

УДК 616.895.8:616-036.66-044.74:615.214:616-036

Для цитирования: Лукманова К.А. Особенности динамики дименсиональных характеристик в ремиссионный период у пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 1 (126). С. 21-28. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1\(126\)-21-28](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1(126)-21-28)

## **Особенности динамики дименсиональных характеристик в ремиссионный период у пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией**

**Лукманова К.А.**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

### **РЕЗЮМЕ**

**Актуальность.** В современной психиатрии дименсиональный подход, который отражает показатели симптоматического улучшения, основанного на оценке достижения психопатологической симптоматики подпорогового уровня по ряду психометрических шкал, является основным для определения критериев ремиссии. Преимуществом дименсионального подхода является использование дифференциированного набора дименсиональных характеристик на разных этапах заболевания, что предполагает возможность расширения набора стандартов ремиссионного состояния, в том числе и предложения включения в его структуру аффективной составляющей. Комплексная всесторонняя оценка ремиссионного состояния позволяет более прицельно разрабатывать персонифицированную программу реабилитации. **Цель:** изучить динамику дименсиональных характеристик ремиссии на постгоспитальном этапе у пациентов с шизофренией в зависимости от клинико-нозологических характеристик и вида получаемой терапии. **Материал и методы.** На базе отделения социальной нейропсихиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России проведено обследование пациентов из клинической выборки ( $n=106$ ), в том числе 61 мужчины (57,5%) и 45 женщин (42,5%), в возрасте 19-59 лет, не имевших рецидивов в течение 12 месяцев после выписки из стационара. У большинства пациентов ( $n=76$ , 71,7%) по МКБ-10 установлен диагноз «параноидная шизофрения» (F20.0), с меньшей частотой ( $n=30$ , 28,3%) диагностирована «недифференцированная шизофрения» (F20.3). Из общей клинической выборки сформированы 2 группы пациентов: 1-я группа – получавшие атипичные антипсихотики (арипипразол, оланzapин, кветиапин, рисперидон) ( $n=85$ , 80,2%), 2-я группа – получавшие типичные антипсихотики (галоперидол) ( $n=21$ , 19,8%). Пациенты 2-й группы имели более выраженную психопатологическую отягощенность, большую длительность заболевания и более высокую частоту обострений. Использовались следующие психометрические шкалы: PANSS, CDSS. **Результаты.** По итогам исследования не обнаружено влияния клинико-нозологических особенностей течения параноидной и недифференцированной шизофрении на дименсиональные характеристики ремиссии в постгоспитальном периоде. Установлено, что атипичные и типичные антипсихотики прогрессивно редуцируют позитивную психопатологическую симптоматику в постгоспитальном периоде. Однако при терапии типичными антипсихотиками редукция происходит быстрее. Выявлена статистически значимая более выраженная редукция депрессивной и негативной симптоматики среди пациентов, получавших атипичные антипсихотики, по сравнению с пациентами, получавшими галоперидол, что связано с более специфичным влиянием атипичных антипсихотиков и с более низкими адаптационно-компенсаторными биологическими возможностями пациентов, получавших галоперидол. Не обнаружено специфического влияния исследуемых атипичных антипсихотиков (арипипразол, оланzapин, кветиапин, рисперидон) на редукцию дименсиональных характеристик.

**Ключевые слова:** ремиссия, шизофрения, дименсиональный подход, атипичные антипсихотики, реабилитация, прогноз, постгоспитальный этап.

### **ВВЕДЕНИЕ**

Дименсиональный подход к определению ремиссии, отражающий показатели симптоматического улучшения и предполагающий ослабление ядерных психопатологических симптомов [1] до достижения подпорогового уровня интенсивности по ряду психометрических шкал, является основным для определения критериев ремиссии. Авторы рабочей группы по разработке параметров ре-

миссии при шизофрении [2] используют следующие показатели выраженности расстройств: а) суммарное снижение не менее чем на 20% от исходной симптоматики по шкале PANSS, б) минимальная шкальная выраженная конкретных 8 «ремиссионных» симптомов шкалы PANSS, в) стабильность улучшения психического состояния продолжительностью не менее 6 месяцев.

Критерии симптоматической ремиссии при шизофрении основаны на пороговых значениях для достижения улучшения, что позволяет согласовать их с традиционными концепциями ремиссии при психиатрических заболеваниях [3]. Ремиссия связана с глобальными индексами болезни, социальными результатами (за исключением работы/учебы), но не с приемом лекарств [4]. Вместе с тем подвергается сомнению специфичность конкретных 8 выделенных критерииов ремиссии шизофрении по шкале PANSS [3, 4, 5, 6]. Длительность ремиссии была предсказана по негативным, позитивным и когнитивным симптомам и дозировке лечения по критериям Remission in Schizophrenia Working Group, для общего балла PANSS предикторами были когнитивные симптомы и длительность заболевания [6]. Оценивается как недостаточное определение ремиссии, основанное только на психометрической оценке психического состояния больных с помощью различных шкал [7], лишь в ограниченной степени позволяющее оценить исходы при шизофрении. Так же натуралистические исследования показали, что, с одной стороны, в среднем предложенный пороговый уровень для выбранных симптомов был достигнут только примерно для 20% клинически стабильных пациентов [3, 5]. В связи с этим исследователями ставится вопрос о целесообразности расширения содержательного набора стандартов ремиссионного состояния, в том числе и включения в его структуру аффективной составляющей и связанных с ней расстройств [8, 9, 10].

Основой фармакологической терапии шизофрении являются нейролептики и то обстоятельство, что прогноз шизофрении и заболеваний шизофренического спектра отличается значительным разнообразием и во многом определяется терапевтическим подходом [11], обуславливает необходимость повторной оценки эффективности различных атипичных нейролептиков [12, 13, 14] и определяет актуальность вопроса о проблеме оценки динамики ремиссионного состояния [15]. Показано, что препараты II поколения не были более эффективными или лучше переносимыми, чем I поколения, лишь клозапин превзошел другие препараты II поколения [12]. Обнаружены незначительные различия между эффективностью разных антипсихотиков и выраженные различия между их побочными эффектами [13]. Оланzapин, арипипразол и палиперидон являются препаратами лучшего выбора для поддерживающей терапии расстройств шизофренического спектра [14].

Актуальность данного исследования заключается в комплексном подходе, в соответствии с которым ремиссия рассматривается с точки зрения димENSIONАЛЬНОГО (операционные харак-

теристики) подхода, а также предусматривает использование не только эталонных, но и дополнительных характеристик шкалы PANSS, а также оценку аффективной составляющей по шкале депрессии при шизофрении Калгари (CDSS).

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить динамику димENSIONАЛЬНЫХ характеристик ремиссии на постгоспитальном этапе у пациентов с шизофренией в зависимости от клинико-нозологических характеристик и вида получаемой терапии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения социальной нейропсихиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России проведено обследование пациентов из клинической выборки (n=106), в том числе 61 мужчины (57,5%) и 45 женщин (42,5%) в возрасте от 19 до 59 лет, не имевших рецидивов в течение 12 месяцев после выписки из стационара. Из общего массива выборки были сформированы две нозологические группы пациентов с диагнозами по МКБ-10: параноидная шизофрения (F20.0) и не-дифференцированная шизофрения (F20.3), соответственно 76 и 30 пациентов (71,7% и 28,3%). Средний возраст (среднее отклонение) пациентов составил 32,19 (0,78) года. В соответствии с видом назначенной терапии были выделены 2 группы пациентов: 1-я группа – получавшие атипичные антипсихотики (арипипразол, оланzapин, кветиапин, рисперидон) (n=85, 80,2%), 2-я группа – получавшие типичные антипсихотики (галоперидол) (n=21, 19,8%).

В 1-й группе (атипичных антипсихотиков) выделено 4 терапевтические подгруппы, получавшие арипипразол (n=22, 20,8%), оланzapин (n=20, 18,9%), кветиапин (n=23, 21,7%), рисперидон (n=20, 18,9%). Пациенты получали антипсихотики в диапазоне рекомендуемых доз и хлорпромазиновых эквивалентов для терапии шизофрении: арипипразол 10-30 мг (250-750 мг), оланzapин 10-20 мг (250-500 мг), кветиапин 400-750 мг (666,7-1250 мг), рисперидон 4-8 мг (500-1000 мг). Пациенты 2-й группы получали галоперидол 10-20 мг (625-1250 мг в хлорпромазиновом эквиваленте). В качестве позитивных, негативных, общепсихопатологических димENSIONАЛЬНЫХ характеристик на этапе обострения и в постгоспитальном периоде через 3 и 12 месяцев после выписки использовались позитивная, негативная и общепсихопатологическая субшкалы критериально валидной шкалы PANSS (PANSS-П, PANSS-Н, PANSS-О), общий балл PANSS [16]. Для оценки аффективной (депрессивной) димENSIONИ использовались показатели общего балла шкалы Калгари (CDSS) для измерения выраженности депрессии при шизофрении [17] на этапе обострения, через 3 и 12 месяцев после выписки из стационара.

В ремиссионном периоде через 3 и 12 месяцев после выписки из стационара в качестве дополнительных дименсиональных характеристик исследовались ремиссионные критерии: 1) снижение общего балла PANSS не менее чем на 20% ( $\leq 20\%$  PANSS), 2) низкоумеренный уровень 8 симптомов PANSS (8 основных симптомов PANSS  $\leq 3$ ).

Для обработки полученных данных использовался статистический анализ. Для числовых данных описательная статистика включала размер выборки, а также среднее значение и стандартное отклонение M(SD) для нормальных распределений, медиану и межквартильный размах [Me(Q1-Q3)] – для негауссовых распределений. При сравнении различий между выборками использовался критерий Стьюдента для нормальных распределений или критерий Манна-Уитни в других случаях. Для зависимых выборок применяли парный критерий Стьюдента для нормальных распределений, критерий Вилкоксона – для негауссовых. Проверка соответствия нормальному распределению проводилась с использованием

критерия Шапиро-Уилка. Для качественных данных описательная статистика представляла количественное процентное содержание каждого признака. Сравнение групп осуществлялось с помощью критерия хи-квадрат или точного критерия Фишера для малых выборок. Для зависимых выборок использовался критерий Мак-Немара для сравнения двух связанных групп в случае таблиц 2x2 и его многомерный аналог – критерий Бокебера в случае таблицы большей размерности. В случае нескольких подгрупп применялась коррекция р-значений методом Бенджамина-Хохберга. Критический уровень значимости при проверке гипотез устанавливался на уровне 0,05. Вычисления осуществлялись в программе R версии 4.4.0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показано в таблице 1, на этапе обострения дименсиональные характеристики психического состояния обследованных пациентов статистически значимо не различались в зависимости от клинико-нозологической структуры заболевания ( $p>0,05$ ).

**Таблица 1. Дименсиональные характеристики в период обострения у пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией**

Дименсиональная характеристика	Параноидная шизофрения (n=76)	Недифференцированная шизофрения (n=30)	p-уровень
PANSS-П	23 (21-26)	22,0 (20-25)	p=0,1
PANSS-Н	25 (22,8-27)	24,0 (22-27)	p=0,4
PANSS-О	49 (44-54)	45,0 (44-54)	p=0,4
Общий балл PANSS	98 (11,2)	94,3 (10,1)	p=0,2
CDSS	4 (1-7,5)	3 (0,5-6)	p=0,3

Примечание. PANSS-П – продуктивная, PANSS-Н – негативная, PANSS-О – общепсихопатологическая дименсия, CDSS – депрессивная дименсия.

По результатам дифференцированного рассмотрения этапа обострения заболевания у больных сравниваемых групп в зависимости от вида терапии (атипичные и типичные антипсихотики) статистически значимое более тяжелое состояние обнаружено у пациентов, получавших типичные

анттипсихотики, по общему баллу шкалы PANSS ( $p<0,001$ ), по выраженности негативной ( $p=0,009$ ) и общепсихопатологической субшкал PANSS ( $p<0,001$ ). Статистически значимые различия отсутствовали по субшкале позитивных симптомов ( $p>0,05$ ) и депрессивной симптоматике ( $p>0,05$ ).

**Таблица 2. Выраженность психопатологической симптоматики у пациентов, получавших типичные и атипичные антипсихотики, в момент обострения состояния**

Дименсиональная характеристика	Атипичные антипсихотики (n=85)	Типичные антипсихотики (n=21)	p-уровень
PANSS-П	23 (21-26)	25 (23-26)	p=0,1
PANSS-Н	25 (22-27)	28 (25-28)	p=0,009
PANSS-О	48 (44-54)	57 (51-64)	p<0,001
Общий балл PANSS	96,9 (10,9)	108 (12)	p<0,001
CDSS	6,5 (1,5-9,5)	7,5 (3-10)	p=0,3

Примечание. PANSS-П – продуктивная, PANSS-Н – негативная, PANSS-О – общепсихопатологическая дименсия, CDSS – депрессивная дименсия.

Проведено дифференцированное рассмотрение дименсиональных характеристик на этапе обострения заболевания в подгруппах пациентов, получавших атипичные антипсихотики. Выявлено,

что показатели по шкале PANSS и депрессивной симптоматики по шкале CDSS в подгруппах пациентов, получавших арипипразол, кветиапин, оланzapин и risperidon, оказались сопоставимыми.

В процессе исследования обнаружено дозревание ремиссии в течение 12 месяцев после выписки больных из стационара и формирование ряда её динамических характеристик в группах пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией.

**Т а б л и ц а 3. Динамика основных дименсиональных характеристик у пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией в постгоспитальном периоде**

Дименсиональная характеристика	Параноидная шизофрения (n=76)			Недифференцированная шизофрения (n=30)		
	3 месяца	12 месяцев	p <sub>1</sub> и p <sub>2</sub>	3 месяца	12 месяцев	p <sub>1</sub> и p <sub>2</sub>
PANSS-П	14 (11-15,2)	12 (9-14)	p<0,001, p=0,36	13 (11-14)	11 (9-12)	p<0,001 p=0,6
PANSS-Н	19 (16-22,2)	17 (14,8-20)	p<0,005 p=0,56	20 (17,2-22)	17,5 (14-21)	p<0,001 p=0,6
PANSS-О	34,0 (29-40,5)	29 (25-34,2)	p<0,001 p=0,55	35 (32-38)	30 (25,2-33)	p<0,001 p=0,8
CDSS	4 (1-6)	1,3 (0-3,5)	p<0,001 p=0,81	3,8 (1,3-5)	1 (0-3)	p<0,007 p=0,6
≤20% PANSS	69 (90,8%)	73 (96,1%)	p=0,22 p=0,18	24 (80%)	28 (93,3%)	p=0,13 p=0,6
8 основных симптомов PANSS ≤3	24 (31,6%)	53 (69,7%)	p<0,001 p=0,81	8 (26,7%)	17 (56,7%)	p=0,007 p=0,3

П р и м е ч а н и е. p<sub>1</sub> – 3 месяца и 12 месяцев после выписки, p<sub>2</sub> – параноидная шизофрения и недифференцированная шизофрения.

В интервале 3-12 месяцев после выписки из стационара у всех пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией отмечалось статистически значимое (p<0,05) улучшение психического состояния в виде редукции продуктивных, негативных, общепсихопатологических расстройств, депрессивных нарушений, при этом улучшение было сопоставимо (p>0,05) при сравнении пациентов с параноидной и недифференцированной формой. Не выявлено статистически значимого дальнейшего увеличения удельного веса пациентов со снижением общего балла шкалы PANSS на 20% и более в интервале 3-12 месяцев, так как большинство пациентов с параноидной

(90,8%) и недифференцированной (80,0%) шизофренией уже достигли данный критерий ремиссии через 3 месяца после выписки. При этом произошло дальнейшее дозревание ремиссии в виде статистически значимого роста числа пациентов с низким порогом выраженности психопатологической симптоматики (вплоть до её отсутствия) по 8 основным симптомам шкалы PANSS через 3 и 12 месяцев в группах больных параноидной и недифференцированной шизофренией.

Анализ влияния типичных и атипичных антипсихотиков на дименсиональные характеристики ремиссионного состояния через 3 и 12 месяцев после выписки представлен в таблице 4.

**Т а б л и ц а 4. Динамика основных дименсиональных характеристик в постгоспитальном периоде у пациентов, получавших атипичные и типичные антипсихотики**

Дименсиональная характеристика	Параноидная шизофрения (n=76)			Недифференцированная шизофрения (n=30)		
	3 месяца после выписки			12 месяцев после выписки		
	Атипичные	Типичные	p <sub>1</sub> и p <sub>2</sub>	Атипичные	Типичные	p <sub>1</sub> и p <sub>2</sub>
PANSS-П	14 (11-15)	10 (9-16)	p=0,03 p<0,001	12 (10-13)	9 (9-13)	p=0,24 p<0,005
PANSS-Н	18 (15-21)	24 (22-28)	p<0,001 p<0,001	16 (14-18)	23 (22-27)	p<0,001 0,36
PANSS-О	33,6 (6,6)	40,5 (6,5)	p<0,001 p<0,001	28,7 (5,6)	34,9(6,6)	p<0,001 p<0,001
CDSS	4 (1-5)	5 (1-6)	p=0,12 p<0,001	0,5 (0-2,5)	5 (3,5-6)	p<0,001 p=0,88
≤20% PANSS	77 (90,6%)	16 (76,2%)	p=0,13 p=0,07	83 (97,6%)	18 (85,7%)	p=0,052 p=0,48
8 основных симптомов PANSS ≤3	32(37,6%)	0 (0%)	p<0,001 p<0,001	68 (80%)	2 (9,5%)	p<0,001 p=0,48

П р и м е ч а н и е. p<sub>1</sub> – атипичные и типичные антипсихотики; p<sub>2</sub> – 3 месяца и 12 месяцев после выписки.

В постгоспитальном периоде (3-12 месяцев) в группах типичных и атипичных антипсихотиков отмечалась статистически значимая ( $p<0,05$ ) редукция позитивных, общепсихопатологических расстройств по шкале PANSS, при этом в группе типичных антипсихотиков не обнаружено статистически значимой редукции негативных ( $p=0,36$ ) и депрессивных ( $p=0,88$ ) расстройств, тогда как в группе атипичных антипсихотиков редукция негативных и депрессивных расстройств была статистически значимой ( $p<0,001$ ).

При этом через 3 месяца после выписки уменьшение продуктивной дименсии в группе типичных антипсихотиков было статистически значимо ( $p=0,03$ ) выше, а через 12 месяцев оказалось сопоставимым с группой атипичных антипсихотиков ( $p=0,24$ ), что может говорить о более быстрой редукции позитивных расстройств при терапии типичными антипсихотиками. Редукция негативной и общепсихопатологической дименсии была статистически значимо выше в группе атипичных антипсихотиков по сравнению с группой типичных антипсихотиков как через 3 ( $p<0,001$ ), так и 12 месяцев ( $p<0,001$ ). Редукция депрессивной дименсии оказалась сопоставимой в обеих группах через 3 месяца ( $p=0,12$ ), но через 12 месяцев оказалась статистически значимо ( $p<0,001$ ) более выраженной в группе атипичных антипсихотиков. В период 3-12 месяцев после выписки не отмечалось статистически значимой редукции общего балла PANSS  $\leq 20\%$  в связи с тем, что данный критерий ремиссии через 3 месяца после выписки сопоставимо достигли большинство пациентов обеих групп (90,6% пациентов, получавших атипичные антипсихотики, и 76,2% пациентов, получавшие типичные антипсихотики). Однако статистически значимое ( $p<0,001$ ) снижение выраженности 8 основных симптомов PANSS зарегистрировано в группе атипичных антипсихотиков. В группе типичных антипсихотиков не обнаружено статистически значимого снижения выраженности 8 основных симптомов PANSS, данного критерия ремиссии достигло лишь 2 пациента (9,5%).

Анализ динамики дименсиональных показателей и ремиссионных критериев в терапевтических подгруппах пациентов, получавших арипипразол, оланzapин, кветиапин и рисперидон, показал отсутствие статистически значимых различий в зависимости от вида получаемой терапии.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Проводимые в клинической практике натуралистические исследования показали, что перечень симптомов PANSS, предложенных для диагностики ремиссии, не охватывает клиническую картину во всей совокупности, так как оставляет без внимания некоторые признаки, в связи с чем для

целостной оценки улучшения состояния предлагаются использовать некоторые дополнительные шкалы PANSS [6]. По данным зарубежных авторов, распространённость депрессии на этапе стабильной ремиссии достигает примерно 40% [18, 19, 20]. По данным отечественных исследователей, частота выявляемости депрессии (постпсихотической депрессии) в период стабильной ремиссии шизофрении (по прошествии 6 месяцев после исчезновения продуктивной симптоматики) составляет 15-33% [21]. В описаниях ремиссионных состояний у больных шизофренией, сделанных отечественными авторами [9, 10, 22, 23], также указывается на определенный удельный вес в их структуре аффективной составляющей и связанных с ней расстройств. Всё это требует при выработке критериев ремиссии обязательного учета аффективных нарушений.

В результате исследования выявлено:

1. Отсутствие влияния нозологических особенностей пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией на дименсиональные характеристики ремиссии и некоторые международные её критерии в процессе её дозревания в постгоспитальном периоде.

2. Динамическое изучение ремиссии выявило отчетливое влияние антипсихотиков первого и второго поколений на редукцию позитивной симптоматики. При этом у пациентов, получавших типичные антипсихотики, редукция позитивной симптоматики происходит быстрее. Отмечающееся значимо более выраженное дозревание ремиссии в группе атипичных антипсихотиков преимущественно за счет прогрессивной редукции аффективной и негативной симптоматики в группе атипичных антипсихотиков на постгоспитальном этапе, по-видимому, связано как с более специфичным влиянием атипичных антипсихотиков в отношении этих симптомов, так и с более низкими адаптационно-компенсаторными биологическими возможностями пациентов, получавших типичные антипсихотики.

3. Отсутствие специфического влияния на редукцию дименсиональных характеристик исследуемых атипичных антипсихотиков (арипипразол, оланzapин, кветиапин и рисперидон).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированное рассмотрение в постгоспитальном периоде у пациентов с параноидной и недифференцированной шизофренией выраженности некоторых дименсиональных характеристик (позитивных, негативных, аффективных), являющихся, по сути, мишень-симптомами, позволяет более прицельно и дозированно использовать психофармакологические и психотерапевтические методы лечения на разных этапах дозревания ремиссии.

## КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

## ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Клиническое исследование выполнено по основному плану НИР ФГБОУ ВО ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» и не имело внешнего финансирования.

## СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Публикуемые материалы исследования соответствуют этическим стандартам Хельсинкской Декларации ВМА и одобрены локальным этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (протокол № 5 от 25 мая 2017 г.).

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. van Os J, Drukker M, à Campo J, Meijer J, Bak M, Delespaul P. Validation of remission criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006 Nov; 163(11): 2000-2. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.2000>. PMID: 17074953.
2. 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):441-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>. PMID: 15741458.
3. Haro JM, Novick D, Suarez D, Alonso J, Lépine JP, Ratcliffe M; SOHO Study Group. Remission and relapse in the outpatient care of schizophrenia: three-year results from the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes study. *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Dec; 26(6):571-8. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000246215.49271.b8>. PMID: 17110813.
4. Eberhard J, Levander S, Lindström E. Remission in schizophrenia: analysis in a naturalistic setting. *Compr Psychiatry*. 2009 May-Jun; 50(3):200-8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.08.010>. Epub 2008 Oct 28. PMID: 19374962.
5. Leucht S, Beitinger R, Kissling W. On the concept of remission in schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007 Nov; 194(4):453-61. <https://doi.org/10.1007/s00213-007-0857-1>. Epub 2007 Jul 6. PMID: 17618422.
6. Carpinello B, Pinna F, Manchia M, Tusconi M, Cavallo R, Bosia M. Sustained symptomatic remission in schizophrenia: Course and predictors from a two-year prospective study. *Schizophr Res*. 2022 Jan; 239:34-41. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.023>. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34839071.
7. Mortimer AM. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007 Aug; 50:s7-14. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s7>. PMID: 18019038.
8. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2007. Т. 107, № 5. С. 4-15. Smulevich AB, Andryushchenko AV, Beskova DA. The problem of remissions in schizophrenia: a clinical and epidemiological study. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2007;107(5): 4-15 (in Russian).
9. Петрова Н.Н., Вишневская О.А. К вопросу об особенностях ремиссии параноидной шизофрении, протекающей с депрессией. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2014. № 2. С. 70-76. Petrova NN, Vishnevskaya OA. On the issue of the peculiarities of remission of paranoid schizophrenia occurring with depression. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2014;2:70-76 (in Russian).
10. Петрова Н.Н., Луговская Л.В. Клиническая характеристика ремиссии и реабилитация пациентов с шизофренией. *Неврологический вестник*. 2020. Т. LII, № 2. С. 33-39. Petrova NN, Lugovskaya LV. Clinical and functional characteristics of remission and rehabilitation of patients with schizophrenia. *Neurological Bulletin*. 2020;LII(2):33-39. <https://doi.org/10.17816/nb34054> (in Russian).
11. Аграновский М.Л., Гуломкодиров М.М., Далимова С.А., Муминов Р.К. Анализ данных отдаленного катамнеза при шизофрении с ремиттирующим типом течения. *Экономика и социум*. 2022. № 6 (97). С. 285-288. Agranovsky ML, Gulomkodirov MM, Dalimova SA, Muminov RK. Analysis of remote follow-up data for schizophrenia with a remitting course type. *Economy and Society*. 2022;6 (97):285-288 (in Russian).
12. Lewis S, Lieberman J. CATIE and CuTASS: can we handle the truth? *Br J Psychiatry*. 2008 Mar; 192(3): 161-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037218>. PMID: 18310570.
13. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, Arndt T, Bäckers L, Rothe P, Cipriani A, Davis J, Salanti G, Leucht S. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019 Sep 14; 394(10202):939-951. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31135-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3). Epub 2019 Jul 11. Erratum in: *Lancet*. 2019 Sep 14; 394(10202):918. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31677-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31677-0). PMID: 31303314; PMCID: PMC6891890.
14. Ostuzzi G, Bertolini F, Tedeschi F, Vita G, Brambilla P, Del Fabro L, Gastaldon C, Papola D, Purgato M, Nosari G, Del Giovane C, Correll CU, Barbui C. Oral and long-acting antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia-spectrum disorders: a network meta-analysis of 92 randomized trials including 22,645 participants. *World Psychiatry*. 2022 Jun; 21(2):295-307. <https://doi.org/10.1002/wps.20972>. PMID: 35524620; PMCID: PMC9077618.

15. Фастовцов Г.А., Осколкова С.Н. Формирование критериев ремиссии при шизофрении. Российский психиатрический журнал. 2016. № 5. С. 26-32. Fastovtsov GA., Oskolkova SN. Formation of criteria for remission in schizophrenia. Russian Journal of Psychiatry. 2016;5:26-32 (in Russian).
16. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>. PMID: 3616518.
17. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. Schizophr Res. 1990 Jul-Aug;3(4):247-51. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(90\)90005-r](https://doi.org/10.1016/0920-9964(90)90005-r). PMID: 2278986.
18. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of "Atypical" antipsychotic agents. Am J Psychiatry. 2000 Sep;157(9):1379-89. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1379>. PMID: 10964850.
19. Addington DD, Azorin JM, Falloon IR, Gerlach J, Hirsch SR, Siris SG. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists. Acta Psychiatr Scand. 2002 Mar;105(3):189-95. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.10458.x>. PMID: 11939972.
20. Phahladira L, Asmal L, Lückhoff HK, du Plessis S, Scheffler F, Kilian S, Smit R, Buckle C, Chiliza B, Emsley R. The course and concomitants of depression in first-episode schizophrenia spectrum disorders: A 24-month longitudinal study. Psychiatry Res. 2021 Apr;298:113767. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113767>. Epub 2021 Jan 29. PMID: 33545422.
21. Дресвянников В.П., Старичков Д.А., Овчинников А.А., Дробижев М.Ю., Киреева А.И. Аффективные нарушения в ремиссии при шизофрении (клиника, патогенез, терапия). Психиатрия и психофермакотерапия. 2007. Т. 9, № 5. С. 8-11. Dresvyannikov VP, Starichkov DA, Ovchinnikov AA, Drobizhev MYu, Kireeva AI. Affective disorders in remission in schizophrenia (clinical picture, pathogenesis, therapy). Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2007;9(5):8-11 (in Russian).
22. Вишневская О. А. Особенности депрессии в период ремиссии шизофрении и социальное функционирование больных: автореф. дис. ... к.м.н. СПб., 2013. 28 с. Vishnevskaya OA. Features of depression during the period of remission of schizophrenia and social functioning of patients: dissertation abstract Cand. Sc. (Medicine). St. Petersburg, 2013:28 (in Russian).
23. Мосолов С.Н. Диагностика и лечение депрессии при шизофрении. Consortium Psychiatricum. 2020. Т. 1, № 2. С. 29-42. Mosolov SN. Diagnosis and treatment of depression in schizophrenia. Consortium Psychiatricum. 2020;1(2):29-42. <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-2-29-42> (in Russian).

Поступила в редакцию 01.11.2024  
Утверждена к печати 03.03.2025

Лукманова Камила Аскаровна, младший научный сотрудник отделения социальной нейропсихиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID iD 0009-0004-1676-0212. ResearcherID M1T-6751-2025. Author ID РИНЦ 700900. SPIN-код РИНЦ 4600-6003.

 Лукманова Камила Аскаровна, kamilas82@mail.ru

UDC 616.895.8:616-036.66-044.74:615.214:616-036

For citation: Lukmanova K.A. Features of the dynamics of dimensional characteristics in the remission period in patients with paranoid and undifferentiated schizophrenia. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2025; 1 (126): 21-28. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1\(126\)-21-28](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-1(126)-21-28)

## **Features of the dynamics of dimensional characteristics in the remission period in patients with paranoid and undifferentiated schizophrenia**

**Lukmanova K.A.**

*Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Bekhterev Street 3, 192019, St. Petersburg, Russian Federation*

### **ABSTRACT**

**Background.** In modern psychiatry, the dimensional approach, which reflects the indicators of symptomatic improvement based on the assessment of the achievement of psychopathological symptoms of the subthreshold level on a number of psychometric scales, is the main one for determining the criteria for remission. The advantage of the dimensional approach is the use of a differentiated set of dimensional characteristics at different stages of the disease, which suggests the possibility of expanding the set of standards for the remission state, including the proposal to include an affective component in its structure. A comprehensive assessment of the remission state allows for a more targeted development of a personalized rehabilitation program. **Objective:** to study the dynamics of dimensional characteristics of remission in the post-hospital stage in patients with schizophrenia depending on the clinical and nosological characteristics and types of therapy received. **Material and Methods.** Based on the Department of Social Neuropsychiatry of the V.M. Sechenov National Medical Research Center for Pedagogical Sciences, the study was carried out. A clinical sample of patients (n=106) was examined at the Bekhterev Russian National Medical Research Center for Disease Control and Prevention (National Center for Disease Control and Prevention), including 61 men (57.5%) and 45 women (42.5%) aged 19-59 years who had no relapses within 12 months after discharge from the hospital. The majority of patients (n=76, 71.7%) were diagnosed with paranoid schizophrenia (F20.0) according to ICD-10, with a lower frequency (n=30, 28.3%) being diagnosed with undifferentiated schizophrenia (F20.3). Two groups of patients were formed from the total clinical sample: Group 1 received atypical antipsychotics (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone) (n=85, 80.2%), Group 2 received typical antipsychotics (haloperidol) (n=21, 19.8%). Patients of the 2nd group had a more pronounced psychopathological burden, a longer duration of the disease and a higher frequency of exacerbations. The following psychometric scales were used: PANSS, CDSS. **Results.** The results of the study did not reveal any influence of clinical and nosological features of the course of paranoid and undifferentiated schizophrenia on the dimensional characteristics of remission in the post-hospital period. However, under therapy with typical antipsychotics, the reduction occurs faster. A statistically significant, more pronounced reduction in depressive and negative symptoms was revealed among patients receiving atypical antipsychotics compared to patients receiving haloperidol, which is associated with a more specific effect of atypical antipsychotics and lower adaptive-compensatory biological capabilities of patients receiving haloperidol. Any specific effect of the studied atypical antipsychotics (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone) on the reduction of dimensional characteristics was not found.

**Keywords:** remission, schizophrenia, dimensional approach, atypical antipsychotics, rehabilitation, prognosis, post-hospital stage.

Received November 01, 2024

Accepted March 03, 2025

Lukmanova Kamila A., junior researcher, Department of Social Neuropsychiatry, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0009-0004-1676-0212. ResearcherID MIT-6751-2025. Author ID RSCI 700900. SPIN-code RSCI 4600-6003.

✉ Lukmanova Kamila A., kamila82@mail.ru