

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ СНЯТИЯ С НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СВЯЗИ С ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ, СТОЙКИМ УЛУЧШЕНИЕМ (ДАННЫЕ ПО РОССИИ ЗА 1993–2006 ГОДЫ)

И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, Э. В. Голланд

*Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи
ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Возможность выздоровления при шизофрении и его определение – проблема, получившая в последнее десятилетие новый импульс. Благоприятные исходы шизофрении в настоящее время связывают с разными понятиями (5).

Одно из них (выздоровление, практическое выздоровление, «заключительная ремиссия» и т.п.) отражает медицинский подход и клинико-психопатологическую, клинико-социальную оценку: длительная (5 лет и более) глубокая ремиссия с высоким уровнем социальной адаптации (2, 3, 7). Такой подход определяется полной остановкой, завершением процесса или длительными (сверхдлительными) глубокими ремиссиями. В последние годы отмечается тенденция (9, 11) связывать благоприятный исход (выздоровление) с учетом лишь симптоматических и функциональных, а также с использованием операциональных критериев для объективизации оценки стойкого состояния в течение 5, 2 или даже 1 года (например, с допущением наличия остаточной психопатологической симптоматики лишь по некоторым отдельным пунктам BPRS не выше 4-х баллов и более 60–65 баллов по GAF), но такой подход стирает грани между глубокой ремиссией и выздоровлением.

На протяжении последних 10–15 лет сформировалось другое представление о выздоравливании – длительном личностном процессе возвращения (при измененности отношений, чувств, восприятий, целей, наличии вызванных болезнью ограничений) через сохранение надежды и восстановление самоконтроля, преодоление утраты активной позиции, стигмы тяжелой психической болезни – к наполненной смыслом жизни и обретению вновь значимой ценностной роли (5).

Такое «обретение себя» при невозможности вернуться к прежней жизни – лишь один из вариантов изменений при выздоравливании на личностном

уровне, их диапазон, вероятно, весьма широкий: на одной стороне возвращение (полное или частичное) к прежним жизненным ценностям, на другой – отрицание прежней жизни и функционирование (вторая жизнь по J.Vie) на ином социальном уровне. Это другое представление о выздоровлении на личностном уровне существенно дополняет первое. Такое личностное восстановление может достигать выраженности, несмотря на продолжающиеся обострения и госпитализации, то есть еще при сохранении активности процесса.

Учет этих процессов социально-личностного восстановления предъявляет новые требования к психиатрическим службам: общение с больными не только в роли пациента, но в более целостном контексте, сохранение надежды и большая ориентация на выздоровление, стимулирование участия пациентов в системе психиатрической помощи, выборов путей и активности в его достижении (10).

Сказанное по-новому освещает также возможность констатации «практического выздоровления» при шизофрении и, следовательно, важность такого показателя как снятие с диспансерного наблюдения лиц в связи с длительной глубокой ремиссией с высокой и стойкой социальной адаптацией как заключительного акта их клинико-социальной реабилитации (2, 3, 7–9, 11).

В конце 80-х годов при выделении из контингента больных группы больных шизофренией, находящихся под диспансерным наблюдением, и группы больных, получающих консультативно-лечебную помощь, одновременно были разработаны критерии снятия с наблюдения больных в связи с выздоровлением (стойким улучшением) (2), которые были представлены в утвержденных Министерством здравоохранения методических рекомендациях (3).

Текущее состояние этой проблемы можно оценить на основе анализа динамики статистических

показателей деятельности психиатрических служб, взятых из имеющихся отчетных форм. В настоящей работе мы впервые проводим анализ динамики показателя снятия с наблюдения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в связи с выздоровлением или стойким улучшением за 1993–2006 годы по России в целом и по отдельным территориям.

В настоящее время показатель состоящих под наблюдением больных шизофренией на конец 2007 года составил 389,6 на 100 тысяч населения по стране (1). Данный показатель с середины 80-х годов остается близким к стабильному после периода постоянного роста (начиная с 1965 г., когда он составлял 155,4 на 100 тыс. нас.) (1, 4). Этот рост являлся следствием накопления больных шизофренией, находящихся под диспансерным наблюдением. В настоящее время увеличение контингента за счет вновь выявленных больных нивелируется за счет снятия с наблюдения, в том числе и за счет снятия с наблюдения в связи с выздоровлением.

Число больных шизофренией, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением или стойкой ремиссией, по стране за 1993–2006 годы постоянно уменьшалось. Особенно значительным это уменьшение было по группе диспансерного наблюдения. Показатель числа больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или стойкой ремиссией, рассчитанный на 100 тысяч человек среднегодового населения, уменьшился за анализируемый период в 2,0 раза, а доля этих больных в общем числе больных шизофренией, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года, уменьшилась в 1,8 раза (с 0,81% в 1993 г. до 0,46% в 2006 г.). Совсем другая картина наблюдалась по группе больных шизофренией, получающих консультативно-лечебную помощь. Показатель числа больных, прекративших получать консультативно-лечебную помощь в связи с выздоровлением, в пересчете на 100 тысяч среднегодового населения

увеличился в 1,5 раза, но доля этих больных в общей популяции больных шизофренией, напротив, уменьшилась в 1,5 раза (с 7,19% в 1993 г. до 4,68% в 2006 г.) (табл. 1); последнее связано с тем, что все большее количество больных шизофренией с начала выявления остается в группе получающих консультативно-лечебную помощь.

Анализ динамики показателя снятия с наблюдения в связи с выздоровлением или стойкой ремиссией по территориям оказался затруднительным, в связи с отсутствием явных тенденций изменения этого показателя, которые маскировались выраженными подъемами и спадами в различные годы, носившими беспорядочный хаотический характер. Для выявления основных тенденций нами были рассчитаны среднеарифметические значения абсолютного числа «выздоровевших» больных за 1993–2006 годы по каждой территории и определены соотношения полученных значений к среднеарифметическому количеству больных шизофренией, находящихся под наблюдением, также рассчитанному за период 1993–2006 годы по каждой из территорий. Полученная таким образом усредненная доля «выздоровевших» больных позволила разделить территории по величине этого показателя (табл. 2).

При анализе этого показателя среди состоящих под диспансерным наблюдением больных были выделены следующие группы. Значение до 0,50% показатель принимал в 38 территориях, от 0,51% до 1,00% – в 28, от 1,01% до 1,50% – в 10, и свыше 1,50% – в 4 территориях. Наибольшим он был в Кемеровской (2,80%) и в Томской (1,97%) областях, наименьшим – в Республике Бурятия (менее 0,01%) и Читинской области (0,08%). В целом по РФ этот показатель составил 0,66%.

При анализе этого показателя в отношении больных, получавших консультативно-лечебную помощь, выявляется несколько другое распределение по территориям. Число территорий с уровнем пока-

Таблица 1

Динамика показателей, характеризующих прекращение наблюдения за больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в связи с выздоровлением или стойким улучшением по России за 1993–2006 гг.

Годы	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Число «выздоровевших» больных шизофренией, находившихся под диспансерным наблюдением, на 100 тысяч среднегодового населения	3,09	3,03	2,96	2,64	2,74	2,35	2,43	2,37	2,10	1,93	1,99	1,83	1,69	1,57
Число «выздоровевших» больных шизофренией, получавших консультативно-лечебную помощь, на 100 тысяч среднегодового населения	1,47	1,43	1,52	1,62	1,48	1,64	2,16	2,36	2,24	2,81	2,26	2,31	2,08	2,15
Доля «выздоровевших» больных шизофренией от общего их количества в диспансерной группе	0,81%	0,83%	0,81%	0,73%	0,76%	0,65%	0,68%	0,67%	0,59%	0,55%	0,57%	0,53%	0,49%	0,46%
Доля «выздоровевших» больных шизофренией от общего их количества в консультативной группе	7,19%	6,05%	5,59%	5,54%	4,70%	4,89%	6,07%	6,27%	5,54%	6,71%	5,30%	5,27%	4,57%	4,68%

Показатели числа больных шизофренией, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением, в территориях РФ (1993–2006 гг.)

Усредненный показатель за 1993–2006 годы	Число территорий	Показатель за 2006 год	Число территорий
Больные, находившиеся под диспансерным наблюдением			
менее 0,50%	38	менее 0,50%	49
0,51%–1,00%	28	0,51%–1,00%	21
1,01%–1,50%	10	1,01%–1,50%	5
более 1,50%	4	более 1,50%	5
Больные, получавшие консультативно-лечебную помощь			
менее 2,50%	11	менее 2,50%	28
2,51%–5,00%	27	2,51%–5,00%	18
5,01%–7,50%	15	5,01%–7,50%	14
7,51%–10,00%	12	7,51–10,00	8
более 10,00%	15	более 10,00%	12

Примечания: усредненный показатель за 1993–2006 годы рассчитан как отношение среднеарифметического числа больных шизофренией, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением за период с 1993 по 2006 год, к среднеарифметическому числу больных шизофренией, находящихся под наблюдением за тот же период по каждой из территорий; показатель за 2006 год – отношение числа больных шизофренией, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением), к числу больных шизофренией, состоящих под наблюдением, данные за 2006 год.

зателя до 2,50% составило 11, значения от 2,51% до 5,00% показатель принимал в 27 территориях, от 5,01% до 7,50% – в 15, от 7,51% до 10,00% – в 12, а свыше 10,00% – в 15 территориях. Наибольшим этот показатель был в Оренбургской (18,38%), Вологодской (18,24%), Мурманской (15,69%) и Ивановской (15,59%) областях, наименьшим – в Краснодарском крае (0,92%) и в Белгородской области (0,94%). В Республике Калмыкия за 14 лет не было ни одного больного, прекратившего получать консультативно-лечебную помощь в связи с выздоровлением или стойкой ремиссией. По России этот показатель составил 5,52%.

Отмеченное нами ранее общее уменьшение числа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, снятых с наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением, за анализируемый период нашло отражение в том, что в 2006 году распределение территорий по величине показателя изменилось (табл. 2).

Среди больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением, наибольшей стала группа территорий с наименьшими значениями показателя – до 0,50% (49 территорий). В том числе, в 7 территориях (Адыгейская, Ингушская республики, республики Бурятия, Калмыкия и Марий Эл, Пензенская область и Чукотская АО) не было в 2006 году ни одного больного шизофренией, снятого с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или стойкой ремиссией. Уменьшилась группа территорий с показателями от 0,51% до 1,00%, и с показателями от 1,01% до 1,50%. Свыше 1,50% этот показатель был в 5 областях, наибольшие значения он принимал в Республике Саха (Якутия) (2,03%).

При анализе доли больных шизофренией, прекративших получать консультативно-лечебную

помощь в связи с выздоровлением или стойкой ремиссией, по территориям за 2006 год по сравнению с усредненными данными за 1993–2006 годы можно отметить увеличение числа территорий, где этот показатель принимал значение до 2,50%, в 2,5 раза. В том числе, в 8 территориях не было ни одного больного шизофренией, прекратившего получать консультативно-лечебную форму помощи в связи с «выздоровлением» в 2006 году. В 18 территориях этот показатель принимал значения от 2,51% до 5,00% (в сравнении с 27 территориями по усредненной оценке). От 5,01% до 7,50% этот показатель составил в 14 территориях, от 7,51% до 10,00% – в 8 территориях, а в 12 территориях он был более 10,00%. Наибольшим он был в Тульской (17,29%) и Оренбургской (16,76%) областях, а также в Чукотской области, в которой он составил 50,00%. Однако к последнему значению следует отнести критически, так как в 2006 году в Чукотской АО всего 2 больных шизофренией получало консультативно-лечебную помощь.

Как указывалось, анализ статистической отчетности по всем территориям РФ показал отсутствие четких закономерностей в годовой динамике показателя снятия с наблюдения в связи с выздоровлением или стойким улучшением больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Это обстоятельство, возможно, связано с субъективными причинами, такими как административные установки в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, особенностями организации и качества диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи на местах (степень соблюдения требований регулярности посещения пациентами участковых психиатров), а также клиническими предпочтениями лечащих врачей.

Следует отметить значительные различия в значении показателя снятия с наблюдения в связи с выздоровлением в диспансерной группе больных и в группе пациентов, получавших консультативно-лечебную помощь. Несмотря на то, что с формальной точки зрения и в группе больных шизофренией, получавших консультативно-лечебную помощь, и в группе больных, находившихся под диспансерным наблюдением, речь идет о клиническом выздоровлении, следует отметить различия в фактической процедуре прекращения оказания психиатрической помощи в связи с выздоровлением.

Так, для диспансерного контингента больных критерии снятия с наблюдения в связи с выздоровлением достаточно четко сформулированы и включают не только отсутствие продуктивной симптоматики, но и указание на стабильность и длительность ремиссионного состояния (не менее пяти лет) (2, 3). С другой стороны, для определения больного как «выздоровевшего», если ранее он получал консультативно-лечебную помощь, достаточно всего лишь одного года стабильного ремиссионного состояния хорошего качества, в течение которого больной не обращался за психиатрической помощью.

Таким образом, значительно более высокий процент «выздоровевших» среди получавших консультативно-лечебную помощь отчасти объясняется более широкими критериями снятия с наблюдения в связи с выздоровлением в сравнении с контингентом больных, находящихся под диспансерным наблюдением.

Значимым моментом представляется также, что в существующей отчетности не находит отражения смена оказания помощи с диспансерного наблюдения на консультативно-лечебную. Контингент боль-

ных, которым была изменена форма амбулаторной помощи, не фиксируется в отчетных документах как снятые с диспансерного наблюдения и не отмечается как «взятые» в консультативно-лечебную группу. Число таких больных невозможно установить при существующих правилах заполнения отчетных форм, хотя изменение формы оказания амбулаторной психиатрической помощи на менее интенсивную так же, как и снятие с наблюдения в связи с выздоровлением, в определенной степени может говорить о становлении ремиссии и тенденции к выздоровлению.

Одновременно с этим, большой разброс значений данного показателя может говорить о том, что обоснование снятия с наблюдения и, особенно, среди больных получавших консультативно-лечебную помощь, производится врачами в части случаев произвольно при отсутствии достаточных сведений о состоянии больного. Важно отметить также имеющуюся нечеткость в инструкции, что безусловно требует устранения.

Малообъяснимые беспорядочные колебания значения показателя снятия с наблюдения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в связи с выздоровлением или стойким улучшением при анализе по территориям, а также высокий разброс значений свидетельствуют о необходимости привлечения внимания к проблеме практического выздоровления при этих заболеваниях. Данная проблема требует дальнейшего изучения, но с учетом современной тенденции применения при оказании психиатрической помощи системы психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации следует ожидать более обоснованного использования критериев практического выздоровления при шизофрении в психиатрической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). – М.: Медпрактика, 2007. – 505 с.
2. Гурович И.Я. О клинико-социальных критериях снятия с диспансерного учета больных шизофренией – заключительного акта социальной реабилитации // Вопросы организации психиатрической помощи. – М., 1982. – С. 6–14.
3. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Зинченко И.Н. и соавт. Клинико-социальные критерии снятия с диспансерного учета больных шизофренией в связи с благоприятными исходами болезни и стойкой социальной адаптацией. Методические рекомендации. – М., 1985. – 26 с.
4. Гурович И.Я., Зайцев Д.А., Преис В.Б. и соавт. Основные показатели деятельности психиатрических учреждений и методика их расчетов (методические рекомендации). – М., 1990. – 18 с.
5. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7–14.
6. Зеневич Г.В. Шизофренические ремиссии и организация диспансерного наблюдения за больными в этом периоде. – Л., 1957. – С. 8–28.
7. Любов Е.Б. Клинические и социальные критерии определения исходов типа практического выздоровления при шизофрении. (Вопросы снятия с диспансерного учета). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 24 с.
8. Штернберг Э.Я. (Ред.). Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. – М.: Медицина, 1981. – 192 с.
9. Bellack A.S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications // Schizophr. Bull. – 2006. – Vol. 32, N 3. – P. 432–442.
10. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services // World Psychiatry. – 2007. – Vol. 6, N 2. – P. 4–10.
11. Liberman R.P., Kopelowicz A., Ventura J., Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia // Int. Rev. Psychiatry. – 2002. – Vol. 14. – P. 256–272.

DYNAMICS OF FIGURES DEALING WITH REMOVING PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA / SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS FROM THE 'OBSERVATION LIST' BECAUSE OF RECOVERY OR STABLE IMPROVEMENT (DATA FOR RUSSIA, 1993–2006)

I. Ya. Gurovich, Ya. A. Storozhakova, E. V. Golland

In recent decade, the issue of recovery in schizophrenia and the definitions of this term have been widely discussed among professionals. Positive outcomes in schizophrenia are presently associated with different concepts.

One (recovery, practical recovery, “ultimate remission” etc.) is the reflection of predominantly medical approach and based on clinical-psychopathological and clinical-social evaluation. It means a long-term (5 years or longer) profound remission with high level of social adjust-

ment. This approach is based on ideas of absolute termination of the process and very long and profound remission. Nowadays we observe a tendency to associate positive outcome (recovery) only with symptoms and functional characteristics, and also with the use of operational criteria for evaluation of patient's stable condition within the period of 5 years, 2 or even 1 year. This approach allows some residual psychopathological symptoms on specific BPRS items (score 4 or less) and GAF (more than 60–65) and thus erases the border between profound remission and recovery.

Another concept of recovery has evolved in recent 10 to 15 years. It describes recovery as a long personal process to resuming meaningful life and finding a new role in it via hope and self-control, obtaining social skills and coping with psychiatric stigma. This concept implies that the disease has restricted the functioning of the person and changed his/ her relations with people, emotions, goals etc.

However, finding a 'new identity' when the person cannot go back to what had been before the disease, is just one variant of changes found in recovery on personal level. It can show as a rather mixed picture: on the one hand, returning (complete or partial) to "old" values in life, and on the other hand, rejection of this 'old' life and functioning at different social level ("second life" according to J.Vie). This concept adds to the "medical" definition and significantly enriches it. Recovery of the personality

can be pronounced even despite ongoing relapses and repeated hospitalizations i.e. while the process is active.

Dealing with these personal developments means also new challenges for psychiatric care services. The service and the therapists are supposed to consider their clients not only as sick people but as personalities with a potential, they should maintain hope and be more oriented to recovery, they should stimulate patients' involvement with the care system and help to choose the right ways to the goal with the right intensity of progress.

These recent developments with the concept of recovery inevitably draw the attention of professionals to the index of removing patients from the 'observation list' because of the patient's long-term and profound remission combined with good and stable social adjustment as a final act of their clinical and social rehabilitation. According to data available for Russia, this index was fluctuating in 1993–2006, with a tendency to a decrease from 0.81% to 0.46%, and for patients not under dispensary observation who received "consultation-treatment" form of care in those years it dropped from 7.19% to 4.68%. The fluctuations found are difficult to explain, and they seem to be associated with the ideas of local medical authorities about removing patients from the observation list because of recovery, and lack of clarity on this issue in current instruction. The latter needs to be corrected.