

УДК 616.895.8–07

РЕМИССИИ И ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ (RECOVERY) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ПРЕДЛОЖЕНИЯ К 11 ПЕРЕСМОТРУ МКБ

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Каждый пересмотр Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ) отражает не только определенный этап в развитии знаний в области психиатрии, но и, в свою очередь, влияет на практику, в частности, на оказание психиатрической помощи. Поэтому при подготовке очередного пересмотра МКБ необходимо учитывать как клиническую обоснованность выделяемых на настоящем этапе в области психической патологии диагностических категорий, так и ряд других аспектов – задачи развития психиатрической помощи и корреспондирование МКБ с этими задачами, влияние диагностических факторов на профессионалов и пациентов, вопросы стигмы в области психиатрии и, наконец, этические проблемы, которые становятся все более важными. Все это имеет особое значение, когда речь идет о такой распространенной и наиболее тяжелой категории как шизофрения.

В МКБ-10 шизофрения (F20) с описанием групп симптомов, которые являются важными для диагностики, представлена диагностическими категориями параноидной (F20.0), гебефренической (F20.1), кататонической (F20.2), недифференцированной (F20.3), простой (F20.6), другими и неуточненной (F20.8 и F20.9) формами. Кроме этого, из всей клинической картины данного обычно длительно текущего заболевания, обнаруживающего, как указывается, «значительное многообразие» и необязательно «неизбежное хроническое развитие и нарастающий дефект», выделяются только еще две категории: постшизофреническая депрессия (когда депрессивный эпизод, часто связанный с повышенным суицидальным риском, возникает как последствие шизофрении при сохранении некоторых шизофренических симптомов) и резидуальная шизофрения (хроническая стадия болезни, обычно характеризующаяся преобладанием негативных симптомов).

Указанное выше «значительное многообразие» может быть отмечено лишь, как это делается в

адаптированном в нашей стране варианте МКБ-10, с помощью пятого знака с указанием непрерывного, эпизодического с нарастающим дефектом или со стабильным дефектом, ремиттирующего течения, либо тем же знаком может быть обозначено наличие полной или неполной ремиссии.

Вообще МКБ-10 о ремиссионных состояниях, определяющих клиническую картину шизофрении на значительной, несомненно преобладающей, части длительности заболевания, других сведений за исключением того, что они бывают полными или неполными, не содержит. Вместе с тем, не только в связи с указанным преобладанием по времени, в котором находится пациент, но и в связи со смещением акцента оказания психиатрической помощи во внебольничную среду, с возрастающей значимостью этого периода, на котором концентрируются лечебно-реабилитационные и профилактические в отношении дальнейших приступов/обострений болезни мероприятия, состояние достигнутой ремиссии нуждается в выделении, наряду с постшизофренической депрессией (F20.4) и резидуальной шизофренией (F20.5), в самостоятельную диагностическую категорию (в рамках шизофрении) и имеет для этого не меньше оснований, чем указанные состояния.

Так, нельзя не учитывать, что среднее число госпитализаций у больных шизофренией с длительностью болезни 15 лет и более составляет в среднем всего лишь 3,0–5,1 (11). По данным, опубликованным в 1988 году (основанным на переписи всех зарегистрированных психически больных в Москве в 1983 г.) (5), среднее число госпитализаций, осуществляемых, естественно, при определенном уровне обострений, в зависимости от длительности болезни возрастает (но не превышает шести в некоторых интервалах длительности), а в среднем составляет 4,3. При этом общая средняя длительность госпитализаций (всех суммарно в течение жизни) составляет лишь 78,6 дня, то есть столько

времени в среднем больной проводит в больнице. В то же время общая средняя длительность интервалов между госпитализациями составляет 41,1 месяца, то есть почти 3,5 года. По мере увеличения длительности болезни средний интервал между госпитализациями возрастает и в конечном итоге становится почти в 9 раз продолжительнее. Естественно, интервал между госпитализациями нельзя без оговорок идентифицировать с ремиссиями, тем не менее, приведенные цифры хорошо демонстрируют огромную разницу между временем пребывания пациентов с шизофренией в больнице и непосредственно в социуме, в том числе в состоянии ремиссии. Приведенные данные относятся к началу 80-х годов. Однако с тех пор длительность пребывания больных в стационаре стала еще меньше, так как с 1985 по 2006 годы длительность пребывания выписанного больного шизофренией сократилась на 23,1% (2).

Вместе с тем, нетрудно заметить, что в МКБ-10 описание почти всех диагностических категорий, относящихся к F20, за исключением, естественно, простой формы, шизотипического расстройства и резидуальной шизофрении, ориентированы в основном на острые или манифестные состояния, диагностируемые обычно в стационаре, и с которыми больные получают помощь преимущественно в интрамуральных условиях.

Деинституционализация, начиная с 70-х годов прошлого века, как известно, охватила психиатрические службы большинства стран, в то же время классификация психических расстройств и, в частности, шизофрении практически как бы оставляет пациентов в стенах психиатрических больниц. Выписываясь из психиатрической больницы, пациент остается без каких-либо изменений носителем нередко на многие годы или на всю жизнь диагностического обозначения, которое он получил в стационаре, вместе с тем, зачастую возвращаясь к прежним социальным ролям и обязанностям. Особенно это касается лиц с более благоприятным течением заболевания, так как, согласно цитируемому выше источнику (5), группа больных шизофренией с малым количеством госпитализаций (2, б) составляет большую часть (38,9%) пациентов по сравнению с группами со средним или частым количеством госпитализаций. 29,7% больных приступообразной шизофренией, несмотря на давность заболевания 15 лет, перенесли только один его приступ (госпитализацию) (10). Анализ официальных отчетных данных всех психиатрических служб России за 2007 год показывает, что одновременно (на конец года) в стационарах находится лишь 12,7% больных шизофренией.

Очевидно, и это подтверждается приведенными данными, что, во-первых, имеет место огромное различие во времени пребывания больных шизофренией в острых состояниях/обострениях и в ремиссиях, и, во-вторых, это подчеркивает необходимость дифференцированной диагностической

оценки больных на ремиссионных этапах болезни. О все большем осознании этого свидетельствует вновь вспыхнувший в последнее время интерес к критериям оценки ремиссий, что широко обсуждалось в литературе (13, 15, 16, 20–25) и привело к определению международно согласованных операциональных критериев ремиссионных состояний. Сказанное понятно с точки зрения запросов практики: больные шизофренией не только во время острых состояний, но и в период ремиссий являются объектом активной терапевтической работы: фармакотерапии, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Согласно общепринятым стандартам (6, 12), фармакотерапия после купирования симптоматики одного приступа заболевания должна продолжаться в тех же дозах в течение года, а при многоприступном течении – на протяжении не менее 5 лет. В период такой фармакотерапии (то есть во время ремиссий), возрастает значение сохранения комплайенса, важен противоречивый эффект фармакотерапии. Опубликовано большое число исследований (14, 17–19, 22) о противоречивом эффекте применяемых в этот период психосоциальных мероприятий, особенно с целью предупреждения частых госпитализаций. На этот период приходится широкий круг мероприятий психосоциальной реабилитации, направленных также на повышение уровня социального функционирования пациентов. Наконец, есть еще один аспект, представляющийся очень важным, – восприятие пациентом своего диагноза. Диагностическое определение его состояния, прежде всего как ремиссии (полной или даже неполной), при шизофрении существенно меняет положение пациента по отношению к болезни, и, несмотря на успехи в терапии и социальной адаптации, вместо постоянного и неизменного диагноза шизофрении, будет способствовать оптимизации процесса социального восстановления, не на словах, а на деле демонстрируя прогресс в состоянии пациента, его продвижении по пути избавления от симптомов, а дифференцированная оценка ремиссии – поддерживать позицию возможности и необходимости «управления болезнью».

В отечественной психиатрии существует систематика ремиссионных состояний, основанная на феноменологической характеристике расстройств, сохраняющихся вне обострения, или наблюдающихся в этот период изменений личности (3, 4, 7, 9). В частности, авторы выделяли параноидную, тимопатическую, апатическую, астеническую, гиперстеническую, псевдоневротическую, псевдопсихопатоподобную и другие варианты ремиссий. В недавнем клинико-эпидемиологическом исследовании А.Б.Смулевича и соавт. (9), посвященном, в том числе, разработке систематики ремиссий, была отмечена высокая частота параноидного, тимопатического и апатического вариантов.

В последние годы данная проблема стала активно обсуждаться в зарубежной литературе. Здесь, в

первую очередь, следует привести рекомендации рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении (13). Авторы определяют ремиссию, используя показатель выраженности расстройств, а не относительного улучшения по сравнению с исходным уровнем (то есть противопоставляют понятие «ремиссии» понятию «терапевтический ответ»): необходимая для постановки диагноза выраженность симптоматики определяется как низкая, не влияющая на поведение пациента. При этом подчеркивается, что речь идет именно о симптоматическом, а не о функциональном улучшении, более близком к понятию «recovery» (выздоровление).

В основу определения ремиссии был положен дименсиональный подход (в противоположность категориальному подходу Э.Крепелина), в основе которого лежит «измерение симптомов». Базируясь на результатах предшествующих работ, предлагается выделить три «измерения» (dimension): 1) негативная симптоматика (бедность речи и мимики, уменьшение спонтанности моторики, невыразительность жестикуляции, эмоциональная отгороженность и отсутствие модулированности голоса); 2) дезорганизация (неадекватность аффекта, бедность содержания речи, соскальзывания, речевой напор, отвлекаемость внимания); 3) «психотизм» или «искажение реальности» (галлюцинации и бред). Для количественной оценки этих показателей рекомендуется использовать ряд шкал (SAPS, SANS, PANSS, BPRS). Например, по шкале PANSS выраженность симптоматики не должна превышать 3 баллов по каждому из следующих пунктов: бред (P1), необычное содержание мыслей (G9), галлюцинации (P3), концептуальная (понятийная) дезорганизация (P2), манерность и позирование (G5), притупленный аффект (N1), пассивно-апатическая социальная отгороженность (N4), нарушение спонтанности и плавности речи (N1).

Хотя признается, что у больных шизофренией в структуре расстройств существенное место занимает когнитивная дисфункция и аффективные нарушения, члены рабочей группы отказались от включения этих показателей в характеристику ремиссии, в частности потому, что, согласно действующим диагностическим подходам, данная симптоматика не относится к признакам, на основании которых выставляется диагноз шизофрении. Также не учитывались такие показатели, как длительность периода без госпитализаций (не менее трех месяцев), количество резидуальных симптомов (не более одного), наличие критики к заболеванию, предлагающиеся некоторыми исследователями в качестве одних из существенных характеристик ремиссии.

Вместе с тем, ключевым, по мнению авторов, моментом является временной критерий, то есть длительность улучшения. Из приводимого по этому вопросу обзора работ становится понятным существующий разброс мнений: предлагалось считать

достаточным период от 1 месяца до двух лет. По мнению рабочей группы, 6-месячный период является минимальным, чтобы при указанной выше выраженности расстройств диагностировать ремиссионное состояние.

В значительном числе работ (15, 16, 21–25) подтверждается валидность предлагаемых критериев, в том числе указывается на возможность их использования в натуралистических условиях. Однако в повседневной клинической практике психометрические шкалы, как правило, не используются, что требует в новой международной классификации болезней представления характеристик ремиссии при шизофрении в описательном виде.

Пожалуй, наиболее сложным при рассмотрении проблемы ремиссии является описание феноменологии данного состояния. Предлагаемые членами рабочей группы 8 признаков, экстраполированные из шкалы PANSS, не охватывают всю полноту клинической картины, оставляя без внимания некоторые другие признаки.

Используя предлагаемые критерии, диагностика этого этапа болезни при некоторых формах шизофрении была бы затруднительной. Определение ремиссии, основанное на оценке состояния больных с помощью различных психометрических шкал, которые к тому же несколько различаются между собой по содержанию отдельных пунктов, и, как это признается в последних работах (20), лишь в ограниченной степени позволяют оценить исходы при шизофрении, оказывается недостаточным.

Как уже отмечалось, члены рабочей группы отказались от включения в определение ремиссии аффективной симптоматики. В противоположность этой точке зрения, существенное значение аффективных расстройств при шизофрении признается многими исследователями, что находит отражение в соответствующих пунктах PANSS, а также в предложенной на основе этой шкалы пятифакторной модели шизофрении (8). Кроме того, в многочисленных описаниях ремиссионных состояний у больных шизофренией, сделанных отечественными авторами (3, 4, 7, 9), указывается на определенный удельный вес в их структуре аффективной составляющей и связанных с ней расстройств. Все это, несомненно, требует при выработке критериев ремиссии учета и аффективных нарушений.

Для диагностического определения ремиссии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра могут быть использованы следующие операционально-описательные критерии.

Полная ремиссия предполагает отсутствие позитивных расстройств, обычно с восстановлением критического отношения к перенесенному психозу и невыраженностью личностных изменений.

При неполной ремиссии, вне зависимости от выраженности симптомов, необходимо наличие относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения (отсутствие поступков категорически недопустимых в данной культуре), в том числе

без агрессивных и аутоагрессивных тенденций; психопатологические расстройства в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности и становятся «частным делом» больного, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени:

– при наличии бредовых идей (в том числе величия или фантастического содержания), они не генерализованы, дезактуализированы, выявляются только при направленном расспросе, практически не отражаются на поведении пациента и не сказываются на взаимоотношениях с другими людьми; отсутствуют выраженная подозрительность, враждебность;

- галлюцинации в одной или (редко) в двух сферах, как правило, эпизодические и неотчетливые. При наличии более стойких галлюцинаторных расстройств, они имеют положительную (больного хвалят, дают «добрые советы») или нейтральную окраску (бытовые комментарии), легко исчезают при переключении внимания (выполнении какого-либо дела, беседе) и не отражаются вовне; наличие императивных галлюцинаций, угрожающих «голосов» противоречит диагностике ремиссии;

- психические автоматизмы (идеаторный, сенсорный, моторный) могут возникать лишь эпизодически, носят редуцированный мимолетный характер, отсутствует ощущение подчинения чужой воле и неприятный характер переживаний, возможно появление благожелательного воздействия или взаимный «обмен информацией». В любом случае, данные переживания практически не сказываются на поведении, оставаясь фактом внутренней жизни пациента;

- субкататоническая симптоматика носит в значительной степени редуцированный характер, проявляясь в виде манерности, моторной неловкости, нарушении спонтанности и плавности речи, стереотипии в речевой продукции, замедления движений и речи, пассивной подчиняемости. Периоды выраженного возбуждения или ослабления контроля импульсивности отсутствуют;

- нарушения мышления могут проявляться в виде обстоятельности, склонности к резонерству, аморфности ассоциаций, паралогичным построениям и соскальзываниям. Периодически могут возникать шперрунги. Отмечаются некоторые трудности сосредоточения, поддержания и переключения внимания на новые объекты. Данные нарушения могут заметно снижать интеллектуальную продуктивность, однако не являются препятствием к повседневной деятельности и контактам с окружающими;

- депрессивная симптоматика, как правило, носит стертый, атипичный характер с преобладанием нерезко выраженных астено-динамических нарушений, с суточной ритмикой (например, улучшением по второй половине дня), снижением витального тонуса, интересов, нерезко выраженной ангедо-

нией и сенесто-ипохондрическими жалобами. Возможно также наличие гипертимии, стеничности, моторной оживленности или смешанного аффекта. Кроме того, на протяжении ремиссии может отмечаться смена знака аффекта. Чувство вины, идеи самообвинения и суицидальные мысли отсутствуют;

- возможна относительно выраженная негативная симптоматика в виде апатии, сглаженности эмоциональных реакций, аутизации, обеднения речевой продукции, однако грубо не нарушающая контакты с социальным окружением, что позволяет при определенной поддержке удерживаться в обществе.

Указанные критерии, естественно, могут быть расширены или уточнены.

На современном этапе понимания патогенеза шизофрении и расстройств шизофренического спектра в рамках биопсихосоциальной модели, естественным образом доминирующим становится полипрофессиональный подход к оказанию психиатрической помощи. Соответственно, исходы заболевания и результаты терапевтического вмешательства подразумевают оценку, отвечающую имеющимся у больных изменениям (клинико-психопатологическим, социальным, личностным) с использованием других осей.

Нарушения социального функционирования пациентов являются одним из существенных последствий заболевания, причем нередко их первые признаки выявляются уже в продромальном периоде, еще до манифестации развернутого психотического состояния. Таким образом, оценка достигнутого улучшения в обязательном порядке должна включать и социальные характеристики.

Учитывая, что для классификации (в том числе в зависимости от этапа заболевания в процессе его течения) состояния больного с точки зрения его социальных характеристик необходимо определение выраженности данных нарушений, возможно целесообразно дополнительное введение социальной оси, учитывающей особенности социального функционирования пациентов (тем более, что такая ось существует в некоторых диагностических классификациях, в частности в DSM-IV). Ниже приводится предлагаемый вариант описания *уровней социального функционирования*.

1. *Отсутствие снижения социального функционирования*. Отмечается доблезненный уровень функционирования, возможность социального роста (обучение, профессиональный и карьерный рост, создание семьи, содержательный досуг и т.п.).

2. *Легкое снижение социального функционирования*. Отмечается незначительное снижение навыков межличностного взаимодействия, затруднение социальных контактов, ухудшение трудового функционирования, однако адаптация в социальной среде грубо не нарушена: имеет место лишь ее некоторое снижение или невыраженное изменение

(изменение социальной роли, смена жизненного стереотипа и т.п.).

3. *Умеренное снижение социального функционирования.* Отмечается заметное ухудшение социальной адаптации. Испытывает затруднения в повседневном функционировании. Обслуживает себя самостоятельно, однако повседневная активность требует усилий. Отмечается выраженный дефицит навыков межличностного взаимодействия, заметное истощение социальной сети. Нетрудоспособен либо может работать только в специально созданных условиях. Нуждается в поддержке окружающих.

4. *Тяжелое нарушение социального функционирования.* Навыки независимого проживания в значительной степени нарушены. Обслуживает себя только на элементарном бытовом уровне. Нетрудоспособен. Грубо искажены навыки межличностного взаимодействия, что приводит к выраженному нарушению контактов с окружающими. Нуждается в интенсивной помощи и поддержке.

Аргументы, приведенные в пользу включения ремиссий в число диагностических категорий, связанных с шизофренией, еще в большей степени относятся и к личностно-социальному восстановлению (recovery). Оно способствовало бы реализации новых требований к психиатрическим службам, сформулированным в ряде работ по социально-личностному восстановлению (recovery) больных шизофренией (1). Более того, после публикации большого числа работ, посвященных такому выздоровлению, и широкого признания важности проблемы вряд ли было бы правильным не учесть это в новой редакции МКБ.

Личностно-социальное восстановление (recovery), сопровождающееся функциональными изменениями со все большим расширением и углублением их содержания, не является характеристикой какой-либо одной ремиссии, а представляет собой как бы сквозной процесс, в том числе несмотря на продолжающиеся обострения. Именно оценка его выраженности (этапа) важна не в рамках ремиссии, а как самостоятельная характеристика изменений, в том числе для определения психосоциальных реабилитационных мероприятий. В приведенных операционально-описательных критериях личностно-социального восстановления (которые могут еще уточняться) выделяются слабое, умеренное и выраженное личностно-социальное восстановление. При определении самостоятельной диагностической категории recovery, указанная дифференцированная оценка могла бы отражаться дополнительной осью.

Выраженное личностно-социальное восстановление.

1. Ведет активную и наполненную социальную жизнь. Считает, что жизнь имеет смысл и ценность. Работает, в том числе и не по специальности, полу-

чает удовольствие от работы, увлечен своей ролью, обязанностями, которые выполняет в общественной организации, видит, что его труды полезны другим. Понимает необходимость управлять болезнью, активен в выполнении назначений, контактирует с друзьями. Понимает, как много зависит в жизни от него. Не тяготится как прежде положением пациента.

2. Считает, что теперь жизнь определяется не столько болезнью, а наполнена другим содержанием, в настоящем в основном полагается на себя в контроле своей болезни, в планировании и построении своей жизни. Способен принимать и активно искать поддержку окружающих. Доволен своей деятельностью (работа, учеба, при их наличии содержательный досуг, помощь другим).

Умеренное личностно-социальное восстановление.

3. Верит в восстановление с обращением если не к прошлой жизни, то к другим занятиям и интересам, почувствовал, что может избавиться от чувства униженности в связи с психическим заболеванием. Ведет значительно более активный образ жизни. Нашел новых друзей. Получает удовольствие от проведенного с ними времени, от общих занятий, увлечен общественной работой, ищет возможность устроиться на службу. Следит за своим состоянием, понимает как много от него зависит, вовремя обращается и принимает меры для предупреждения обострений болезни.

Слабое личностно-социальное восстановление.

4. Считает, что теперь полностью не поглощен болезнью, как раньше. Пытается строить свои планы, доводить их до конца. Старается найти пути улучшения своего положения, своей финансовой ситуации, взаимоотношений с членами семьи или другими людьми, проводить более интересно досуг, найти занятие по душе. Знает, что надо противостоять болезни, хотел бы вернуться к постоянной работе, но понимает, что еще рано.

5. Высказывает надежды на будущее, несмотря на то, что чувствует себя плохо. Верит в возможность перемен. Посещает места, где может установить связи с другими людьми. Справляется с повседневными проблемами. Использует возможности участия в групповых психосоциальных занятиях.

Указанные дополнения к МКБ могли бы способствовать оптимизации представлений о шизофрении с учетом ее представленности в населении преимущественно в виде ремиссионных состояний, а динамика диагностики этих состояний и личностно-социального восстановления больных показывала бы возможности биологической терапии и психосоциальной реабилитации. Кроме того, это приблизило бы МКБ к задачам и особенностям оказания психиатрической помощи на современном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. – 571 с.
3. Жариков Н.А. Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболеваний. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1961.
4. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. – Л., 1964. – 216 с.
5. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. – Рига: Зинатне, 1988. – 235 с.
6. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. (ред.). Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство. – М., 2007. – 260 с.
7. Морозов В.М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1953. – Т. 53, № 10. – С. 770–774.
8. Мосолов С.Н., Кузавкова М.В., Калинин В.В. и соавт. Анализ влияния атипичных антипсихотиков на 5-факторную модель шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 3. – С. 45–52.
9. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, № 5. – С. 4–15.
10. Храмельшвили В.В., Либерман Ю.И. К прогнозу частоты приступов шизофрении (по данным эпидемиологического исследования) // Журн. невропатол. и психиатр. – 1976. – Вып. 5. – С. 747–754.
11. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И. Опыт дифференцированного клинического подхода к эпидемиологическому описанию популяции больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. – 1982. – Вып. 8. – С. 1184–1191.
12. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2nd ed. // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, Suppl. 2. – P. 1–114.
13. Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162, N3. – P. 441–449.
14. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.
15. De Hert M., van Winkel R., Wampers M. et al. Remission criteria for schizophrenia: evaluation in a large naturalistic cohort // Schizophr. Res. – 2007. – Vol. 92, N 1–3. – P. 68–73.
16. Docherty J.P., Bossie C.A., Lachaux B. et al. Patient-based and clinician-based support for the remission criteria in schizophrenia // Int. Clin. Pharmacol. – 2007. – Vol. 22, N 1. – P. 51–55.
17. Hogarty G.E., Kornblith S.J., Greenwald D. et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154, N 11. – P. 1504–1513.
18. Hogarty G.E., Greenwald D., Ulrich R.F. et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154, N 11. – P. 1514–1524.
19. Howard L., Leese M., Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis // Acta Psychiatr. Scand. – 2000. – Vol. 102. – P. 376–385.
20. Mortimer A.M. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia // Br. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 50, Suppl. (Aug). – P. s7–s4.
21. Opler M.G.A., Yang L.H., Caleo S. et al. Statistical validation of the criteria for symptom remission in schizophrenia: preliminary findings // BMC Psychiatry. – 2007. – Vol. 7. – P. 35–41.
22. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 153. – P. 607–617.
23. van Os J., Burns T., Cavalaro R. et al. Standardized remission criteria in schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. – 2006. – Vol. 113, N 2. – P. 91–95.
24. van Os J., Druckker M., Campo J. et al. Validation of remission criteria for schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 163, N 11. – P. 2000–2002.
25. van Os J., Kahn R. Remission criteria in schizophrenia // Dutch J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 49, N 1. – P. 21–26.

REMISSIONS AND PERSONAL AND SOCIAL RECOVERY IN SCHIZOPHRENIA: PROPOSALS FOR ICD-11

I. Ya. Gurovich, A. B. Shmukler, Ya. A. Storzhakova

The ICD-10 mentions about remissions only that they can be complete and incomplete though these conditions determine the clinical picture of schizophrenia during a far longer period than acute episodes of the disease. These periods are also important because of recent shift of psychiatric care to outpatient forms, which provide treatment and rehabilitation and also relapse prevention measures for schizophrenic patients in remission. There are grounds to make remission a separate diagnostic category (within schizophrenia), like it was done for 'post-schizophrenic depression' (F20.4) or 'residual schizophrenia' (F20.5). Another significant reason concerns the patient's attitude towards his diagnosis. Using the diagnosis of 'remission' (complete or incomplete) instead of permanent diagnosis of schizophrenia changes dramatically the patient's attitude towards his disease and helps his social rehabilitation and progress in getting rid of the symptoms. Besides, differentiated evaluation of remission will improve the case management and support the patient in taking control over the illness.

It is easily noticeable that almost all ICD-10 diagnostic categories concerning F20 concern mainly acute or manifest conditions, which are usually diagnosed and treated in the hospital. Since the 70s, in majority of coun-

tries the psychiatric services have been deinstitutionalized, while the psychiatric classification, specifically in the category of schizophrenia, seems to keep the patients in the hospitals.

The article describes clinical variants of remission in schizophrenia and proposes to introduce a social Axis that would reflect the social functioning of the patient (like the one present in the American DSM-IV) and provides a scheme for description of different levels of social functioning.

The authors suggest to add to the classification the item of ongoing personal and social recovery that occurs despite possible exacerbations. The evaluation of quality of this stage is important as an independent characteristic, which according to authors can be light, moderate or pronounced personal and social recovery. This differentiated evaluation could be presented by a separate axis.

These proposals concerning new version of the ICD would reformat ideas about schizophrenia, which is presented in the population principally by remissions. Besides, changes in the diagnosis could provide a better view on possible biological therapy and psychosocial rehabilitation, and adapt the ICD to the current situation with psychiatric care provision.