациентов позволяют определить целевые мишени психосоциальной реабилитации пациентов.

Профилактика общественно опасных действий психически больных

В настоящее время особое внимание уделяется оценке состояния пациентов, которое потенциально может приводить к общественно опасным действиям. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 453н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями» регламентирует выделение групп диспансерного наблюдения, среди которых группа Д-5 (активное диспансерное наблюдение) включает в том числе лиц, у которых в структуре психического расстройства отмечаются симптомы, обуславливающие склонность к совершению общественно опасных действий (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда, психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений и пр.).

В ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России была разработана методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) [40]. Среди статистически значимых факторов были выделены:

- выраженные нарушения поведения с агрессивностью, конфликтностью, антисоциальными тенденциями;
- патология эмоциональной сферы в виде эксплозивности, ригидности аффекта, дисфорий, эмоциональной неадекватности, холодности с безразличием к жизни и благополучию других людей, отсутствием чувства вины, эмпатии, сопереживания, жестокостью, парадоксальностью эмоционального реагирования в сочетании с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости;
- выраженная прогредиентность психического расстройства при наличии у больных значительных

нарушений когнитивных и критических функций, морально-этического огрубления с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением волевого и/или интеллектуального контроля над поведением;

- бредовые психозы с персекуторным, депрессивным, паранойальным бредом, бредом ревности.

Кроме того, авторами был разработан Протокол структурированного профессионального психологического суждения [41], в котором определены статистически значимые психологические факторы, вносящие вклад в формирование общественно опасного поведения (аффективная ригидность, направленность фрустрационной реакции, эмпатия, локус контроля, когнитивная ригидность, самооценка, эгоцентризм, способность к рефлексии жизненного опыта).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из описанных выше статико-динамических психопатологических и когнитивных нарушений у пациентов с шизофренией, становится понятной направленность лечебно-реабилитационных мероприятий, необходимых не только для купирования клинических проявлений заболевания, но и для формирования так называемой социальной ремиссии. Безусловно, основой для достижения указанной цели признается отсутствие психопатологической симптоматики. Однако в условиях, когда формирование полной ремиссии не представляется возможным, существенным становится определение описанных выше приоритетных мишеней психофармакологических и нелекарственных биологических воздействий. В то же время прогредиентное течение заболевания с наличием не только позитивной, но и негативной симптоматики, а также когнитивных нарушений делает невозможным социальное восстановление пациентов без проведения психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий. Их описание может стать предметом отдельного рассмотрения и выходит за рамки данной статьи. Однако следует отметить, что существующие на сегодняшний день методики (психообразование, когнитивная ремедиация, метакогнитивный тренинг, тренинг когнитивных и социальных навыков и ряд других) позволяют не только осуществлять социальную поддержку пациентов с проблемами социального функционирования, но и проводить направленное вмешательство с целью коррекции когнитивных нарушений, обучения совладанию с остаточной психопатологической симптоматикой, снижения враждебности и агрессии, формирования более адекватной внутренней модели сознания другого, атрибутивного стиля, обработки информации, связанной с эмоциональными стимулами, и в целом социального знания [42–46].

Имеющиеся на сегодняшний день нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок оказания психиатрической помощи, диспансерного наблюдения и ряд других аспектов диагностики, лечения и реабилитации психически больных, позволяют в полной

мере организовывать оказание бригадной полипрофессиональной помощи пациентам с психическими расстройствами, в том числе с целью восстановления их социального функционирования и качества жизни. Задачей специалистов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия», является максимально полное использование имеющихся возможностей для достижения клинического выздоровления и социально-личностного восстановления пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, 1911. 420 s.
2. Крепелин Э. Психиатрия: учебник для студентов и врачей / перевод врачей больницы св. Николая чудотворца: М.В. Игнат'ева, Л.Г. Оршанского, П.И. Павловского [и др.], с согласия и с предисловием автора с немецкого пятого, совершенно переработанного издания: [в 2 частях]. Санкт-Петербург: Гос. тип., 1898.
Krepelin E. Psichiatriia: uchebnik dlia studentov i vrachei / perevod vrachei bol'nitsy sv. Nikolaia chudotvortsia: M.V. Ignat'eva, L.G. Orshanskogo, P.I. Pavlovskogo [i dr.], s soglasii i s predislovie avtora s nemetskogo piatogo, sovershenno pererabotannogo izdaniia: [v 2 chastiakh]. Sankt-Peterburg: Gos. tip., 1898. (In Russ.).
3. Morel B. Traité des maladies mentales. Paris: Masson, 1860.
4. Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris: Bureaux du Progrès Médical, 1893.
5. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin, 1874.
6. Hecker E. Die Hebephrenie Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Von Dr Ewald Hecker in Görlitz. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, 1871;25:394–429.
7. Diem O. Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex). *Arch Psychiatr Nervenk*. 1903;37:111–187.
8. Bleuler M. Die Schizophrenen Geistesstörungen im Lichte Inaggarhiger Kranken und Familiengeschichten. Stuttgart. 1972. 673 s.
9. Bleuler M. Schizophrenic disorders, long-term patients and family study. Yale University Press, 1978. 529 p.
10. Снежневский АВ. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. 403 с.
Sneznevsky AV. Schizophrenia. Multidisciplinarnoye issledovanie. M.: Medicina, 1972. 403 p. (In Russ.).
11. Наджаров РА. Клиника, основные этапы учения о шизофрении и ее клинических разновидностях. В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина. 1966:29–119.
Nadzharov RA. Klinika, osnovnye etapy uchenia o schizoprenii i eyo klinicheskikh raznovidnostyach. V kn.: Schizophrenia. Klinika i patogeneez. Pod redakciei AV. Sneznevskogo. M.: Medicina:29–119. (In Russ.).
12. Serieux P, Capgras J. Les Folies raisonnantes, le délire d'interprétation. Paris. J.-F. Alcan, 1909. 387 p.
13. Жислин СГ. Об острых параноидах. Научно-исследовательский невро-психиатрический институт им. проф. П.Б. Ганнушкина. М., 1940. 116 с.
Zhislin SG. Ob ostrych paranoidach. Nauchno-issledovatel'skii nevro-psichiatricheskii institute imeni prof. P.B. Gannushkina. M., 1940. 116 s. (In Russ.).
14. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005 Mar;162(3):441–449. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.441 PMID: 15741458.
15. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Сторожакова ЯА. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11-му пересмотру МКБ. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008;28(4):34–39.
Gurovich IYa, Shmukler AB, Storozhakova YaA. Remissions and personal and social recovery in schizophrenia: proposals for ICD-11. *Social and Clinical Psychiatry*. 2008;28(4):34–39. (In Russ.).
16. Вовин РЯ. Комплексное клинко-экспериментальное исследование структуры паранойального и параноидного синдромов. В кн.: Материалы 5-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1969;(1):293.
Vovin RYa. Kompleksnoe kliniko-eksperimentalnoye issledovanie struktury paranoyalnogo i paranoidnogo sindromov. V kn.: Materialy 5-go Vsesoyuznogo s'ezda nevropatologov i psichiatrov. M., 1969;(1):293. (In Russ.).
17. Lemke R, Rennert H. Neurologie und Psychiatrie. Leipzig, 1966. 412 s.
18. Кронфельд АС. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. В кн.: Труды института им. П.Б. Ганнушкина. М., 1940;(5):5–147.
Kronfeld AS. Problemy sindromologii i nosologii v sovremennoi psichiatrii. V kn.: Trudy instituta im. P.B. Gannushkina. M., 1940;(5):5–147. (In Russ.).
19. Petrilowisch N. Psychiatrische Krankheitslehre und psychiatrische Pharmakotherapie. Basel; New York, 1966. 114 s.
20. Mauz F. Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig, 1930. 121 s.
21. Vie J. Queues terminaisons der délires chroniques. *Ann méd-psychol*. 1939;(4):461–494.
22. Weitbrecht HJ. Was heist multikonditionale Betrachtungsweise bei den Schizophrenien. *Fortschr Neurol Psychiat*. 1972;40(6):287–307.
23. Wetzel A. Die soziale Bedeutung. In: K. Beringer, H. Bürger-Prinz, Hans W. Gruhle, A. Homburger, W. Mayer-Gross, G. Steiner, A. Strauss, A. Wetzel Spezieller Teil. Fünfter Teil die Schizophrenie Springer, Berlin, Heidelberg. 1932: 612–667. doi: 10.1007/978-3-642-92501-6_8

24. Muller M. Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie. 1930. 143 s.
25. Пападопулос ТФ. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). М.: Медицина, 1975:192 с.
Papadopoulos TF. Ostrye endogennye psikhozy (psikhopatologiya i sistematika). M.: Medicina, 1975:192 s. (In Russ.).
26. Конрад К. Начинаящая шизопрения: опыт гештальт-анализа бреда / Независимая психиатрическая ассоц. России; пер. с нем. П.Ю. Завитаева. М.: Грифон, 2015. 315 с.
Konrad K. Nachinaiushchaya shizofreniya: opyt geshtal't-analiza bredda / Nezavisimaya psikhiatricheskaya assots. Rossii; per. s nem. P.Yu. Zavitaeva. M.: Grifon, 2015. 315 s. (In Russ.).
27. Huber G. Psychiatrie. Stuttgart, 1974. 398 s.
28. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963. 198 с.
Melechov DE. Klinicheskie osnovy prognosa trudosposobnosti pri shizofrenii. M., 1963. 198 s. (In Russ.).
29. Гурович ИЯ, Любов ЕБ, Сторожакова ЯА. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery». Социальная и клиническая психиатрия. 2008;28(2):7–14.
Gurovich IYa, Lyubov EB, Storozhakova YaA. The concept of recovery in schizophrenia. *Social and Clinical Psychiatry*. 2008;28(2):7–14. (In Russ.).
30. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2013;39(6):1296–1306. doi: 10.1093/schbul/sbs130 Epub 2012 Nov 20. PMID: 23172003; PMCID: PMC3796077.
31. Смуглевич АБ, Воронова ЕИ, Солохина ТА, Лобанова ВМ, Ильина НА. Некоторые аспекты психопатологии резидуальных состояний при шизофрении (ремиссии по типу «новой жизни» — современные модели). *Психиатрия*. 2022;20(1):46–57.
Smulevich AB, Voronova EI, Solokhina TA, Lobanova VM, Ilyina NA. Some Aspects of Psychopathology of Residual States in Schizophrenia (A “New Life” Type Remissions — Modern Models). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):46–57. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57
32. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, Kring AM, Park S, Silverstein SM, Heinssen R. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull*. 2008;34(6):1211–1220. doi: 10.1093/schbul/sbm145 Epub 2008 Jan 8. PMID: 18184635; PMCID: PMC2632490.
33. Первый психотический эпизод / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика, 2011. 492 с.
Pervyi psichotocheskii epizod / pod red. IYa Gurovicha, AB Shmuklera. M.: Medpraktika. 2011. 492 s. (In Russ.).
34. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Зайцева ЮС. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(8):7–14.
Gurovich IYa, Shmukler AB, Zaitseva YuS. Dynamics of neurocognitive functioning in patients in early stages of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012;112(8):7–14. (In Russ.).
35. Lepage M, Bodnar M, Bowie CR. Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2014;59(1):5–12.
36. Шмуклер АБ. Шизофрения. М: Гэотар-Медиа. 2021. 176 с.
Shmukler AB. Schizophreniya. M.: Geotar-Media. 2021. 176 s. (In Russ.).
37. Абдуллина ЕГ, Савина МА, Рупчев ГЕ, Морозова МА, Почуева ВВ, Шешенин ВС. Уровень автономии и состояние когнитивных функций у пациентов с шизофренией с ранним и поздним началом: пилотное исследование. *Неврологический вестник*. 2020. LII(1):34–37.
Abdullina EG, Savina MA, Rupchev GE, Morozova MA, Pochueva VV, Sheshenin VS. Independent living skills and cognition in early-onset and late-onset of schizophrenia patients: a pilot study. *Neurology Bulletin*. 2020. LII(1):34–37. (In Russ.). doi: 10.17816/nb16461
38. Карякина МВ, Понизовский ПА, Шмуклер АБ. Проблема социального поведения пациентов с шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2023;33(2):59–68.
Karyakina MV, Ponizovskiy PA, Shmukler AB. Problem of social behaviour in patients with schizophrenia. The concept of recovery in schizophrenia. *Social and Clinical Psychiatry*. 2023;33(2):59–68. (In Russ.).
39. Шмуклер АБ, Карякина МВ. Типология нарушений поведения пациентов с шизофренией вне обострения психопатологической симптоматики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2023;33(3):5–13.
Shmukler AB, Karyakina MV. Typology of behavioral disorders in patients with schizophrenia without acute psychopathological symptoms. *Social and Clinical Psychiatry*. 2023;33(3):5–13. (In Russ.).
40. Макушкина ОА. Оценка риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(3):49–55.
Makushkina OA. Risk assessment of socially dangerous behavior of persons with mental disorders. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(3):49–55. (In Russ.).
41. Макушкина ОА, Леурда ЕВ. Структурированное профессиональное психологическое суждение в системе оценки риска общественной опасности лиц с психическими расстройствами. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023;57(4):66–74.

Makushkina OA, Leurda EV. Structured professional psychological judgment for assessing the risk of public danger in persons with mental disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023;57(4):66–74. (In Russ.).

42. Холмогорова АБ, Гаранян НГ, Долныкова АА, Шмуклер АБ. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007;17(4):67–77.

Kholmogorova AB, Garanyan NG, Dolnykova AA, Shmukler AB. The program for cognitive and social skills training in schizophrenic patients. *Social and Clinical Psychiatry*. 2007;17(4):67–77. (In Russ.).

43. Кузнецов СЮ, Афан МВ, Кожевникова МЮ, Мовина ЛГ. Метакогнитивный тренинг: теоретические основы, практические аспекты, эффективность. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020;30(1):97–101.

Kuznetsov SYu, Afyan MV, Kozhevnikova MYu, Movina LG. Metacognitive training: theory, practices, efficacy. *Social and Clinical Psychiatry*. 2020;30(1):97–101. (In Russ.).

44. Папсуев ОО, Мовина ЛГ, Кирьянова ЕМ, Сальникова ЛИ, Шашкова НГ, Мурашко АА, Спектор ВА. К концепции реформы институциональной социальной помощи гражданам с ограниченными возможностями в сфере психического здоровья. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022;32(4):75–87.

Papsuev OO, Movina LG, Kiryanova EM, Salnikova LI, Shahkova NG, Murashko AA, Spector VA. To the concept of the reform of institutional social care for individuals with psychiatric disabilities. *Social and Clinical Psychiatry*. 2022;32(4):75–87. (In Russ.).

45. Рычкова ОВ. Нарушения социальных навыков и социального поведения при шизофрении (анализ подходов для обоснования интервенций). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2023;33(2):101–108. Rychkova OV Disturbances of social skills and social behavior in schizophrenia (an analysis of approaches to justify interventions). *Social and Clinical Psychiatry*. 2023;33(2):101–108. (In Russ.).

46. Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Кузьмина М.В., Тюменкова Г.В., Воронова Е.И., Алиева Л.М., Тюлькина О.Ю., Ибрагимова А.Р. Социально-демографические и клинко-психологические особенности пациентов с остаточной шизофренией и направления их психосоциальной реабилитации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(11):82–89. Solokhina TA, Oshevsky DS, Kuzminova MV, Tyumenkova GV, Voronova EI, Alieva LM, Tyulkina OY, Ibragimova AR. Socio-demographic and clinical-psychological characteristics of patients with residual schizophrenia and directions of their psychosocial rehabilitation. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(11):82–89. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202312311182

Сведения об авторах

Александр Борисович Шмуклер, доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия
<https://orcid.org/0000-0002-7187-9361>

Shmukler.a@serbsky.ru

Светлана Вячеславовна Шпорт, доктор медицинских наук, генеральный директор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

<https://orcid.org/0000-0003-0739-4121>

Shport.s@serbsky.ru

Information about the authors

Alexander B. Shmukler, Dr. Sci. (Med.), Professor, Deputy General Director for Research, FSBI “V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology” of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0002-7187-9361>

Shmukler.a@serbsky.ru

Svetlana V. Shport, Dr. Sci. (Med.), General Director of FSBI “V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology” of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0003-0739-4121>

Shport.s@serbsky.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Дата поступления 30.04.2024
Received 30.04.2024

Дата рецензирования 04.06.2024
Revised 04.06.2024

Дата принятия 25.06.2024
Accepted for publication 25.06.2024