

© А.Б. Смулевич и др., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.895.8

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57>

Некоторые аспекты психопатологии резидуальных состояний при шизофрении (ремиссии по типу «новой жизни» — современные модели)

А.Б. Смулевич^{1,2}, Е.И. Воронова^{1,2}, Т.А. Солохина¹, В.М. Лобанова¹, Н.А. Ильина¹¹ФГБУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия²ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Евгения Ивановна Воронова, voronova_e@mail.ru

Резюме

Обоснование: данные доступной литературы свидетельствуют о том, что проблема постпсихотических состояний, квалифицируемых в рамках ремиссий по типу «новой жизни», требует пересмотра. **Цель исследования:** изучение структуры постпсихотических резидуальных расстройств, определяющих клиническую картину поздних ремиссий, формирующихся по типу «новой жизни». **Метод:** описание и анализ клинического случая. **Результаты и заключение:** представлена характеристика резидуальных состояний — ремиссий по типу «новой жизни» длительностью от 10 до 40 лет. Разработана медицинская модель этой группы постпроцессуальных состояний. Основная — «ядерная» группа (ремиссии, ограниченные уровнем внутрибольничной адаптации) — гипопаранойальные с резидуальным бредом преследования (идеи отношения, ущерба, преследования со стороны членов семьи). Формирование резидуального параноида по мере обратного развития психоза сопровождается отчуждением всех реалий прошлой жизни (отказ от родственных обязанностей и прежней производственной деятельности) и образованием новых аутистических видов занятости. В клинической картине резидуальных состояний в ремиссии по типу «новой жизни» из группы «спектра» также доминируют идеи отчуждения реалий прошлой и начало «новой жизни» с функционированием на уровне новых сверхценных увлечений. Эти резидуальные состояния обнаруживают существенные отличия от основной — «ядерной» группы. В социальном аспекте речь идет о более ограниченных изменениях жизненного стереотипа — адаптации во внебольничном пространстве, интеграции в структуру близкородственных межперсональных контактов, реализации трудовой деятельности вне специализированных стационарных условий. Психопатологические характеристики феномена «новой жизни», выступающего в клиническом пространстве ремиссий «ядерной» группы и группы «спектра», неоднородны и дифференцируются как на базе уровня тяжести и типологической гетерогенности дефицитарных изменений, так и различной структуры позитивных (гипопараноических) расстройств. Формирование феномена «новой жизни» при ремиссиях «ядерной» группы связано с негативными — преимущественно эмоциональными изменениями. Параметры соучастия процессуальных дименсий (негативные–позитивные расстройства), определяющие формирование феномена «новой жизни» при ремиссиях группы «спектра», смещаются в сторону бредовой, а не негативной симптоматики. Смена трудовой ориентации сверхценными увлечениями индуцируется кататимными идеями бреда притязания, сформировавшимися в рамках постпроцессуального паранойального развития (бредовые симптомокомплексы и бредоподобные фантазии круга паранойи желаний, Wunschparanoja E. Kretschmer).

Ключевые слова: шизофрения, ремиссии, ремиссии по типу «новой жизни», резидуальные состояния

Грант РФФИ № 21-515-12007 «Транснозологическая модель и нейрофизиологические механизмы бредовых расстройств».

Грант РФФИ № 19-07-01119 «Интеллектуальный анализ клинических и генетических данных с применением ДСМ-метода автоматизированной поддержки научных исследований дефицитарных изменений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра».

Для цитирования: Смулевич А.Б., Воронова Е.И., Солохина Т.А., Лобанова В.М., Ильина Н.А. Некоторые аспекты психопатологии резидуальных состояний при шизофрении (ремиссии по типу «новой жизни» — современные модели). *Психиатрия*. 2022;20(1):46–57. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57>

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

UDC 616.895.8

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57>

Some Aspects of Psychopathology of Residual States in Schizophrenia (A “New Life” Type Remissions — Modern Models)

А.Б. Smulevich^{1,2}, E.I. Voronova^{1,2}, T.A. Solokhina¹, V.M. Lobanova¹, N.A. Ilyina¹¹FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia²Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Evgenia I. Voronova, voronova_e@mail.ru

Summary

Background: Evidence from available literature suggests that the problem of postpsychotic conditions qualified as part of “new life” type remissions requires revision. **The aim:** to study the structure of postpsychotic residual disorders that determine the clinical picture of late remissions, which form the type of “new life”. **Patients and method:** case reports analysis, clinical interpretation and classification of remission type. **Results and conclusion:** a characteristic of residual states is presented — remissions according to the type of “new life” lasting from 10 to 40 years. A medical model of this group of post-procedural states has been developed. The main — “nuclear” group (remissions limited by the level of in-hospital adaptation) — hypoparanoial with residual delirium of persecution (ideas of attitude, damage, persecution by family members). The formation of residual paranoia as the psychosis progresses backwards is accompanied by alienation of all past life realities (rejection of kinship responsibilities and previous productive activities) and the formation of new autistic occupations. The clinical picture of residual states — remissions on the type of “new life” of the spectrum group is also dominated by ideas of alienation of realities of the past — and the beginning of a “new life” with functioning at the level of new super-valuable hobbies. These residual states show essential differences from the basic “nuclear” group. In the social aspect we are talking about more limited changes of a life stereotype — adaptation in the out-of-hospital space, inthegration into the structure of closely related interpersonal contacts, implementation of labor activity outside the specialized stationary conditions. Psychopathological characteristics of the phenomenon of “new life” appearing in the clinical space of remissions of the “nuclear” group and the “spectrum” group are heterogeneous and differ rentiated both on the basis of severity level and typological heterogeneity of deficit changes, and different structure of positive (hypoparanoial) disorders. The formation of the phenomenon of “new life” in remissions of the “nuclear” group is associated with negative — predominantly emotional changes. The parameters of the complicity of procedural dimensional disorders (negative — positive disorders), which determine the formation of the “new life” phenomenon in remissions of the spectrum group, shift towards delusional rather than negative symptomatology. The change of work orientation by supercreative hobbies is induced by catathymic ideas of delusions of pretension formed as part of post-procedural paranoia development (delusional symptom complexes and delusional fantasies of the desire paranoia circle, Wunschparanoja E. Kretschmer).

Keywords: schizophrenia, remissions, new life-type remissions, residual conditions

The work was supported by the Russian Science Foundation, Project #21-515-12007 “Transnosological model and neurophysiological mechanisms of delusional disorders”, Project #19-07-01119 “Intellectual analysis of clinical and genetic data using method of automised support of research in schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders”.

For citation: Smulevich A.B., Voronova E.I., Solokhina T.A., Lobanova V.M., Ilyina N.A. Some Aspects of Psychopathology of Residual States in Schizophrenia (A “New Life” Type Remissions — Modern Models). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):46–57. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57>

ВВЕДЕНИЕ

Клинические характеристики ремиссий по типу «новой жизни» содержатся в целом ряде публикаций [1–5].

Данные исследований, накопленные в разные годы (1976–2021 гг.) сотрудниками отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ, кафедры психиатрии и психосоматики Сеченовского Университета [6–12], а также материалы научных разработок, проведенных в 2019–2021 гг. совместно с сотрудниками отдела организации психиатрических служб НЦПЗ (зав. отделом доктор мед. наук Т.А. Солохина), позволяют обобщить клиническую казуистику длительных (от 10 до 40 лет) ремиссий по типу «новой жизни», формирующихся по мере редукции манифестных бредовых симптомокомплексов. Психопатологический анализ собственного материала (резидуальные состояния параноидного типа), а также данные доступной литературы свидетельствуют о том, что проблема постпсихотических состояний, квалифицируемых в рамках ремиссий по типу «новой жизни», требует пересмотра.

Клинические границы (и соответственно психопатологические характеристики) ремиссий по типу «новой жизни», будучи обозначены в исследованиях XX в. в основном поведенческими (отказ от реалий прошлой жизни) и социальными (преимущественно

внутрибольничная либо «околобольничная» адаптация) критериями, в свете концепций последних десятилетий («выздоровление»/recovery [13–17], «посттравматический рост»/posttraumatic growth [18, 19]) должны быть значительно расширены. В работах этого направления в психологических терминах описывается процесс «выздоровления» путем «инкорпорации болезненного опыта в собственную идентичность», реализующийся у индивидуумов, не способных вернуться к прежней жизни вследствие изменений, связанных с перенесенной тяжелой болезнью.

При оценке материалов, относящихся к проблеме recovery, содержащих самоописания перенесших бредовой психоз больных (некоторые из них имеют квалификацию психолога), с клинических позиций можно предположить, что в части рассматриваемых случаев речь идет об особой группе резидуальных состояний, сопоставимых по ряду клинических параметров с ремиссиями по типу «новой жизни». Судя по публикуемым самоописаниям, по завершении острых проявлений болезни происходит формирование новой (по отношению к клиническим проявлениям перенесенного бредового психоза) параноической системы. В качестве доминирующей в денотате этой параноической системы выступает идея создания с целью предотвращения рецидива болезни новой личности, не связанной с перенесенным психозом и вызвавшими его причинами (они интерпретируются в соответствии с параноической концепцией пациента). При этом в качестве облигатного условия

построения такой новой личности выступает отказ от всех реалий прошлой жизни.¹

Учитывая, что в исследованиях XXI в. проблема поздних ремиссий, завершающих развитие эндогенных заболеваний, рассматривается преимущественно в рамках социально-психологической концепции, актуальным представляется построение медицинской модели этой группы постпроцессуальных состояний, учитывающей как структуру резидуальных параноических расстройств (постпроцессуальных развитий), так и негативных изменений.

Ремиссии по типу «новой жизни» по существу психопатологически неоднородны. В клиническом пространстве этих ремиссий оказывается возможным выделить (условно) основную, или «ядерную» группу: гипопаранойальные состояния типа постшизофренической паранойи [20] с резидуальным бредом преследования и сверхценными идеями предотвращения рецидива болезни. На первый план в клинической картине выступают идеи отношения, в отдельных случаях идеи ущерба, преследования со стороны членов семьи, бывших приятелей и сослуживцев, действия и поведение которых рассматриваются в аспекте ретроспективной бредовой оценки. При этом родственникам отводится роль соучастников событий из круга бытовой, а также профессиональной и социальной активности, имевших место в пространстве прошлой жизни и способствовавших, в соответствии с контекстом сложившейся паранойальной системы, свершившейся катастрофе (манифестации психоза). Пациенты недоброжелательно относятся к членам семьи, упорно отказываются от общения с ними. По минованию психоза, имея возможность покинуть стационар, они полностью исключают перспективу возврата домой, избегают даже разговоров на эту тему. В этих случаях происходит разрыв с семьей, друзьями, со всем ближайшим окружением, отказ от родственных обязанностей и прежней профессиональной деятельности. Уровень социальной адаптации ограничивается в большинстве случаев такого типа резидуальных состояний внутрибольничными ремиссиями [4, 5]. Часть пациентов селятся поблизости от стационара, другие меняют место жительства и род занятий.

Наряду с «ядерной» группой выделяются резидуальные состояния параноидной/кататонно-параноидной шизофрении, в клинической картине которых также доминируют идеи отчуждения реалий прошлой жизни. Вместе с тем по ряду клинических и социальных критериев (структура негативных расстройств, разный контекст денотата резидуальных бредовых и сверхценных образований, более высокий уровень социальной

адаптации, сохранение родственных связей и др.) эти резидуальные состояния обнаруживают существенные отличия и могут рассматриваться в рамках «спектра» расстройств, относящихся (наряду с «ядерной» группой) к ремиссиям типа «новой жизни».² Речь идет не о тотальных, как это наблюдается в «ядерной» группе, но более ограниченных изменениях жизненного стереотипа. Чаще всего наблюдается уход из прежней профессии с адаптацией на уровне новых сверхценных увлечений, предполагающих (в реальности) значительное снижение уровня квалификации, а также облегченные условия труда, не связанные с систематической занятостью на производстве. Речь может идти об увлечениях, приобретающих свойства новых профессиональных занятий типа коллекционирования марок или монет с посещением аукционов, совершения обменных операций и проч., смена профессии инженера на ремесло (например, резьбу по дереву), работы медицинской сестры на разведение племенных морских свинок на продажу и проч.

В порядке уточнения изложенных выше данных, относящихся к модусу социальной адаптации и клиническим характеристикам резидуальных состояний из категории спектра ремиссий типа «новой жизни», приведем следующее клиническое наблюдение.

Пациент И.Н.К., 1970 г.р. (51 год). Родился от второй беременности в физиологических родах. До 1,5 лет развивался в соответствии с возрастными нормами. В возрасте 1,5–3 лет перенес два укуса собакой — в области щеки и бедра. В связи с испугом и эпизодами соматического неблагополучия (нарушения сна, плаксивость, отказ от еды) отмечался регресс психического развития, нарушалась речь, оставался замедленным, малоподвижным, тревожным, пугливым, труднодоступным контакту. Состояние стабилизировалось лишь к трем годам, восстановился контакт с родителями, налажился процесс приема пищи, игровое поведение. Однако оставался тревожным, плаксивым, по вечерам, опасаясь вторжения грабителей, боялся находиться дома в одиночестве. Наряду с этим сохранялась потребность в дополнительном отдыхе, повышенная утомляемость, метеочувствительность — на смену погоды реагировал головными болями.

По характеру формировался малообщительным, пассивным, ведомым, нерешительным ребенком. Отличался обостренной впечатлительностью, чувствительностью — был ранимым, обидчивым, после пустяковой ссоры подолгу не мог успокоиться. С детства был привержен определенному жизненному стереотипу, регламенту игрового поведения: не любил менять одежду, неизменно придерживался распорядка дня.

¹ Смысловое содержание представленной параноической концепции находит наиболее полное отражение в самоописании процессов «коррекции» и «редуцирования» прежних связей и «уязвимостей», принадлежащем больному, перенесшему бредовую психоз («...для полного выздоровления я должен был сменить мой город, мою профессию, работу, которой я занимался, весь круг друзей и знакомых, химические процессы в собственной голове, моего партнера, мое самовосприятие, мой способ мыслить, мое отношение к самой психологии и, конечно, к Богу»).

² Необходимо подчеркнуть следующее. В то время как число ремиссий, отнесенных к «ядерной» группе, в связи с произошедшими на протяжении последних десятилетий серьезными изменениями в терапии и социальном обустройстве психических больных минимизируется, группа резидуальных состояний, образующих широкий спектр клинического пространства ремиссий типа «новой жизни», судя по данным доступных публикаций и собственным наблюдениям, значительно расширяется.

Время предпочитал проводить в одиночестве, рассаживал игрушки на диване в одном и том же порядке, катал их на машинке по одному и тому же маршруту.

В детском саду (пять лет) адаптировался с трудом, не включался в коллективные игры, контактировал лишь с несколькими детьми и воспитателями. Оставался ведомым, застенчивым, боясь привлечь к себе внимание; опасаясь осуждения, не обращался даже с просьбами о положенном подарке или игрушке. Несмотря на формальную адаптацию на протяжении всего времени пребывания в детском саду, сохранялась утомляемость — уставал от детского шума, часто жаловался на головные боли, просился у нянечек «посидеть в тишине».

В школу пошел в семь лет. Хотя поначалу друзей не завел, однако достаточно успешно контактировал с отдельными ребятами. В начальной школе учился на 4 и 5. За счет ответственности, усидчивости, старательности и послушания пользовался симпатией учителей. Внимательно слушал учителей, дома самостоятельно повторял заданное. Уже в этот период возникали проблемы с усвоением большого количества устной информации, с трудом заучивал стихотворения, испытывал трудности в подборе слов при устных ответах. Наряду с общеобразовательными занятиями посещал музыкальную школу, учился с удовольствием. Однако педагогами (со слов матери) отмечалась недостаточная для качественной игры моторика рук, медлительность смены позиции пальцев, трудности перехода между гаммами. В 3-м классе (девять лет), будучи вызванным к доске, не смог продекламировать выученное дома стихотворение — возникло ощущение тревоги, неполноты вдоха, нехватки воздуха. После этого инцидента, завершившегося неудовлетворительной оценкой, резко снизилось настроение — слег в постель, говорил шепотом, жаловался на головную боль и боли в мышцах, в течение трех недель не посещал занятия. По возвращении в школу сохранялись пониженное настроение, нарушения сна и аппетита. Тогда же впервые появилось ощущение враждебности со стороны окружающих. Казалось, что одноклассники перешептываются за спиной, считают глупым, настроены против него классной руководительницей. Прервал все контакты в классе, общался только с одним мальчиком. Снизилась успеваемость, на уроках не мог сосредоточиться, уставал, не справлялся с нагрузкой, домашние задания выполнял с помощью родителей. Летом в детском лагере также не смог адаптироваться. Наряду с сохранявшимися идеями отношения появились мысли о собственном уродстве, которое замечают окружающие дети. Ни с кем не общался, почти не выходил из своей комнаты, оставался вялым и заторможенным.

Состояние изменилось в лучшую сторону лишь через два года (5-й класс, 11 лет). Стабилизировалось настроение, восстановился сон и аппетит. Стало легче усваивать школьный материал, снизилась утомляемость.

Следующее обострение в 7-м классе (продолжалось с 13 до 16 лет). Клишированно снизилось настроение, на уроках возникали приступы головной боли, не купирувавшиеся приемом НПВС. В связи с обострившимися идеями отношения избегал общественных мест, в магазине ощущал на себе недоброжелательные взгляды. Вновь появились мысли о враждебности окружающих. Полагал, что на улице его специально задевают локтями, а в общественном транспорте пожилые люди, считая «недостойным» и стараясь унижить, намеренно сгоняют с мест для сидения. В разговорах прохожих улавливал скрытые унижительные «подшучивания» в свой адрес. Тогда же впервые появились окрики — казалось, что кто-то зовет его по имени. В голове периодически возникало «звучание разговоров» проходивших мимо людей, слышал диалоги мужских и женских голосов, критиковавших его. Возникавшие в это время приступы насильственного смеха и зевоты расценивал как признаки сглаза, заговора со стороны преследующих его лиц, чьи голоса слышал. При выходе из дома подозрительность усиливалась, проверял, не стоит ли кто-нибудь у подъезда, при передвижении по городу выбирал, опасаясь нападения, самые «безопасные» улицы.

Учебу почти полностью забросил, пропускал зачеты, положительные оценки на экзаменах получил лишь благодаря вмешательству матери и воспоминаниям учителей о былой старательности. После безуспешной попытки поступления в институт подал документы в медучилище, где был самый низкий проходной балл. За время занятий в училище с нагрузками справлялся плохо, с трудом усваивал материал. Оставался подозрительным, сохранялись идеи предвзятого отношения как студентов, так и преподавателей.

По завершении медицинского училища в течение 15 лет работал фармацевтом. Происходившие при этом частые смены мест работы были связаны в одних случаях с повышенной утомляемостью, медлительностью и когнитивными расстройствами, препятствовавшими выполнению служебных обязанностей, а в других — с завершающимися актами агрессии конфликтными ситуациями, обусловленными обострившейся подозрительностью и бредовыми вспышками.

На протяжении девяти лет (с 26 до 35 лет) неоднократно (в 1996, 1999, 2001, 2005 гг.) стационарировался в психиатрические больницы в связи с экзакрбацией галлюцитарно-бредовой симптоматики и аффективными расстройствами (тревожные депрессии с тоской, апатией, двигательной заторможенностью). В периоды обострений становился напряженным. Замечал слежку, считал, что все проезжающие машины «охотятся за ним». Отказывался поднимать трубку телефона, так как считал, что «враги» специально проверяют, находится ли он дома. В голове отмечал звучание голосов, которые «крутились без остановки» и не давали уснуть. В одном бредовом эпизоде предполагал наличие заговора, в качестве инициатора которого выступала родственница, стремящаяся специально свести его

с ума и выгнать из дома; в других случаях был убежден, что сотрудники и начальство находятся в сговоре, догадываясь о его психическом неблагополучии, хотят публично высмеять, а потом и избавиться от него. Полагал, что окружающие рассматривают его как нарушителя порядка и неких неизвестных ему общественных уложений, за что может поплатиться увечьями или даже смертью. Любое нейтральное по содержанию замечание сослуживцев в этой ситуации получало бредовую интерпретацию — напал на коллег с кулаками, крушил мебель, в связи с чем стационарировался в порядке недобровольной госпитализации. Длительность пребывания в психиатрических стационарах составляла 2–3 мес. Улучшение наступало в процессе нейролептической терапии.

Становление ремиссии (продолжается до настоящего времени — 2021 г., длительность 16 лет) относится к возрасту 35 лет.

В связи с частичной дезактуализацией бредовой симптоматики и значительной редукцией подозрительности был выписан из психиатрической больницы, вернулся к жизни в домашних условиях. Проживает с матерью, к которой обнаруживает привязанность и заботу. В глазах пациента мать — единственный человек, заслуживающий доверия, указания которой надо неизменно исполнять. Пассивно включился в бытовые обязанности, помогает по хозяйству, ходит по магазинам.

На работу больше не устраивался. Объяснил матери, что не может исполнять прежние профессиональные обязанности, так как не справляется с нагрузкой, лишился прежней выносливости. Запоминание компонентов составов и технологии производства лекарственных средств, свободная ориентировка в различных препаратах, формах выпуска и проч. провоцируют головные боли, ощущение пустоты в голове. Кроме того, изменились правила и инструкции по сравнению с теми, которые преподавали в училище.

На протяжении всего постприступного периода периодически (чаще всего на фоне каких-либо эмоциональных провокаций или перегрузок) по ночам возникают кратковременные эпизоды наплывов голосов комментирующего содержания, редуцирующихся по пробуждении. Сохраняется сенситивность, тенденции к интерпретации по существу нейтральных поступков как действий, направленных лично против него. Окружающие, зная, что имеют дело с психически больным, стремятся всячески оскорбить или унижить его. (Дворники специально складывают мусор у его окна, соседи умышленно разбили плитку при входе в квартиру и проч.)

По совету врачей ПНД стал посещать литературный кружок для пациентов — инвалидов по психическому заболеванию. С этого времени полностью сменил «жизненный курс». На первый план теперь выступают мероприятия по внедрению в новую среду обитания, обеспечивающую, по мысли больного, безопасность и возможность адаптации в настоящей и будущей

(учитывая, что мать не вечна) жизни. В качестве такого «безопасного» места рассматривает литературное объединение, в деятельности которого стал принимать активное участие. Посещает семинары, собрания, курсы заочного обучения. В кругу участников объединения чувствует себя комфортно, не улавливает никаких признаков дискриминации. Убежден, что в случае смерти матери «коллеги по перу» смогут его поддержать. Но при этом каких-либо дружеских контактов с другими пациентами наладить не стремится, держится обособленно. Постепенно изменился аффективный фон, редуцировалась сонливость, ощущает прилив бодрости, появилась надежда, что наконец нашел свое призвание, свое место в жизни. Сам отмечает, что впервые «талант» в составлении как стихотворных, так и прозаических текстов «прорезался» после 30 лет. С тех пор целиком ушел в писательство. Работает в различных жанрах — поэмы, баллады, сказки, очерки, новеллы. С сожалением сообщает, что создать роман пока не удастся. Без критики относится к художественному уровню собственных сочинений. Печатает созданные произведения за собственный счет, при этом в скором времени собирается издать полное собрание сочинений. Полагает, что работает в стиле реализма.

Соматоневрологический статус без патологии.

Психологическое исследование. Показатели умственной деятельности отражают снижение, достигая уровня пограничной интеллектуальной недостаточности (IQ 72), развившейся вследствие нарастания дефицитарных эндогенно-процессуальных изменений личности с врожденным неклиническим снижением интеллектуального потенциала (трудности восприятия точных наук, необходимость в помощи репетиторов для усвоения школьной программы, посредственные показатели учебной успеваемости, регистрируемые уже на доминирующем этапе заболевания).

Психомоторный темп замедлен на фоне истощаемости психической деятельности. Продуктивность концентрации внимания умеренно нарушена. На фоне недостаточности функции сосредоточения отмечается снижение общей продуктивности и динамическая неустойчивость кратковременной памяти. Долговременная память ослаблена. Опосредованная память выявляет грубые расстройства, обусловленные дефицитом ассоциативного компонента мышления. Динамика мыслительных процессов резко замедлена. На первый план выступают тяжелые расстройства целенаправленности мышления по типу резонерства, соскальзываний и шперрунгов, а также выраженные искажения процессов обобщения на фоне актуализации латентных признаков. Категориальный строй мышления нарушен. Дефицитарность интеллектуальной деятельности в структуре мыслительной деятельности проявляется формализмом и псевдоконкретностью.

В кругу негативных расстройств преобладают симптомы абулического дефицита (3,6 по SANS), реализующиеся редукцией энергетического потенциала, снижением психофизической выносливости, нарастанием

Таблица 1. Сравнительные показатели шкалы социального функционирования (Social Functioning Scale, SFS) пациентов с ремиссиями по типу «новой жизни»**Table 1.** Comparative values of the Social Functioning Scale (SFS) in patients with remission of “new life” type

Подшкалы (средний показатель)/Subscales (mean value)	«Ядерная» группа*/“Nuclear” group	Группа «спектра»*/“Spectrum” group
Общее снижение/Total decrease	1,9 ± 0,4	2,8 ± 0,3
Интерперсональные отношения/Interpersonal relationships	1,2 ± 0,3	2,7 ± 0,5
Социальная активность/Social activity	1,2 ± 0,4	1,9 ± 0,2
Рекреационная активность/Recreational activity	2,3 ± 0,2	2,4 ± 0,4
Независимость/Independence	2,5 ± 0,1	3,1 ± 0,2
Трудоустройство/ Employment	Специализированная внутрибольничная трудовая адаптация/Specialized in-hospital labour adaptation	60% выборки сохраняют трудоустройство со значительным снижением уровня квалификации, переходом на более облегченные условия труда, не связанные с систематической занятостью на производстве/60% of the sample retain employment with a significant reduction in qualifications, transition to easier working conditions, not related to systematic employment at work
Общий балл/Total	92,4 ± 4,6	109 ± 4,3

Примечание: * $p < 0,01$ — статистически значимые различия между группами.

Note: * $p < 0.01$ — significant differences between groups.

явлений ведомости, зависимости и нерешительности, что в совокупности приводит к нарушениям трудовой адаптации пациента с утратой способности к поддержанию прежнего уровня производственного стандарта и сменой сферы профессиональной деятельности в сторону облегченного низкоквалифицированного труда. Спектр эмоциональных изменений (2,9 по SANS) включает обеднение эмоционального диапазона, дефицит понимания психологических нюансировок, утрату потребности в формировании аффективных межличностных отношений с ограничением круга эмоциональных привязанностей.

Состояние больного на протяжении последних 16 лет определяется в рамках поздней ремиссии параноидной шизофрении. Ремиссия сформировалась вслед за длительным бредовым психозом, протекавшим с периодическими обострениями на протяжении девяти лет (продромальные проявления заболевания относятся к возрасту 10–16 лет — стерые затяжные аффективно-бредовые состояния). Манифест психоза в возрасте 26 лет. Обращают на себя внимание закономерности психопатологической эволюции бредовой симптоматики — от длительного, берущего начало в конституциональном складе личности (сенситивный шизоид) этапа, определявшегося сенситивной паранойей, до перехода (кратковременные вспышки на высоте остроты психоза) к экспансивной паранойе с актами агрессии, направленными против мнимых врагов (преследуемый преследователь, *persécuté persécuteur*). По ряду социальных параметров длительное, сформировавшееся по мере редукции бредовой симптоматики постприступное состояние, представленное в настоящем наблюдении, может быть отнесено к ремиссии типа «новой жизни»: доминируют идеи отчуждения реалий прошлой жизни с отказом от прежних

служебных и дружеских связей, уход из прежней профессии с адаптацией в новой сфере — литературных занятиях — на уровне облегченных условий труда, не связанных с систематической занятостью на производстве.

Вместе с тем обнаруживается и ряд отличий от модуса адаптации при резидуальных состояниях, отнесенных к «ядерной» группе ремиссий по типу «новой жизни» (J. Vie, 1939)/«второй жизни» (В.С. Ястребов, 1973). В приведенном наблюдении речь не идет о внутрибольничной ремиссии в рамках психиатрического учреждения колониального типа, сопровождающейся полным разрывом всех связей с внешним миром, в первую очередь прекращением семейных отношений. По выписке из стационара больной адаптировался в домашних условиях, восстановил прежние семейные отношения, сформировав симбиотическую зависимость от матери. В последующем обнаруживались определенные возможности социализации. Таким образом, в аспекте уровня социальной адаптации эта ремиссия может быть рассмотрена среди ремиссий по типу «новой жизни», но относящихся к выделяемой в настоящем исследовании группе «спектра» ремиссий с резидуальными расстройствами (табл. 1).

Как следует из данных психометрического обследования, пациенты из группы «спектра» ремиссий по типу «новой жизни», по сравнению с «ядерной» группой, демонстрируют большую сохранность уровня социального функционирования. В частности, они сохраняют возможность социальной адаптации во внебольничном пространстве и интеграции в структуру близкородственных межличностных контактов, а также способность к реализации трудовой деятельности вне условий специализированных внутрибольничных групп производственной адаптации.

Таблица 2. Сравнительные показатели структуры и выраженности резидуальных бредовых феноменов в группах ремиссий по типу «новой жизни» по данным подшкалы бреда шкалы оценки позитивных симптомов (Scale for the Assessment of positive symptoms, SAPS)

Table 2. Comparative indicators of the structure and severity of residual delusional phenomena in “new life” remission groups according to the delusions subscale of the Scale for the Assessment of positive symptoms (SAPS)

Пункты подшкалы SAPS/SAPS subscale items	«Ядерная» группа/“Nuclear” group	Группа «спектра»/“Spectrum” group	p
Бред/Delusion			
Бред преследования/Persecutory Delusions	2,4 ± 0,2	1,3 ± 0,3	< 0,01
Бред ревности/Delusions of jealousy	0,8 ± 0,3	–	–
Бред величия/Grandiose Delusions	–	–	–
Религиозный бред/Religious Delusions	–	–	–
Бред отношения/Ideas and Delusions of Reference	2,1 ± 0,2	3,9 ± 0,4	< 0,01
Бред воздействия/Delusion of exposure	2,5 ± 0,2	0,6 ± 0,3	< 0,01
Бред открытости мыслей/Delusions of Mind Reading	–	–	–
Трансляция мыслей/Thought Broadcasting	–	–	–
Бредовые идеи вкладывания мыслей/Thought Insertion	–	–	–
Бредовые идеи отнятия мыслей/ Thoughts withdrawal	–	–	–
Иные бредовые феномены (в границах собственной клинической казуистики рассматривались явления wunsch-паранойи)/Other delusional phenomena (wunsch-paranoia phenomena were considered within the boundaries of their own clinical casuistry)	–	2,4 ± 0,4	< 0,01

Необходимо подчеркнуть, что не только модус социальной адаптации, но и клиническая картина ремиссии в рассматриваемом наблюдении также обнаруживает ряд отличий от резидуальных состояний, отнесенных к «ядерной» группе.

В качестве основных составляющих психопатологической структуры ремиссии выступают редуцированные до уровня сверхценных образований проявления перенесенного бредового психоза — сенситивной паранойи. При этом гипопараноические симптомокомплексы принимают форму стойкого, социофобического комплекса (страх пребывания в обществе в связи с опасениями негативной оценки окружающими — сенситивные идеи отношения в сочетании с избегающим поведением).

Формирование такого рода гипопараноийальных состояний рассматривалось А.К. Ануфриевым [21] в рамках параноийально-мировоззренческого развития, завершающего смену бредовых пограничными параноическими расстройствами — производными параноида, определявшего манифестный этап заболевания.

Таким образом, если при большей части гипопараноийальных состояний, отнесенных к «ядерной» группе ремиссий типа «новой жизни», а также при ремиссиях типа recovery преобладает отчуждение бредовых расстройств манифестного периода и вся новая параноическая система направлена на превенцию перенесенного бредового психоза, то в качестве основного элемента гипопараноического состояния в рассматриваемом наблюдении, напротив, выступают сверхценные образования — производные параноида, определявшего манифестный этап заболевания (табл. 1). Несмотря на регресс бредовых расстройств и восстановление

к ним формально критического отношения, формируется патохарактерологическая структура, включающая тот же кататимно заряженный комплекс, что и предшествующие бредовые идеи. Соответственно, пациент продолжает жить в мире представлений перенесенного психоза. При этом, если в период психоза бредовые расстройства сенситивного круга расширяются за счет проявлений экспансивной паранойи, то в ремиссии усложняются за счет идей и фантазий, чаще всего рассматриваемых в исследованиях, выполненных в психодинамической традиции в рамках «паранойи желаний»³. Речь идет о притязаниях (на уровне фантазий и незавершенных «творческих» планов) на креативную активность, на создание некоего творческого продукта (стихов, прозы и проч.). По мысли пациента, только создание такого «творческого багажа» сможет укрепить его позиции в обществе и тем самым защитить его как

³ Заслуга выделения конструкта «паранойи желаний» (Wunschparanoja) принадлежит Е. Краепелю, согласно описаниям которого пациенты, страдающие этим вариантом бредовых расстройств, «воображают себя в несоответствующем действительности положении и, будучи охваченными паранойей, свое настоящее, прошлое и будущее воспринимают исключительно через призму фантастических внутренних желаний» — большие полностью погружены в бредовые переживания, свои фантазии, видя их без основания осуществляющимися наяву [22]. Позднее разработкой концепции Wunschparanoia занимались G. Kloos [23], относивший ее к самостоятельному варианту сверхценного бреда, и Е. Kretschmer [24], согласно которому этот вариант бредовых расстройств расценивался как промежуточный между сенситивным и экспансивными полюсами тип паранойи. Согласно Е. Kretschmer, в основе паранойи желаний заложены механизмы кататимного бреда самоощущения аутистических желаний пациента, существование в «сноподобном состоянии веры в реальность своих аутистических фантазий». Ссылки на феномен «паранойи желаний» присутствуют в ранних работах А.В. Снежневского [25], ряде клинических [26–28] и психоаналитических исследований [29]. В то же время в монографии В.А. Жмурова [30] Wunschparanoia рассматривается как устаревший клинический конструкт, не соответствующий современной систематике.

в настоящем, так и в будущем от смыкающегося круга недоброжелателей.

Переходя от дескриптивных (описательных) характеристик к психопатологическому анализу, сопоставим структуру резидуальных состояний выделенных двух типов в аспекте новой парадигмы соотношения процессуальных дименсий. В клиническом плане проблема сводится к выделению психопатологических образований, ответственных за формирование и типологическую дифференциацию феномена «новой жизни», выступающего в рамках параноидных ремиссий.

Имеющиеся в нашем распоряжении клинические наблюдения и данные патопсихологического исследования группы пациентов, представляющие «ядерный» вариант ремиссий типа «новой жизни» и вариант «спектра», а также данные некоторых доступных публикаций, позволяют предположить (в порядке рабочей гипотезы), что психопатологические характеристики феномена «новой жизни» дифференцируются не только на базе различной тяжести и типологической гетерогенности дефицитарных изменений, но могут быть связаны с различной структурой позитивных (гипопараноических) расстройств (табл. 2).

Обращаясь к материалам, позволяющим верифицировать выдвинутую гипотезу на базе «ядерной» группы ремиссий по типу «новой жизни», необходимо в первую очередь остановиться на данных W. Mayer-Gross [3], подчеркивающего парциальную выраженность эмоционального дефицита в клинической картине ремиссий. Наряду с аутизмом, который четко выступает в исследованных случаях, автор особо выделяет свойственные рассматриваемому контингенту больных эмоциональные изменения — «пустоту», «общее оупение чувств», в первую очередь проявляющиеся в форме нивелировки эмоциональной значимости происходящих событий (пациенты одинаково «беззаботно» воспринимают как объективно значимые, так и случайные, лишённые эмоциональной нагрузки, события).

С наблюдениями W. Mayer-Gross, относящимися к клинической картине «ядерной» группы ремиссий по типу «новой жизни», частично сопоставимы описания J. Vie [4]. В рамках клинической характеристики поздних ремиссий по типу «второй жизни» автор фиксирует глубокие дефектные изменения личности, охватывающие весь спектр негативных расстройств (редукция энергетического потенциала, апатоабулические расстройства, когнитивные и др.). Выступающие в ряду дефицитарных расстройств эмоциональные изменения проявляются полным равнодушием к собственным детям, вплоть до отказа видаться с ними. Об этом же свидетельствуют материалы клинических и ретроспективных психометрических исследований, проведенных в НЦПЗ (рис. 1).

Действительно, сформировавшиеся в процессе перенесенного психоза негативные изменения (в их ряду преимущественно эмоционального круга) достигают в случаях, относящихся к нашей казуистике, уровня полного отчуждения проявлений сферы эмоций,

присущих конституциональному характерологическому складу. Пациенты становятся лишенными каких-либо привязанностей, обнаруживают равнодушие к судьбе даже собственных детей. Они полностью прерывают все семейные связи, не отвечают на письма родных.

Психометрическая оценка негативных расстройств в структуре гипопараноидального синдрома проводилась ретроспективно на основании комплексной статистической оценки архивных данных историй болезни (анамнестические данные, клинические разборы с участием академика РАН А.Б. Смулевича) и др. Допустимость ретроспективной оценки выраженности негативной симптоматики шкалой негативных симптомов (SANS) на основании данных анамнеза подтверждена рядом зарубежных исследований [31–33].

При этом, как свидетельствуют наши наблюдения, именно негативные, преимущественно эмоциональные, изменения способствуют формированию феномена «новой жизни». Выступая не изолированно — в виде моносимптома, но совмещаясь в клиническом пространстве «общих» синдромов с резидуальной позитивной симптоматикой и патохарактерологическими расстройствами, дефицитарные изменения (в соответствии с парадигмой соотношения негативных и позитивных расстройств) приобретают свойства трансформера, способствующего видоизменению резидуального бреда гетерогенного содержания, в параноическую систему, в качестве единого денотата которой выступает основанная на явлениях эмоционального оупения

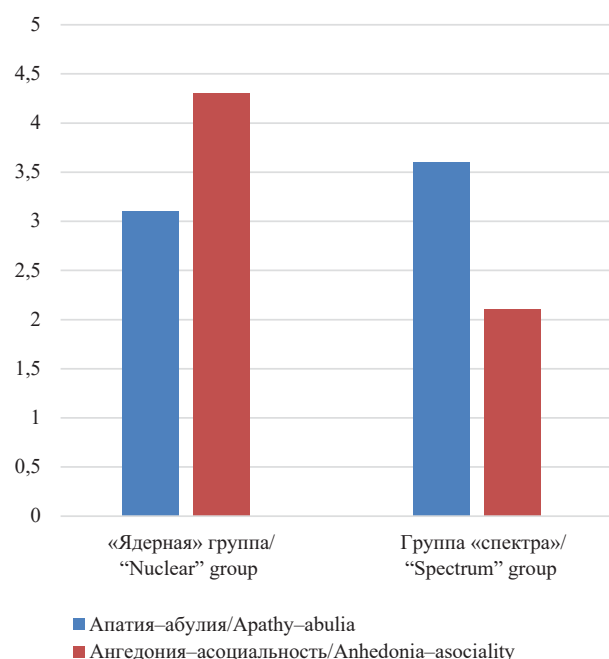


Рис. 1. Сравнительные показатели структуры и выраженности негативных расстройств в группах ремиссий по типу «новой жизни» по данным шкалы SANS

Fig. 1. Comparative indicators of the structure and severity of negative disorders in "new life" remission groups according to the SANS scale

враждебность к лицам из семейного окружения. Данные об участии негативных расстройств в формировании симптоматики постпсихотических ремиссионных состояний содержатся и в исследованиях У. Mazog и соавт. [34].

Обращаясь к клинической характеристике резидуальных состояний, отнесенных к «спектру» ремиссий типа «новой жизни», необходимо отметить следующие клинические закономерности. Основные отличия, позволяющие дифференцировать эти состояния от ремиссий, отнесенных к «ядерной» группе, это, с одной стороны, иная, не связанная лишь с доменом эмоционального дефицита, структура и уровень тяжести негативных и когнитивных расстройств (существенно влияющих на уровень основных показателей социальной адаптации — сохранение либо изменение семейного статуса, рода занятий, места жительства и проч.), а с другой — типологическая гетерогенность параноидных образований, выступающих в группе «спектра» (постпроцессуальные развития с паранойяльными образованиями, ограниченными психопатологическим пространством сверхценного бреда [35, 36] с кататимными комплексами — сенситивная паранойя, паранойя желаний и др., свойственными бреду притязания [37]), — по отношению к позитивным симптомокомплексам «ядерной» группы, определяющимся резидуальными проявлениями первичного систематизированного бреда преследования. При этом акцент в соотношении факторов (негативные/позитивные расстройства), определяющих формирование феномена «новой жизни», в случаях, отнесенных к группе «спектра», смещается в сторону бредовой, а не негативной симптоматики, как это наблюдается в «ядерной» группе.

Для объективизации этого положения рассмотрим психопатологические и психометрические характеристики ремиссии, представленные в приводимом выше наблюдении. Как следует из данных психометрического исследования, в ряду дефицитарных расстройств доминируют явления апатоабулии, которые сопровождаются значительным снижением работоспособности и существенным образом сказываются на завершении профессионального маршрута (II группа инвалидности). Однако сфера новой — «творческой» активности, которая, по существу, и образует феномен «новой жизни» (составление стихотворных и прозаических текстов), определяется не дефицитарными, но сверхценными образованиями, относящимися к кататимно заряженным симптомокомплексам из группы «паранойя желаний» (Wunschparanoja). В клинической картине доминируют достигающие уровня бредоподобных фантазий идеи реализации собственных сокровенных желаний — создания масштабных художественных произведений, издания собственного собрания сочинений и др.

В заключение необходимо остановиться на клиническом значении феномена «новой жизни». В настоящем исследовании, посвященном резидуальным

состояниям, анализ этого феномена ограничен рамками ремиссий, формирующихся на поздних этапах течения бредовых психозов. Вместе с тем рассматриваемое психопатологическое образование обнаруживает транснозологические характеристики.

Как свидетельствуют данные доступных публикаций, а также результаты исследований, проводимых в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ и на кафедре психиатрии и психосоматики Сеченовского Университета, психические расстройства, сопровождающиеся резкой сменой жизненного стереотипа, формируются в клиническом пространстве не только эндогенной, но также пограничной — реактивно-личностной и психосоматической патологии. Полярная смена личностных доминант с формированием патологического развития по типу «новой жизни» наблюдается в ряду расстройств шизофренического спектра [12], при явлениях постаддиктивной ипохондрии [6], а также в рамках соматогенно провоцированных нозогенных реакций и развитий [38].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Sabler VF. Über die Bedeutung des Wahnsinns und eines darauf zu gründenden Behandlungsprinzips desselben, Mitt. Geb. d. Heilkunde, S. 12, Lpz., 1845.
2. Griesinger W. Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten. 1845:558 s.
3. Mayer-Gross W. Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zugammenhänge in der Schizophrenie. *Z. ges. Neurol. Psychiatr.* 1920;60:160–213.
4. Vie J. Quelques terminaisons des délires chroniques *Ann. méd.-psychol.* 1939;2:97–103.
5. Ястребова МВ, Ястребов ВС. О некоторых вариантах поздних ремиссий при приступообразно-прогредиентной (шубообразной) шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1973;73(1):66–70.
Yastrebova MV, Yastreblov VS. On some versions of late remissions in bout-progressive (fur-shaped) schizophrenia. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1973;73(1):66–70. (In Russ.).
6. Смуглевич АБ, Волель БА, Романов ДВ. Ипохондрия — патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2008;108(10):4–12.
Smulevich AB, Volel BA, Romanov DV. Hypochondria as a personality pathology (to a problem of post-addictive hypochondriasis). *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2008;108(10):4–12. (In Russ.).
7. Смуглевич АБ, Нефедьев ОП, Орлова ВА, Мазеева НА. Об одном из вариантов стойких психопатоподобных состояний у больных малопрогрессирующей

- шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1983;83(3):419–426.
- Smulevich AB, Nefed'ev OP, Orlova VA, Mazaeva NA. On one of the variants of persistent psychopathic similar conditions in patients with low-progressive schizophrenia. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1983;83(3):419–426. (In Russ.).
8. Смуглевич АБ, Воробьев ВЮ. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели). *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1988;88(9):100–105. Smulevich AB, Vorob'yov VY. Psychopathology of schizophrenic defect (to the construction of an integrative model). *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1988;88(9):100–105. (In Russ.).
 9. Смуглевич АБ, Романов ДВ, Мухорина АК, Атаджикова ЮА. Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (типологическая дифференциация). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(1):5–16. DOI: 10.17116/jnevro2017117115-16 Smulevich AB, Romanov DV, Mukhorina AK, Atadzhi-kova JA. "Verschroben"-phenomenon in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders: aspects of systematics. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(1):5–16. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro2017117115-16
 10. Смуглевич АБ, Романов ДВ, Воронова Е.И, Читлова ВВ, Сорокина ОЮ. Эволюция учения о шизофреническом дефекте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(9):4–14. Smulevich AB, Romanov DV, Voronova EI, Mukhorina AK, Chitlova VV, Sorokina OYu. Evolution of the schizophrenic deficit concept. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(9):4–14. (In Russ.).
 11. Smulevich A, Romanov D. Long-term course of negative symptoms in schizophrenia. In I. Bitter (Ed.), *Managing Negative Symptoms of Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press. 2020:39–50. DOI: 10.1093/med/9780198840121.001.0001
 12. Максимов ВИ, Зверкова ИВ. К типологии дефекта у больных неманифестной шизофренией (клинико-психологическое исследование). *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1986;86(5):726–731. Maksimov VI., Zverkova IV. To the typology of defect in patients with nonmaniphestal schizophrenia (clinical and psychological study). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1986;86(5):726–731 (In Russ.).
 13. Гурович ИЯ, Любов ЕБ, Сторожакова ЯА. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery». *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008;18(2):7–14. Gurovich IYa, Lyubov EB, Storozhakova YaA. The concept of recovery in schizophrenia. *Social'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2008;18(2):7–14. (In Russ.).
 14. Гурович ИЯ, Шашкова НГ, Висневская ЛЯ, Сторожакова ЯА. «Recovery» (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(2):89–95. Gurovich IYa, Shashkova NG, Visnevskaya LYa, Storozhakova YaA. The recovery model of psychiatric care users with schizophrenia (personal and social empowerment): discussion of the concept and its perspectives. *Social'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2013;23(2):89–95. (In Russ.).
 15. Зинчук МС, Семке АВ. Влияние негативной симптоматики на динамику социального статуса больных параноидной шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013;79(4):34–40. Zinchuk MS., Semke AV. Influence of negative symptoms on dynamic of social status of patients with paranoid schizophrenia. *Siberian gerald of psychiatry and addiction psychiatry*. 2013;79(4):34–40. (In Russ.).
 16. Bellack AS. Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophr Bull*. 2006;(32):432–442. DOI: 10.1093/schbul/sbj044
 17. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(4):374–380. DOI: 10.1097/YC0.0b013e32832c920b PMID: 19417668
 18. Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. PTSD symptoms associated with the experience of psychosis and hospitalization. Review of literature. *Clin Psychol Rev*. 2013;33:526–538. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.01.011
 19. Jordan G, Pope M, Lambrou A, Malla A, Iyer S. Post-traumatic growth following a first episode of psychosis: a scoping review. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11(3):187–199. DOI: 10.1111/eip.12349 Epub 2016 May 18. PMID: 27189806
 20. Nyiro J, Kö S. Über paranoja postschizophrenia. *Psychiat neurol Wschr*. 1940:131.
 21. Ануфриев АК. К понятию «латентное» и «резидуальное» в шизофрении. В кн.: Шестой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 1975;III:19–23. Anufriev AK. To the concept of "latent" and "residual" in schizophrenia. In: Sixth All-Union Congress of Neuropathologists and Psychiatrists. 1975;III:19–23. (In Russ.).
 22. Kraepelin E. Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1920;62:1–29.
 23. Kloos G. Zum Problem der Wunschparanoia *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1933;98:162–222.

24. Kretschmer E. Der Sensitive Beziehungswahn: Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur Psychiatrischen Charakterlehre. Berlin, 1918:397 p.
25. Снежневский АВ. Общая психопатология: Курс лекций. М.: МЕДпресс-информ, 2001:208 с. Snezhnevsky AV. General Psychopathology: A Course of Lectures. Moscow: Medpress-Inform, 2001:208 p. (In Russ.).
26. Westertep M. Prozess und Entwicklung bei verschiedenen Paranoiatypen. *Z Neurol Psychiat.* 1924;91:259.
27. Юдин ТИ. Психопатические конституции. Выделение типов характера (типов сложных психических реакций) на основании наследственно-биологического и клинического анализа психозов. М., 1926. Yudin TI. Psychopathic Constitutions. Highlighting character types (types of complex mental reactions) on the basis of hereditary-biological and clinical analysis of psychoses. M., 1926. (In Russ.).
28. Цыганков БД, Овсянников СА. Психиатрия. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011:496 с. Tsygankov BD, Ovsyannikov SA. Psychiatry. Guidelines for physicians. Moscow, GEOTAR-Media, 2011:496 p. (In Russ.).
29. Freud S. Paranoia (Draft H). 1895.
30. Жмуров ВА. Общая психопатология. Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1986:280 с. Zhmurov VA. General psychopathology. Irkutsk: Irkutsk University Publisher, 1986:280 p. (In Russ.).
31. McGlashan TH, Fenton WS. The positive-negative distinction in schizophrenia. Review of natural history validators. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(1):63–72. DOI: 10.1001/archpsyc.1992.01820010063008
32. Ben-Zeev D, McHugo GJ, Xie H, Dobbins K, Young MA. Comparing retrospective reports to real-time/real-place mobile assessments in individuals with schizophrenia and a nonclinical comparison group. *Schizophr Bull.* 2012;38(3):396–404. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr171>
33. Blum LH, Vakhrusheva J, Saperstein A, Khan S, Chang RW, Hansen MC, Zemon V, Kimhy D. Depressed mood in individuals with schizophrenia: A comparison of retrospective and real-time measures. *Psychiatry Res.* 2015;227(2–3):318–323. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.03.008
34. Mazor Y, Gelkopf M, Mueser KT, Roe D. Posttraumatic Growth in Psychosis. *Front Psychiatry.* 2016;7:202. DOI: 10.3389/fpsyt.2016.00202 PMID: 28066275; PMCID: PMC5165025
35. Смуглевич АБ, Щирина МГ. Проблема паранойи (паранойальные состояния при эндогенных и органических заболеваниях). М.: Медицина, 1972:182 с. Smulevich AB, Shchirina MG. The problem of paranoia (paranoia in endogenous and organic diseases). M.: Medicine, 1972:182 p. (In Russ.).
36. Birnbaum K. Zur Paranoiafrage. *Z ges Neurol. Psychiat.* 1915;29:305.
37. Buisson J.F. Psychoses passionnelles. *Éncéphale.* 1959;48:79.
38. Смуглевич АБ, Иванов СВ, Самушия МА. Патохарактерологическое предрасположение и формирование нозогенных (провоцированных соматическим заболеванием) психических расстройств. *Психические расстройства в общей медицине.* 2014;2:7–13. Smulevich AB, Ivanov SV, Samushya MA. Pathocharacterological predisposition and formation of nosogenic (provoked by somatic disease) mental disorders. *Mental disorders in general medicine.* 2014;2:7–13. (In Russ.).

Сведения об авторах

Анатолий Болеславович Смуглевич, академик РАН, доктор медицинских наук, заведующий отделом, отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ Научный центр психического здоровья; заведующий кафедрой, кафедра психиатрии и психосоматики, ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2737-3432>

absmulevich@list.ru

Евгения Ивановна Воронова, кандидат медицинских наук, кафедра психиатрии и психосоматики, ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>

voronova_e@mail.ru

Татьяна Александровна Солохина, доктор медицинских наук, заведующая отделом, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>

tsolokhina@live.ru

Вероника Маратовна Лобанова, младший научный сотрудник, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Наталья Алексеевна Ильина, доктор медицинских наук, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

nataly20022002@bk.ru

Information about authors

Anatoly B. Smulevich, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Academician of RAS, Head of Department, FSBSI Mental Health Research Centre, Head of Department, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2737-3432>

absmulevich@list.ru

Evgeniya I. Voronova, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); FSBSI Mental Health Research Centre; Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-6605-4851>

voronova_e@mail.ru

Tatyana A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, Department of Mental Health Services, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>

tsolokhina@live.ru

Veronika M. Lobanova, Junior Researcher, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Nataliya A. Ilyina, Dr. of Sci. (Med.), FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7183-1536>

nataly20022002@bk.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 22.11.2021
Received 22.11.2021

Дата рецензии 23.12.2021
Revised 23.12.2021

Дата принятия 30.11.2021
Accepted for publication 30.11.2021