

А. П. Коцюбинский

**МНОГОМЕРНАЯ (ХОЛИСТИЧЕСКАЯ)
ДИАГНОСТИКА В ПСИХИАТРИИ
(биологический, психологический,
социальный и функциональный
диагнозы)**

Санкт-Петербург
СпецЛит

А. П. Коцюбинский

**МНОГОМЕРНАЯ
(ХОЛИСТИЧЕСКАЯ) ДИАГНОСТИКА
В ПСИХИАТРИИ
(биологический, психологический,
социальный и функциональный
диагнозы)**

Санкт-Петербург
СпецЛит
2017

Автор:

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева.

Рецензенты:

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;

Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ.

Коцюбинский А. П.

К75 Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А. П. Коцюбинский. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. — с. 285. — ISBN 978-5-299-00884-5.

Монография содержит материал, отражающий современные представления о признании биопсихосоциальной сущности психических расстройств. В рамках этих представлений изложены системные адаптационные и уязвимость — диатез — стрессовые модели психических заболеваний, являющиеся базовыми для холистического подхода при диагностике и терапии психических расстройств. Это предполагает многоаспектную диагностику, формулируемую в рамках биологического, психологического, социального и функционального диагнозов, которые являются основополагающими для содержательной работы специалистов различного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников) в рамках бригадной формы организации их деятельности, поскольку позволяют специалистам сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из членов бригады.

Книга ориентирована на врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников.

УДК 616.89

Оглавление

Условные сокращения	4
Введение	8
ГЛАВА 1. Методологическое обоснование холистического диагностического подхода при эндогенных психических расстройствах	15
ГЛАВА 2. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств . .	20
ГЛАВА 3. Холистический подход при диагностике психических расстройств	31
3.1. Биологический диагноз	32
3.2. Психологический диагноз	85
3.3. Социальный диагноз	113
3.4. Функциональный диагноз	122
3.4.1. <i>Функционально-динамические показатели биологической адаптации</i>	126
3.4.2. <i>Функционально-динамические показатели психологической адаптации</i>	151
3.4.3. <i>Функционально-динамические показатели социальной адаптации</i>	195
Заключение	206
Литература	215
ПРИЛОЖЕНИЯ.	258
Приложение 1. Шкала PSP	258
Приложение 2. Шкала медикаментозного комплайенса	262
Приложение 3. Опросник субъективной удовлетворенности лечением . .	267
Приложение 4. Шкала КЖ2Ф	270
Приложение 5. Шкала GAF	279
Приложение 6. Шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах	281

Условные сокращения

- БАР — биполярное аффективное расстройство
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВОЗЖ-100 — шкала качества жизни (Всемирная организация здравоохранения), 100 вопросов
ВПА — Всемирная психиатрическая ассоциация
ГКЖ — глобальное качество жизни
ГГН — гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система
ИТТ — интегративный тест тревожности
КЖ — качество жизни
КЖСД-46 — качество жизни (семантический дифференциал), 46 вопросов
КЖСМ-44 — качество жизни (специфический модуль), 44 вопроса
КПТ — коэффициент приверженности терапии
ЛКОЛП — Ланкаширская шкала качества жизни
МЕМС — микроэлектронная мониторинговая система
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКБ-9 — Международная классификация болезней 9-го пересмотра
МКР — международные критерии ремиссии
ПКЖ — психотикозависимое качество жизни
ПКЖ2Ф — психотикозависимое качество жизни, двухформатная шкала
ППД — постпсихотическая депрессия
СКФКР — стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии
СУЛ — опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре
ТОБОЛ (тип отношения к болезни) — методика для психологической диагностики типов отношения к болезни
ШМК — шкала оценки медикаментозного комплайенса в психиатрии
ШСО — см. FES
AES — Apathy Evaluation Scale, шкала оценки апатии
АСТ — Assertive community treatment, бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе
BPRS — Brief Psychiatric Rating Scale, краткая психиатрическая рейтинговая шкала

- CDSS — Calgary Depression Schizophrenia Scale, специальная шкала для оценки депрессии у больных шизофренией
- CGI — Clinical Global Impression, шкала общего клинического впечатления
- CGI-SCH — Clinical Global Impression-Schizophrenia scale, шкала общего клинического впечатления (шизофрения)
- CMHT — Multidisciplinary community mental health teams, мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе
- DFS — Defensive Functioning Scale, шкала защитных механизмов
- DIS — Diagnostic Interview Schedule, стандартизованная схема диагностического опроса психически больных
- DSM-III-R — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, третья редакция, пересмотренная
- DSM-IV — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция
- DSM-IV-TR — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция, пересмотренная
- DSM-V — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, пятая редакция
- FES — Family Environment Scale, шкала семейного окружения
- FKBS — Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien, тест исследования механизмов психологической защиты
- GAF — Global Assessment of Functioning Scale, глобальная оценка уровня функционирования
- GARF — Global Assessment of Relational Functioning, глобальная оценка уровня отношений
- GKJ — см. ГКЖ
- HAMD — Hamilton Depression Rating Scale, шкала депрессии Гамильтона
- HARS — Hamilton Anxiety Rating Scale, шкала Гамильтона для оценки тревоги
- HDRS — Hamilton Rating Scale for Depression, рейтинговая шкала депрессии Гамильтона

LQOLP (The Lancashire Quality of Life Profile) — см. ЛКОЛП

MADRS — Montgomery — Åsberg Depression Rating Scale, рейтинговая шкала депрессии Монтгомери — Асберга

MARS — Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness, Мэрилендская шкала оценки восстановления при тяжелых психических заболеваниях

MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Миннесотский многомерный личностный опросник

MSIF — Multidimensional Scale of Independent Functioning, многомерная шкала независимого функционирования

NOSIE-30 — Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation, шкала оценки поведения госпитализированных пациентов средним медицинским персоналом

PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale, шкала позитивных и негативных синдромов

PKJ — см. ПКЖ

PSE — Present State Examination, стандартизованная схема опроса психически больных

PSP — Personal and Social Performance Scale, шкала личностного и социального функционирования

RSAS — Revised Social Anhedonia Scale, шкала оценки социальной ангедонии

SADS — Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia, стандартизованная схема каталога аффективных расстройств при опросе психически больных

SANS — Scale for the Assessment of Negative Symptoms, шкала для оценки негативных симптомов

SAPS — Scale for the Assessment of Positive Symptoms, шкала для оценки позитивных симптомов

SAS — Social Adjustment Scale, шкала социальной адаптации

SAS-SR — Social Adjustment Scale Self-Report, самоопросник шкалы социальной адаптации

SBAK — Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten, тест самооценивания способов психологической защиты

SBS — Social Behavior Schedule, шкала социального поведения

SF-36 — Medical Outcomes Study Short Form, опросник (Health Status Survey), шкала для оценки качества жизни, 36 вопросов

- SFS — Social Functioning Scale, шкала социального функционирования
- SOFAS — Social and Occupational Functioning Assessment Scale, шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости
- SVF — Stressverarbeitungsfragebogen, тест исследования копинг-стратегий
- UCLA recovery criteria — критерии восстановления Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе
- UPSA — UCSD Performance-based Skills Assessment, методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий
- WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Measuring Instrument) — см. ВОЗКЖ-100

Введение

Еще в 1948 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни, физического или умственного недостатка». Таким образом, утвердилась точка зрения, стремившаяся учесть разнообразные интересы пациентов в процессе лечения. Согласно позиции современной медицины, хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие выражается в удовлетворении его потребностей и адаптации в физической, психологической и социальной сферах. В связи с этим основной целью психиатрической реабилитации является интеграция психически больных в социальную реальность, адаптация пациента к жизни в семье и обществе. При этом внимание медиков все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Это обстоятельство вызвало необходимость пересмотра диагностических критериев при оценке психических расстройств.

Категория «диагностика», используемая в настоящее время в психиатрии, близка, но не идентична другим важным категориям — «систематизации психических расстройств» и «классификации психических расстройств».

Диагностика (гр. *diagnosis* — распознавание) — это процесс сбора данных для точного определения и идентификации болезни, рассматриваемой в единой системе болезненных расстройств. Диагностическая мысль движется от общего — нозологии, формы болезни — к частному — особенностям ее реализации у конкретного пациента. Диагноз больного является завершающим этапом диагностики, он требует максимальной индивидуализации.

Таким образом, **цель диагностики** — это постановка индивидуального диагноза для выбора тактики лечебно-восстановительных мероприятий и определения прогноза болезни. Однако диагностика в психиатрии затруднена в связи с отсутствием систематизации психических расстройств и возможности использования их классификации.

Цель систематизации (гр. *systematikos* — упорядоченный) — не быть только каталогом нормативов различных видов психических расстройств, а определить теоретические концепции, практическую направленность, социальную значимость изучаемых явлений и определить перспективы развития психиатрии как медико-социальной науки.

Психиатрическая классификация (гр. *classis* — разряд; *facere* — делать) — это, в первую очередь, договорное (путем достижения ведущими специалистами относительного консенсуса) упорядочивание многочисленных диагностических дефиниций, соответствующих современному уровню знаний о природе психических нарушений. В результате удается достичь стандартизации проявлений психических расстройств, пригодной для статистической расшифровки болезней.

Таким образом, если диагностика — это первый шаг в оценке больного и ее основной целью является определение показаний к терапии, то классификация является завершением диагностического процесса и базисом статистических, эпидемиологических и других научных исследований.

Первоначальные попытки классификации психических расстройств были связаны с психопатологическим описанием и, в конечном счете, с нозологической их обоснованностью.

Это соответствовало традиционному для отечественной психиатрии **категориальному подходу**, характеризующемуся простотой использования в практике, в том числе в условиях дефицита времени и информации (Павличенко А. В., 2013), и подразумевало наличие четких качественных границ между нормой и патологией, а внутри патологических состояний — между различными диагностическими единицами (каждая из которых представляет собой интеграцию различных элементов в одну психопатологическую структуру), что оказывается невозможным до момента манифеста основной симптоматики, удовлетворяющей критериям, которые часто весьма несовершенны, но конвенционально согласованы психиатрическим сообществом. Как отмечает С. Н. Мосолов (2012), методологические проблемы современных классификаций психических расстройств заключаются в том, что до последнего времени аутохтонные (эндогенные) заболевания подаются как дискретные, качественно самостоятельные диагностические единицы (нозологические или, реже, синдромальные), а не как варьирующие в своей интенсивности и поддающиеся измерению (т. е. не как континуум или спектр состояний).

При этом в случае присутствия полного или частичного набора симптомов, удовлетворяющих критериям сразу двух или более диагностических категорий, без достаточных оснований возникает искусственная проблема коморбидности (лат. *co* — вместе; *morbus* — болезнь), при формализованном понимании которой, как отмечает В. Н. Краснов (2011), утрачивается истинная статистическая картина распространенности расстройств и игнорируется понимание их природы. Кроме того, тезис о том, что в психиатрии, как и в других медицинских специальностях, клинические показа-

тели по своей сути являются качественными, остается не совсем ясным, что в значительной мере обуславливает отсутствие четких границ большинства психиатрических категорий (Мартынихин И. А., 2013).

Для точной диагностики психических расстройств недостаточно только констатации патологических изменений, так как необходимо также изучать этиологию и патогенез заболевания. В психиатрии же до последнего времени в одних случаях нозологический диагноз вытекает непосредственно из этиологического фактора (например, при прогрессивном параличе), в других — определяется закономерностями течения и наиболее вероятного исхода болезни (как в случае шизофрении и аффективных психозов), в-третьих — отражает историю развития характера либо психогенных и экзогенных типов реакции.

В результате нозологический принцип классификации столкнулся с серьезными трудностями. Во-первых, в значительной степени он оказался конвенциональным и лишенным единого подхода при выделении различных форм психических расстройств. Во-вторых, сами критерии нозологического разграничения менялись с течением времени даже в рамках одной психиатрической школы, не говоря о неодинаковом их понимании представителями различных школ. В-третьих, он оказался недостаточным для целостной оценки состояния больного и с этой точки зрения — прогностически неполноценным.

Большинство традиционно мыслящих психиатров оказались лицом к лицу с тем фактом, что «феноменологическая оценка, составляющая основу нозологической диагностики, не раскрывает полностью уровень и потенциал сохранности или степень декомпенсации личностных возможностей в той или иной сфере жизнедеятельности человека» (Фролов Б. С., Рустанович А. В., 1998; Рустанович А. В., 2000). На это же обращали внимание и западные исследователи. В частности, необходимость преодоления односторонности синдромально-нозологического диагноза в психиатрии отмечалась еще К. Ясперсом (1997), который выделял три цели:

- 1) обнаружение конкретного заболевания (наука — нозология);
- 2) обнаружение того, в чем именно состоит «свойство» данного индивида во всей совокупности его соматических, психических и духовных аспектов (наука — эйдология);
- 3) изучение течения жизни во всей ее целостности (наука — биографика).

Автор указывал, что «три подхода находятся в неразрывной связи; аналогично, три соответствующие им науки суть ответвления единой научной дисциплины».

По мнению Ю. Л. Нуллера (1992), «нозологическая парадигма Э. Крепелина в психиатрии столкнулась с непреодолимыми трудностями», так как она не позволила провести четкой грани ни между эндогенными психозами, ни между психозами и пограничными состояниями. Возможно поэтому, в последнем, 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10, 1994), с грустной иронией, подчеркивается, что «понятие невроза было сохранено в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по-прежнему считать невротическими в их собственном понимании этого термина».

Как полагает Ю. И. Полищук (1991), указанные выше тенденции «способствовали обезличиванию и десубъективизации пациента, дегуманизации психиатрии». С тем обстоятельством, что в последние полвека «в клинической психиатрии доминировала нозоцентрическая, клинко-биологическая доктрина с переоценкой значения синдромологических и нозологических схем» (Полищук Ю. И., 1991), связывают и причины отсутствия серьезного продвижения в психиатрии. Рассматривая это положение применительно к опыту отечественной психиатрии, можно отметить, что присущий ей нозологический догматизм проявился даже в законодательных актах, ориентированных на нозологический диагноз, а не на целостную оценку больного.

Обобщая накопившиеся противоречия, некоторые ведущие отечественные психиатры считают, что в последние годы «психиатрический диагноз стал рассматриваться как абстракция, поскольку отдельные заболевания существуют лишь в воображении врача» (Нуллер Ю. Л., 1992). Тем не менее, нозологический подход до последнего времени является желаемой, хотя и далекой целью психиатрической систематики, в силу чего она ограничивается периодически меняющейся конвенциональной классификационной диагностикой. В то же время использовать этот критерий, хотя и с определенными ограничениями, вполне допустимо, так как он позволяет создать представление о классе имеющихся расстройств, обозначенном в имеющихся классификациях (МКБ или DSM).

Кроме того, нозологическое направление может оказаться ценным при дальнейшем развитии наших знаний о природе человека. Так, в работе С. А. Овсянникова и В. П. Морозова (1999) подчеркивается важность биологических критериев разграничения психозов. Работы А. А. Баева (1998) и Л. Л. Киселева (2000) по расшифровке генома человека дают основания полагать, что будущее медицины связано именно с этим направлением исследований, которое приблизит психиатрию к достижению точного знания об этиологии заболевания на генно-молекулярном уровне. Это позволит ответить на вопрос об адекватности феноменологической классификации

психической патологии, а значит, и нозологии. В свою очередь, это делает более обоснованным представление о прогнозе развившегося заболевания.

Однако современное состояние генетических исследований не позволяет с достоверностью судить об этиологии психических заболеваний. Кроме того представляется не менее важным, что определение этиологии заболевания далеко не всегда является решающим в вопросах реабилитации пациентов.

Результатом такой ситуации явилось то, что различные используемые в психиатрии классификации в настоящее время представляют собой не системное изложение накопленных фактов, а, скорее, инструмент, который позволяет проводить сопоставимые научные исследования и достигать международного взаимопонимания.

Итак, существующие как у нас в стране, так и за рубежом категориальный подход и основанная на нем классификация психических болезней в определенной степени условны, поскольку у психиатров разных стран отсутствует единство мнений об идентификации отдельных психопатологических признаков, а также единство в понимании причин и механизмов развития многих психических расстройств (Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю., 2005).

В последние годы распространение в западной психиатрии и, прежде всего, в США получил **дименсиональный подход**, который уходит своими корнями в концепцию «единого психоза» W. Griesinger (1876) и, конечно, лучше описывает все многообразие клинических проявлений психических расстройств, однако полностью размывает классификационные границы. Дименсиональная модель позволяет рассматривать отдельные симптомокомплексы заболевания в качестве независимых измерений, размерностей (дименсий), имеющих собственные стереотипы развития (Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., 2005). Предпосылкой к научному обоснованию дименсиональной структуры клинических проявлений психических расстройств явились признание того, что:

а) большая часть явлений, изучаемых биологией, медициной и психологией, характеризуется значительной их индивидуальной вариабельностью;

б) интенсивность выраженности отдельного феномена в динамике может изменяться, с чем связана возможность «перетекания» одного явления в другое.

Кроме того, признанию правомочности дименсионального подхода способствовали успехи психофармакологии и прогресс нейробиологических исследований.

К сильным сторонам дименсионального подхода относят следующие признаки:

- возможность количественной оценки выраженности синдромов;
- включение субсиндромальных состояний;
- отнесение сходных состояний в одну группу (спектр).

Пока очевидно, что дименсиональная модель, являющаяся основой для так называемой доказательной медицины, лучше, чем категориальная, согласуется с полигенной системой наследования психических расстройств (Мосолов С. Н., 2012). В рамках последней множественное взаимодействие нескольких генов с факторами окружающей среды формирует различной степени выраженности риски (от уязвимости до проявлений психического диатеза), predisposing, под влиянием экстрагенетических факторов, к развитию тех или иных фенотипических проявлений заболевания. Кроме того, мультидименсиональный подход, создающий возможность формировать гомогенные группы больных, позволяет выработать индивидуальные алгоритмы лечения и тем самым более эффективно подобрать адекватную фармакотерапию.

В то же время обусловленный дименсиональной моделью механистический редукционизм не может не вызывать тревоги у ответственных клиницистов, поскольку своей стохастической направленностью ориентирует исследователей на атеоретический подход, делая прогноз течения заболевания зависимым лишь от конкретного случайного «набора» дименсий и, в силу этого, лишенным какой-либо прогнозируемой закономерности. «Получается, — отмечает И. А. Мартынихин (2013), — что диагноз, основанный на выявлении определенного числа признаков из перечня критериев своей диагностической рубрики, нивелирует клинические (а, возможно, и биологические, генетические, нейроморфологические, нейрофизиологические) различия между пациентами, так как в одну категорию могут попадать лица с существенно различающимися наборами признаков».

В соответствие с современным дименсиональным подходом и многофакторной моделью заболевания все многообразие симптоматики можно разделить на несколько относительно самостоятельных категорий или сфер поражения психической деятельности:

- 1) позитивную (бред, галлюцинации, дезорганизация речи, мышления и поведения, включая кататонно-гебефренную симптоматику);
- 2) негативную, в значительной мере определяющую дефицит социального ответа и отгороженность (эмоционально-волевое снижение, бедность речевой продукции, аутизм и социальная изоляция, снижение мотивации и энергетического потенциала и др.);
- 3) когнитивную (нарушения памяти, критики, внимания, планирования, исполнительских функций и др.);

4) аффективную (возбуждение, тревога, депрессия и др.). (Мо-
слов С. Н., Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э., 2012).

В последние годы отмечается тенденция к интеграции категориальных и дименсиональных представлений о природе психических заболеваний, что в немалой степени стимулирует интерес к так называемому **холистическому диагностическому подходу**, нацеленному на многоосевую (многомерную, мультиаксиальную) оценку психических расстройств.

Связано это в немалой степени с тем, что, как считают многие авторы, синдромально-нозологический диагноз, ограниченный категориальной или дименсиональной ориентацией, не дает достаточной информации о возможностях адаптации больного. Кроме того, в психиатрической клинике нередко наблюдается несоответствие тяжести психопатологических расстройств и уровня социально-трудового приспособления. Таким образом, конкретизация целей терапии и построение индивидуального прогноза требуют более полной информации о характере функционирования больного, о факторах не только биологического, но также психологического и социального порядка, определяющих адаптацию пациента. Это тем более важно, что по мере стихания болезни все более необходимым становится учет компенсаторных образований, влияющих на адаптацию личности, дальнейшее течение и прогноз заболевания.

Родоначальник динамической психиатрии Г. Аммон (1995) настоятельно фокусировал внимание исследователей на понимании жизни человека как процесса, «состоящего не только из здоровья и болезни, но из повседневной жизни, работы, любви, то есть психического, биологического и социального функционирования».

Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей (Беляева Г. Г., Тарасова Л. А., 2000). Это становится особенно актуальным при апробированных в последнее время, особенно во внебольничных условиях, бригадных формах курации психически больных. При этом следует подчеркнуть, что только целостная оценка состояния пациента позволяет бригаде, руководимой врачом-психиатром и состоящей из специалистов разного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер), сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из ее членов.

Глава 1

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХОЛИСТИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Первые попытки расширения нозологически централизованной диагностики принадлежат Э. Кречмеру. Концепция многомерного диагноза Э. Кречмера предполагает описание состояния пациента в равно включенных биологических, психологических и социальных параметрах.

В настоящее время во многих странах Европы и в нашей стране используется многоосевая классификация психических расстройств МКБ-10. Эта классификация основывается на опыте практической работы, ограничивается относительно легко определяемыми признаками, оперирует категориями, которые часто выражаются одним словом или 3—5-значным числом.

Согласно ее положениям, диагностика ориентируется на отдельного больного, диагнозы формулируются подробно и состоят из многих частей, учитывающих нозологическую принадлежность (где это возможно), основной синдром, факультативные синдромы, характер течения болезни, состояния, обусловившие необходимость обращения за психиатрической помощью, преморбидные, в том числе конституционально-личностные особенности, сопутствующие соматические заболевания.

При этом **первая ось** психиатрического раздела МКБ-10 включает клинические диагнозы психического заболевания и расстройства личности.

Вторая ось предназначена для определения нетрудоспособности; она разбита на четыре специфических ранга, оценивающих:

- 1) самообслуживание;
- 2) трудовую деятельность;
- 3) деятельность в семье и дома;
- 4) жизнедеятельность в широком социальном смысле.

Третья ось отмечает факторы окружающей среды и образа жизни, влияющие на патогенез и течение заболевания пациента (так называемые контекстуальные факторы), которые в некоторой степени призваны заменить этиологические факторы. К контекстуальным факторам относятся:

- 1) негативные события детства;
- 2) образование и воспитание;

- 3) первичная поддержка окружающих, включая семью;
- 4) социальное окружение;
- 5) трудовая деятельность;
- 6) домашние и экономические обстоятельства;
- 7) физическая окружающая среда;
- 8) определенные психосоциальные обстоятельства;
- 9) юридические обстоятельства;
- 10) семейные болезни и инвалидность;
- 11) образ жизни или трудности организации жизнедеятельности.

По мнению П. Т. Петрюка [и др.] (2005), МКБ-10, являясь многоосевой диагностикой (описание индивидуума может осуществляться по нескольким осям, каждая из которых характеризуется специфическим содержанием), отражает чаще всего разные аспекты классифицируемого параметра и во многом не является теоретически обоснованной.

Не случайно во введении к МКБ-10 указывается, что «настоящие описания и указания не несут в себе теоретического смысла, и они не претендуют на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах. Они представляют собой просто группы симптомов и комментарии, относительно которых большое число советников и консультантов во многих странах мира договорились как о приемлемой основе определения границ категорий и классификации психических расстройств».

Следует отметить, что в практической работе российские специалисты всегда используют лишь первую ось, а «при отсутствии (других) осей потеряна направленность выбора лечения: биологического, социального или психотерапии» (Точилев В. А., 2009). Действительно, без многоосевого подхода смысл классификации теряется, так как отсутствует нацеленность на оказание помощи.

Как отмечает В. А. Точилев (2010), разработчики МКБ-10 исходили из того, что международная классификация необходима для взаимопонимания врачей при обсуждении состояния пациента, его прогноза и лечения, сравнения результатов исследований, проводимых в разных странах.

При этом решались следующие задачи.

1. *Поиск метода клинического (психопатологического) обследования*, необходимого для единообразного понимания больных. Обычная клиническая беседа не отвечала этому запросу. Нередко специалист получает от больного только ту информацию, которую ищет. Для преодоления этого за рубежом были созданы стандартизированные схемы опроса («Present State Examination» («Обследование статуса») — PSE; «Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia» («Каталог аффективных расстройств и шизофрении») — SADS; «Diagnostic Interview Schedule» («Диагностический опросник») — DIS

и др.). Все они содержат наборы симптомов (признаков), которые необходимо выявить, их определения и инструкции по оценке степени тяжести состояния.

Применение опросников носило механический характер. Пользоваться ими могли и лица, не являющиеся специалистами. Таким образом, исследование психического статуса и процесс сбора анамнеза, которые в психиатрии всегда являлись основными методами оценки, были заменены на использование стандартных опросников. Опыт показал, что такой подход препятствует глубокому изучению пациента. По мнению N. С. Andreasen (2007), это способствовало дегуманизации психиатрической практики.

2. *Повышение надежности диагностики.* В процессе пересмотра симптоматики психических заболеваний упразднили общую психопатологию: в большинстве современных американских и европейских руководств такого раздела нет. Вместо этого предложены «диагностические критерии», которые отнюдь не являются синонимами симптомов. Критерии — это не просто характерные, специфические симптомы, а дискриминирующие признаки. Они, как правило, наблюдаются при данном заболевании и редко встречаются при других. Они могут быть не особенно важны для пациента в субъективном отношении и даже несущественны для выбора терапии, но имеют большое значение для установления диагноза.

На наш взгляд, диагностические критерии могут быть представлены описательными формулировками, как в МКБ-10, или более точными операциональными определениями, как в DSM-V, но их нельзя путать с симптомами, а тем более — с синдромами.

А. Б. Смулевич [и др.] (1992) полагают, что МКБ-10 (как и другие современные классификации) отражает сложные преобразовательные процессы в клинической психиатрии, вступающей в «постнозологический период своего развития». Признание психиатрической общественностью МКБ-10, как пишет Н. А. Корнетов (1998), означает переход на единый с западноевропейскими странами диагностический язык во имя продвижения интеллектуальной части реформы психиатрии, интеграции с мировым психиатрическим сообществом. Однако, как отмечает В. А. Точилев (2010), это «переход к уровню анозологичному, сугубо описательному, причем основанному не на принципах клинической медицины, но — медицины доказательной».

«При наличии претензий на исчерпывающее описание патологических явлений, — подчеркивает В. А. Точилев (2009), — в ней нет теоретического смысла и научности, при этом основная цель заключается в сведении к минимуму произвольных диагностических заключений и обеспечении высокой воспроизводимости результата. < ... > Возможно, следует разделить сферы влияния и

оставить для психиатров концептуальную, научную классификацию, а МКБ-10 применять лишь для статистических исследований». Кроме того, при разработке МКБ-10 было продекларировано, что она не должна подменять собой существующие национальные классификации, но у нас об этом, к сожалению, абсолютно забыли.

Таким образом, отсутствие единой теоретической концепции, а также определенная эклектичность и клиническая недостаточность МКБ-10 (Макушкин Е. В., 2007) снижают ее научную ценность, хотя в ряде случаев она может успешно служить для прагматического решения некоторых, в основном статистических, проблем.

В значительной мере недостатки МКБ-10 нивелируются в классификациях психических расстройств, применяемых в США (Каплан Г. И., Сэдок Б., 1994).

Согласно DSM-V, ближе подошедшей к биопсихосоциальному рассмотрению психических расстройств, цель мультиаксиального подхода — систематизировать оценку больного с привлечением внимания к различным аспектам имеющихся у него психических расстройств, общему медицинскому состоянию и психосоциальным характеристикам, что позволяет рассматривать состояние пациента более широко и полно. Эта многоосевая диагностика предусматривает удобный формат для описания гетерогенности индивидуумов с одним диагнозом.

Одним из достоинств многоосевого способа оценки состояния пациента является его более дифференцированное изучение (относительно одномерного рассмотрения). В то же время такое, сугубо прагматическое, направление оказалось связанным с некоторыми теоретическими потерями. Отсутствие четкого представления об «удельном весе» фиксируемых параметров приводит к эклектичности и недостаточной структурированности данных, с помощью которых необходимо разрабатывать программы восстановления психически больных. Споры нет, создателями новых классификационных систем проведена колоссальная работа. Как отмечает В. А. Точилов (2010), «результат достигнут, но какой ценой? Можно не замечать наших утрат, делать вид, что ничего не произошло. Но дальше положение в российской (теперь — американизированной) психиатрической науке будет только усугубляться». Можно согласиться с неудовлетворенностью, недавно высказанной N. С. Andreasen (2007): «Применение высоких технологий без сочетания с благоразумным клиническим подходом, которым должны владеть специалисты в области психопатологии, будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище».

Национальная классификация лишь отчасти должна служить целям статистики. Основной ее задачей является систематизация различных видов психических расстройств в соответствии с господ-

ствующими в определенный период научными представлениями, а также взглядами психиатров данной страны (научной школы) на природу болезненных нарушений психической деятельности. Она обязательно должна носить концептуальный характер, поскольку на ее основе строится преподавание психиатрии и проводятся научные исследования как фундаментального, так и прикладного характера (Котов В. П. [и др.], 2010).

В соответствии с этим диагноз, как считают В. П. Котов [и др.] (2010), должен отражать творческую работу врача. С одной стороны, в нем должна быть четко обозначена природа заболевания с однозначным отнесением его к тому или иному классу психических расстройств. С другой стороны, должны быть подчеркнуты индивидуальные клинические особенности пациента и отражена степень нарушения функций (функциональный диагноз), особенно имеющих социальное значение. Выполнение этих требований не должно быть связано с соблюдением формальностей, позволяющих правильно кодировать поставленный диагноз в рамках предложенной систематики, но ничего не дающих для выработки диагностической, лечебно-реабилитационной, экспертной стратегии в отношении данного пациента.

Сказанное обусловило то, что в последние годы возникла необходимость в многоосевом диагностическом подходе, который бы базировался на определенных теоретических концепциях.

Глава 2

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Возникновение реабилитационного направления, в рамках которого пациенты стали рассматриваться как члены общества, а не как индивидуумы с этикеткой «сумасшедшие», явилось необходимой основой для формирования современной биопсихосоциальной концепции психических расстройств и способствовало появлению интереса исследователей к изучению психологических особенностей пациентов и характеру их социального приспособления.

Основные положения биопсихосоциальной концепции рассматривались еще в трудах В. Н. Бехтерева, но терминологически закрепились в работах G. L. Engel (1982) и способствовали появлению интереса исследователей к изучению психологических особенностей пациентов и характера их социального приспособления (McClain T., O'Sullivan P. S., Clardy J. A., 2004; Коцюбинский А. П. [и др.], 2004; Незнанов Н. Г., Акименко М. А., Коцюбинский А. П., 2007). Отражая сложный мультифакториальный характер патологии, биопсихосоциальная концепция, с точки зрения Н. Г. Незнанова (2009), «формирует комплексный подход к изучению и лечению психических расстройств, смещая акцент с поиска главного фактора на установление характера их взаимодействий».

Признание биопсихосоциальной сущности психических расстройств делает необходимым определенный пересмотр взглядов, согласно которым некоторые заболевания трактуются как сугубо «эндогенные» (термин, введенный Р. J. Möbius, 1893), т. е. обусловленные наследственными и конституциональными факторами (Блейхер В. М., Крук И. В., 1995; Первый В. С., Сухой В. Ф., Гриневич Е. Г. [и др.], 2012), что предопределяет нозологическую структуру и последующее развитие болезни, включая ее исход.

Обнаруживаемые сложности характера взаимодействия различных факторов, участвующих в формировании психических расстройств, привели исследователей к тому, что в разрабатываемых психиатрических классификациях теоретические гипотезы о сущности психических расстройств заменяются внеконцептуальным подходом, направленным на механическое группирование различных по своей сути, но внешне сходных состояний.

В отличие от этого, биопсихосоциальная концепция психических расстройств базируется на следующих теоретических положениях:

1) уязвимость — диатез — стрессовой модели возникновения и динамики развития психических заболеваний;

2) системной адаптационной модели формирования психопатологических феноменов.

Уязвимость — диатез — стрессовая модель возникновения и динамики развития психических заболеваний, основанная на разработках Г. Селье (1972), служит преодолению методологических противоречий, существующих между генетическими и психодинамическими теориями этиопатогенеза психических расстройств. Она связана с представлениями о сенситивности индивидуума, т. е. его психобиологической готовности реагировать развитием эндогенного (аутохтонного) психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров.

Такого рода сенситивность существует в форме клинически скрытой уязвимости (Zubin J., Spring B., 1977), но может проявляться вовне в форме психопатологического диатеза (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1996; Циркин С. Ю., 1995, 1998).

Уязвимость — латентный, скрытый, клинически не выявляемый **фактор риска** развития шизофрении, биологическая основа заболевания (Zubin J., Spring B., 1977), в формировании которого участвуют как биологические (возможно, генетические) факторы, так и стрессовые жизненные события в раннем детстве, формирующие сенситивность (по современной терминологии — уязвимость) по отношению к дальнейшим негативным жизненным ситуациям (Beck A. T., 2008). Стоит отметить, что уязвимость непостоянна и ей свойственны колебания во времени (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004).

Долгое время «уязвимость» была скорее постулируемым, чем обнаруживаемым феноменом. В качестве косвенного признака уязвимости обсуждались различные анатомо-физиологические маркеры, особенности биохимии мозга, электрофизиологические изменения и т. п. В последние годы наметилась тенденция рассматривать в качестве маркера уязвимости явления нейрокогнитивного дефицита. Существует обоснованная точка зрения, что многие (но не все) параметры дефицита когнитивной сферы, скорее всего, отражают биологическую предрасположенность к самой болезни. Представление о когнитивном дефиците как организменной недостаточности позволяет рассматривать его в качестве своеобразного «ключа» к мозговым структурам, с которыми связано нарушение той или иной когнитивной составляющей. Это стало особенно очевидным с появлением современных методов нейровизуализации, позволивших соотнести находки когнитивных тестов с изменениями той или иной области головного мозга.

Консенсус по поводу существования когнитивного дефицита как маркера уязвимости был достигнут после исследования его параметров в так называемых «пограничных популяциях» непсихотических пациентов с предполагаемым шизофреническим диатезом (Kasper S., Resinger E., 2003) и шизотипическим расстройством личности (Смулевич А. Б., 2007а). При этом А. Б. Смулевич указывает, что когнитивный дефицит при шизотипическом расстройстве личности выступает в «редуцированном виде» и касается, прежде всего, своеобразия мыслительной сферы. Если принять во внимание тот факт, что не страдающие психозами родственники больных шизофренией тоже обнаруживают нейрокогнитивный дефицит (Cannon M. [et al.], 2002; Faraone S. V. [et al.], 2000), то можно предположить, что нейрокогнитивные нарушения, наблюдаемые у взрослых пациентов с шизофренией, имеют преморбидное нейроморфологическое происхождение. Таким образом, можно сказать, что нейрокогнитивный дефицит сигнализирует о генетической предрасположенности к заболеванию.

На сегодняшний день можно согласиться с утверждением о том, что пока еще ни один фактор не может быть безоговорочно признан в качестве маркера уязвимости в отношении эндогенных заболеваний (Jablensky A., 1984). Это обстоятельство делает тем более актуальным дальнейшее изучение преморбидных проявлений психических расстройств, включая не только маркеры уязвимости, но и весь комплекс преморбидных проявлений, ограниченных симптоматикой пограничных нарушений и рассматриваемых нами в рамках психопатологического диатеза.

Стресс традиционно связывают с изменением функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГН), что способствует формированию большей сенситивности (по современной терминологии — уязвимости) индивидуума, проявляющейся снижением уровня его устойчивости (сопротивления) болезнетворным стрессорам на протяжении всей последующей жизни; это послужило основанием для формирования представлений о психическом диатезе.

Нет сомнений, что те или иные события, которые можно рассматривать как стрессовые, происходят в жизни каждого человека. При этом в качестве стрессора может рассматриваться как психогенный фактор (жизненные события, утрата близких, уход за тяжело больным родственником и др.), так и физиологический (соматические заболевания, изменения гормонального фона, сопряженные с репродуктивным циклом у женщин).

Иными словами, стрессоры — это агенты (включая психосоциальные), способствующие выявлению и развитию психического расстройства. Их можно рассматривать как **дополнительные фак-**

торы риска развития заболевания. Отмечается, что именно субъективная значимость события определяет, окажется ли оно стрессогенным.

Диатез в общей патологии рассматривается И. В. Давыдовским (1962) как недифференцированный риск развития патологии. Предполагается, что под воздействием стрессоров (психогенных или физиологических), которые имеют триггерную функцию, уязвимость может «материализоваться» в виде различных субклинических проявлений диатеза (Циркин С. Ю., 1995, 1998, 2012; Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1996; Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф., Богданова Л. В., 2010), приобретая качество **признака риска** психического расстройства.

Психический диатез — клинически верифицированная аномалия психической конституции, обусловленная генетической уязвимостью пациента, совокупностью признаков, характеризующих предрасположенность к психической (психосоматической) патологии.

В психиатрии истоки представления о диатезе лежат во введенном А. В. Снежневским (1972) определении *pathos* (греч. *pathos* — почва, предрасположенность, отклонение в развитии) и развиваемой С. Б. Семичовым (1987) концепции предболезни. Результаты многочисленных исследований указывают на значимость уязвимость — диатез — стрессовых моделей как для расстройств шизофренического спектра (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004; Jones S. R., Fernyhough C., 2007), так и постстрессовых (Koenen K. C., 2008; Xie P., Kranzler H. R., Poling J., Stein M. B., 2009; Afifi T. O., Asmundson G. J., Taylor S. [et al.], 2010), тревожных и аффективных расстройств (Caspi A., Sugden K., Moffitt T. E. [et al.], 2003; Hudson J. I., Mangweth B., Pope H. G. [et al.], 2003; Gotlib I. H., Joormann J., Minor K. L. [et al.], 2008; van Winkel R., Stefanis N. C., Myin-Germeys I., 2008).

Уязвимость — диатез — стрессовое понимание психической патологии, как подчеркивает Р. Д. Тукаев (2012), обладает одновременно признаками новизны и традиционности (что и обуславливает отчасти его популярность). Новизна определяется приданием именно психическому стрессу значения триггера, запускающего психическое расстройство. Традиционность основана на постулировании необходимости, помимо триггера, особой предрасположенности «почвы», на фоне которой психический стрессор включает развертывание психопатологического процесса.

Системная адаптационная (адаптационно-компенсаторная) модель возникновения и динамики психопатологических феноменов предполагает целостное видение объекта, выделение структуры элементов системы и характера их взаимодействия меж-

ду собой, а всей системы — с «внешним миром», учет развития как всей системы в целом, так и ее элементов и т. д. Вместе со значительными достижениями в области нейрофизиологии, психофармакологии, психологии, психотерапии и математической статистики эта модель породила надежду на возможность достижения качественно нового уровня интеграции знаний о природе психических заболеваний и, следовательно, о создании методов эффективной помощи пациентам.

С точки зрения автора общей **теории функциональных систем** Л. Берталанфи (Bertalanffy L. von, 1962), любая система состоит из подсистем и определяется как набор связанных между собой объектов, причем каждый из них является компонентом системы, имеет свои свойства и связи, скрепляющие систему. Основным ее постулатом служит положение о том, что ведущим системообразующим фактором является полезный для системы и организма приспособительный результат (Анохин П. К., 1975, 1980; Судаков К. В., 1984, 2003; Шанин В. Ю., Кропотов С. П., 1997; Шанин В. Ю., 2003).

Как полагает П. К. Анохин (1980), системная теория Л. Берталанфи не фокусирует внимание ученых на необходимости вскрытия того фактора, который из множества компонентов с беспорядочным взаимодействием организует «упорядоченное множество» — систему. Отсутствие же системообразующего фактора не дает возможности установить изоморфность (аналогичность по виду или форме) между явлениями различного класса и в силу этого не может сделать теорию общей. В силу этого системой можно назвать только такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, взаимодействие составляющих которых направлено на получение фокусированного полезного результата. Приспособительный результат, полезный для организма, и непрерывное поступление в регуляторный аппарат информации о степени его достижения являются неотъемлемыми и решающими компонентами системы, инструментами, обеспечивающими взаимодействие между всеми периферическими и центральными ее составляющими (Анохин П. К., 1975, 1980; Судаков К. В., 2003; Шанин В. Ю., Кропотов С. П., 1997; Шанин В. Ю., 2003).

Согласно П. К. Анохину (1975), теория функциональных систем должна строиться на следующих положениях:

- 1) теория может получить право быть общей только в том случае, если она вскрывает и объединяет в себе такие закономерности процессов или механизмов, которые являются изоморфными для различных классов явлений;

2) изоморфизм явлений различных классов может быть выявлен только в том случае, если мы найдем достаточно убедительный критерий изоморфности;

3) для принятия «общей теории систем», пригодной для различных классов явлений, наиболее важной является изоморфность системообразующего фактора.

Исходя из этих представлений, основным постулатом теории функциональных систем является положение о том, что ведущим системообразующим фактором является полезный для системы и организма приспособительный результат. В качестве полезных приспособительных результатов, определяющих нормальные условия деятельности различных факторов системы, выступают функциональные подсистемы разного уровня: от показателей молекулярных реакций гомеостаза, характеристик течения метаболических процессов организма до результатов сложных поведенческих актов. Целый организм, таким образом, представляет собой чрезвычайное множество слаженно взаимодействующих функциональных систем биологического, поведенческого и психического уровней. При этом функциональные системы организма представляют собой динамические, самоорганизующиеся и саморегулирующиеся построения (Анохин П. К., 1980, Судаков К. В., 1984).

В случае психического заболевания системообразующим фактором являются биологические и психологические адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер его социального функционирования (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004).

В связи с этим рассмотрим основные характеристики адаптационно-компенсаторной модели психических расстройств.

Адаптация — это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой (Воложин А. И., Субботин Ю. К., 1987).

Психическая адаптация — перманентно существующий процесс, направленный на оптимальное приспособление организма к конкретным условиям, целью которого является преодоление внутренних и внешних препятствий, мешающих достижению цели, направленной на удовлетворение своих актуальных потребностей (Александровский Ю. А., 1976; Березин Ф. Б., 1988). В психической адаптации целесообразно различать три блока: биологический, психологический и социальный (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004).

Компенсация — реакция организма на препятствие к адаптации (Свердлов Л. С., 1986), противодействующая нарушению функциональных возможностей организма. Сформированные в процессе

эволюционного развития механизмы компенсации призваны сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещающая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов (Анохин П. К., 1975). Можно сказать, что при компенсации используются ресурсы, выходящие за пределы адаптивной системы, но вместе с тем входящие в защитную (приспособительную) систему организма.

Адаптацию и компенсацию мы понимаем как перманентно существующие процессы, составляющие сущность жизнедеятельности любого организма и представляющие составные элементы единого процесса — приспособления, направленного на выживание и развитие индивидуума. При этом следует подчеркнуть, что категории «адаптация» и «компенсация» приложимы как к нормальным, так и к патологическим явлениям (Давыдовский И. В., 1962). Не случайно А. Antonovsky (1993) указывал на связь психологических адаптационно-компенсаторных механизмов не только с психопатологической симптоматикой, но и с ситуацией приспособления человека к окружающему миру, например при потере работы, нарушении супружеских отношений, изменении места работы. В рамках этой концепции А. Antonovsky создал шкалу когеренции, которую определял как присущее любому человеку чувство уверенности, для формирования которого имеют существенное значение следующие составляющие:

- 1) структурированность и предсказуемость внешнего стимула;
- 2) доступность ресурсов, необходимых для того, чтобы справиться с этим стимулом;
- 3) возможность динамической смены внешней ситуации.

Автор утверждает, что пациенты с высоким показателем по шкале когеренции оказываются способными конструктивно использовать копинг-стратегии не только по отношению к психопатологической симптоматике, но и для приспособления к окружающему миру; у пациентов с низкими показателями по шкале когеренции такие возможности представлены в значительно меньшей степени.

Т. Б. Дмитриева (2007) рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функций, направленной на поддержание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой. С точки зрения В. Д. Трошина (2007), «приспособительные реакции конкретного организма зависят от того, насколько защитные механизмы приспособлены к патологическому взаимодействию с патогеном. <...> Они выражаются в изменении определенных характеристик организма при сохранении его жизнедеятельности».

Адаптационно-компенсаторная парадигма, с одной стороны, сделала более продуктивным изучение механизмов взаимодействия

внешних и внутренних стрессорных факторов, вызывающих изменения в трансмиссивных системах мозга, что, безусловно, способствовало развитию нового направления в изучении патофизиологических основ патогенеза заболевания. С другой стороны, в этой концепции недостаточно разработанными (хотя и не отвергаемыми) являются представления об участии в аутохтонном процессе не только биологических, но и личностных механизмов адаптации, в значительной степени определяющих психологические возможности пациентов. В то же время клинические характеристики заболевания, являясь отражением, прежде всего, глубины биологического поражения (деструкции) психики, определяются, помимо этого, особенностями феноменов психологической адаптации, включая субъективную реакцию индивидуума на болезненные проявления и условия лечения, а также внешние психосоциальные факторы (Кочубинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004).

В адаптационно-компенсаторной модели важным является представление об адаптационных барьерах — «барьере уязвимости» и «барьере диатеза».

Барьер уязвимости («порог уязвимости»), или, по терминологии А. В. Вальдмана и Ю. А. Александровского (1986), барьер психической адаптации представляет собой функционально-динамическое образование, по существу являющееся интегрированным выражением биологической и социально-психологической составляющей сенситивности индивидуума к психическому расстройству. При этом функциональные возможности адаптационного барьера под влиянием биологических и социальных факторов постоянно трансформируются (Александровский Ю. А., 2010). В связи с этим для прорыва «барьера уязвимости» необходимо, чтобы интенсивность стрессового воздействия преодолела некоторую критическую «уязвимостную» величину, по отношению к которой у индивидуума в данный момент времени имеется достаточный адаптационный потенциал. Нарушение этого барьера сопровождается переходом от клинически скрытых проявлений уязвимости к внешним, то есть клинически определяемым, признакам диатеза.

Барьер диатеза рассматривается нами как второй уровень «барьера психической адаптации» (Вальдман А. В., Александровский Ю. А., 1986) между диатезом и проявлениями собственно психического заболевания. Для этого перехода также необходима интенсивность стрессового воздействия, превышающая некоторую адаптационную «диатезную» критическую величину.

Изложенное делает осмысленным представление об адаптационно-компенсаторном потенциале как важнейшей функции организма.

Адаптационно-компенсаторный потенциал — это объем адаптационно-компенсаторных возможностей, имеющийся у конкретного индивидуума и трансформирующийся по мере развития предболезненных, а затем и болезненных феноменов, позволяя индивидууму адаптироваться к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды.

Адаптационно-компенсаторный потенциал является интегральным понятием, включающим специфические адаптационные ресурсы индивидуума: внутренние (биологические и личностные) и внешние — средовые.

Биологический адаптационно-компенсаторный потенциал — это совокупность морфофункциональных базовых саногенных механизмов пациента, обеспечивающих возможность сохранения определенного образа жизни индивидуума в конкретных условиях изменившейся внутренней и внешней среды.

Психологический адаптационно-компенсаторный потенциал. В последние годы психологами активно разрабатывается и подробно освещается в психодинамических, когнитивно-поведенческих и других современных направлениях психологии понятие «адаптационный потенциал личности» или «личностный адаптационный потенциал» (Коновалова Н. Л., 2000; Посохова С. Т., 2008; Добряк С. Ю., 2004; Богомоллов А. М., 2008), центральной инстанцией которого является структура «Я», обеспечивающая согласование многообразных психических функций, управление ими, сохранение индивидуальности человека на всем протяжении его жизненного пути (Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф., Богданова Л. В., 2010).

Именно в этом направлении видится особый смысл, который может объяснить многие феномены человеческой природы, его физического и психического состояния, его здоровья (Ярзуткин С. В., 2001). Согласно концепции А. М. Богомоллова, *личностный (психологический) адаптационный потенциал* (синоним — адаптивный потенциал) — это способность личности к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств, повышающая ее организованность и устойчивость. Автор выделяет следующие уровни личностных адаптационных ресурсов: индивидуальный, субъектно-деятельностный, личностный.

Индивидуальный уровень определяют энергетический (психофизиологические характеристики) и когнитивный (познавательные процессы) компоненты. Субъектно-деятельностный уровень характеризуется инструментальными и творческими способностями. Личностный уровень определяют мотивационные и коммуникативные ресурсы. При этом А. М. Богомоллов рассматривает механизмы совладания (копинг) и механизмы психологической защиты как

способы регуляции адаптационных ресурсов и одновременно как способ их организации в структуре адаптационного ответа. Мы полагаем, что в случае развития заболевания к этому следует добавить механизмы внутренней картины болезни как проявления психологической защиты.

В целом понятие о психологическом адаптационном потенциале (адаптационном потенциале личности) является необходимой и существенной основой для понимания психологических механизмов развития психических расстройств. Базовыми характеристиками для этого являются имеющиеся у человека потребности сберечь и сохранить социальные достижения и позиции, а в случаях их утраты — предпринять усилия к их восстановлению (Семенова Н. Д., 2009; Семенова Н. Д., Гурович И. Я., 2014), а также относительно устойчивое стремление пациента к преодолению болезни, отражающее степень его готовности и возможности для реализации своих личностных и социальных потребностей.

Изучение психологического адаптационного потенциала (адаптационного потенциала личности) предусматривает анализ характеристик, представляющих структуру личности, особенностей их соотношения как между собой, так и с внешними факторами, а также, с нашей точки зрения, — их роль в формировании «структурного дефицита» и/или интрапсихического конфликта и личностных защитных образований. Этим вопросам уделяется много внимания различными психологическими школами, из числа которых психодинамические и когнитивно-поведенческие являются наиболее продуктивными в современном понимании биопсихосоциальной природы психических расстройств и методов их коррекции.

Средовой (внешний) адаптационно-компенсаторный потенциал — это степень имеющихся у пациента возможностей, обеспечивающих адекватный характер его взаимодействия с социальным окружением и соответствия реальным жизненным требованиям.

Создаваемое в рамках модели «уязвимость — диатез — стресс — заболевание» целостное понимание болезни связано с представлением об интегративном (биологическом, психологическом и социальном) комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, а не только его адаптации к изменяющимся условиям среды, как считал И. В. Давыдовский (1962). В частности, результаты взаимодействия патофизиологических и психологических адаптационно-компенсаторных механизмов (Березин Ф. Б., 1988), лежащие в основе психопатологических проявлений заболевания и психологических характеристик внутреннего мира пациента, одновременно отражаются на формировании его социальной компетенции, предопределяющей в значительной степени успешность социального функционирования больного.

Комплекс адаптационно-компенсаторных реакций организма выступает в динамической взаимосвязи трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологических, психологических и социальных, чему посвящено немало исследований (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1998, 1999; Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004). Характерные особенности самих факторов и их взаимодействия заключаются в следующем. В одних случаях они способствуют развитию или рецидивированию заболевания, мешают восстановлению пациента. Так, при недостаточности (истощении) компенсаторно-адаптационных механизмов происходит прорыв барьеров адаптации, за чем может следовать манифестация заболевания (Александровский Ю. А., 1976), при этом формирование негативной психопатологической симптоматики связано преимущественно с адаптационными, а позитивной — с компенсаторными механизмами. В других же случаях констелляция этих глобальных факторов (биологических, психологических и социальных) препятствует ухудшению состояния и помогает больному использовать все его резервные возможности адаптации (Belsky J., Jonassaint C., Pluess M. [et al.], 2009; Belsky J., Pluess M., 2009).

Сказанное со всей определенностью сделало необходимым использование холистического подхода при диагностике психических расстройств.

Глава 3

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Греческое слово «холон» (от др.-греч. $\lambda\omicron\varsigma$) переводится как «цельность» или «целостность». В узком смысле под «холизмом» понимают «философию целостности», разработанную южноафриканским философом Я. Смэтсом, который ввел этот термин в 1926 г. (Философский энциклопедический словарь, 1983). Холизм в широком смысле — позиция в философии и науке по проблеме соотношения части и целого, исходящая из качественного своеобразия и приоритета целого по отношению к его составляющим (Никифоров А. Л., 2001).

В психологии под холизмом понимается любой подход, где акцент делается на целостной личности, а не на ее составных частях (Психологическая энциклопедия, 2006). Последователи холистического подхода считают, что для понимания различных заболеваний нельзя изолированно исследовать расстройство одного органа или системы; современный холистический подход основан на представлении, что не только все органы человеческого тела, но и физические, ментальные, эмоциональные и духовные аспекты в человеке неразрывны и взаимосвязаны.

Холистический подход в области психического здоровья дает возможность более широкого, многогранного и целостного понимания природы человека, ориентируя врача не только на учет, но и на анализ взаимодействия физических, психических и социальных факторов, влияющих на функциональное состояние пациента, и предполагает постановку **биологического, психологического, социального и функционального** диагнозов (рис. 1).

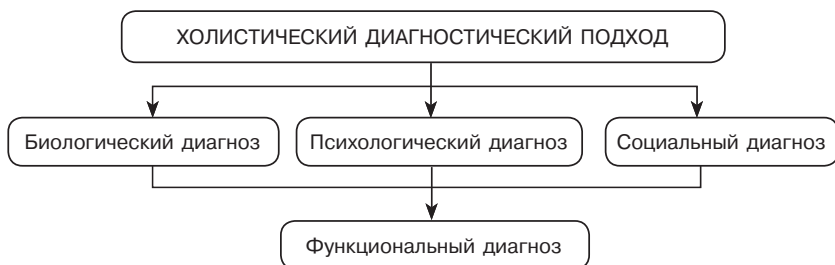


Рис. 1. Схема холистического диагностического подхода

Холистический подход вынуждает психиатров, при всей относительности диагностических оценок, стремиться как можно полнее выявить все особенности анамнеза и текущего состояния пациента, проанализировать динамику заболевания, учесть данные грамотного и всестороннего психологического и соматического обследования и характеристики социального окружения больного, чтобы сформулировать целостное представление о пациенте и определить стратегию и тактику программы его лечения и реабилитации. Иными словами, холистический подход позволяет разработать действенную программу персонализированной терапии каждого пациента и предполагает использование не только индивидуально обоснованных психофармакотерапевтических препаратов, но также — видов психотерапевтических интервенций и социотерапевтических мероприятий, базирующихся на адекватном соотношении удельного веса различных форм специализированной медицинской помощи в зависимости от этапов течения психических расстройств.

3.1. Биологический диагноз

Биологический (психопатологический) диагноз — это характеристика клинически наблюдаемых психопатологических картин психического состояния пациентов, характеризующихся типичностью и повторяемостью, что позволяет рассматривать их как проявления болезни, фиксируемые в современных классификациях психических расстройств. В биологическом диагнозе, как нам представляется, целесообразно различать базовые биологические характеристики, а также формирующиеся на их основе преморбидные, «переходные» и морбидные характеристики (рис. 2).

Базовые характеристики являются основой биологической адаптации индивида и в той или иной степени задействованы во всех звеньях этиопатогенеза психических заболеваний. Базовые характеристики обуславливают взаимосвязь нервной (генетически детерминированной с возможными органическими «наслоениями»), иммунной и эндокринной систем, интегрированных в функциональную общность, обеспечивающую поддержание динамического гомеостаза и целостности организма. Однако тесная их взаимосвязь означает высокий риск нарушения функции всех трех систем независимо от локализации первичного патологического процесса в одной из них.

К базовым характеристикам относятся:

1. **Генетический фактор** — наследственно детерминированный, определяющий вероятность возникновения заболевания.



Рис. 2. Схема биологического диагноза

2. Органический фактор. Исследования резидуальных церебрально-органических поражений (церебральная травма; соматическая патология; длительная интоксикация, связанная с употреблением психоактивных веществ; воздействие инфекционных агентов

и др.) свидетельствуют, что органическая «почва» может выступать в качестве:

- патогенетического фактора (имеющего самостоятельное значение: например, при выраженных формах органической парциальной психической незрелости);

- патопластического или патокинетического фактора (видоизменяющего основные клинико-динамические параметры заболевания при нерезко выраженных психоорганически-церебрастенических расстройствах);

- «предиспонирующего» («преципитирующего») фактора, способствующего формированию иной патологии.

3. Иммуно-эндокринный фактор. Установлено, что нарушения биологической адаптации могут быть связаны с недостаточностью врожденного иммунитета, что приводит к прорыву «порога уязвимости» и появлению признаков психического диатеза, а в дальнейшем — к появлению манифестных форм заболевания (Бутота Б. Г., 2008). Имеются также наблюдения, свидетельствующие, что тяжелая эндокринная патология при аутохтонных психических заболеваниях является редкостью, а преобладают транзиторные, рудиментарные и полиморфные расстройства, которые занимают промежуточное положение между нормой и патологией и выявляются с помощью определенных функциональных проб и нагрузок (Жислин С. Г., 1962). Это позволяет говорить о неблагоприятной эндокринной почве у данной группы больных, которая может играть роль триггера, запускающего сложный биологический процесс, ведущий к манифестации психической патологии.

Преморбидные характеристики отражают понятие о «практическом психическом здоровье», которое, наряду с представлением об успешно функционирующей психике, включает в себя и признание наличия той или иной степени уязвимости к психическим расстройствам. Как подчеркивает Т. Б. Дмитриева (2007), «статическое понимание клиники психических расстройств давно признано недостаточным и даже ошибочным. <...> Любое психическое заболевание протекает на фоне продолжающегося психобиологического созревания, которое, с одной стороны, нарушается под влиянием болезненного процесса, а с другой — определяет ресурсы психики, влияя на клиническое оформление».

Под воздействием стрессоров (психогенных или физиологических), которые имеют триггерную функцию, уязвимость может «материализоваться» в виде различных субклинических проявлений психического диатеза. Это означает переход от состояния «нормы» к состоянию «предболезни», которое, в свою очередь, является пограничным между «практическим здоровьем» и областью «пограничной психиатрии».

Вопрос о прогностическом значении этих преморбидных расстройств и о степени риска развития психического заболевания при их выявлении остается одним из наиболее спорных в психиатрии. Клиническая сущность этих феноменов и их отношение к развивающемуся впоследствии заболеванию трактуются весьма противоречиво в силу неоднозначного понимания структуры доболезненного периода и определения собственно начала заболевания. Это обстоятельство способствовало поляризации точек зрения: одни авторы рассматривают эти нарушения как выражение уже начавшегося психоза, другие же полностью отрицают их связь с развившимся впоследствии заболеванием.

Изучение этой проблемы привело исследователей к представлению о диатезе, который «в широком смысле есть состояние риска или промежуточное между нормой и патологией состояние» (Козловская Г. В., Калинина М. А., 2013). В связи с этим представляется оправданным стремление большинства исследователей при изложении клинических параметров психических расстройств указывать на преморбидные (в том числе личностные и конституционально-биологические) особенности, характеризующие состояние пациентов в этот период.

Мы исходим из того, что наиболее существенная информация, свидетельствующая о преморбидных адаптационных возможностях пациентов, входит составной частью в содержание так называемого психического диатеза.

Психический диатез. Двумя специфическими вариантами психического диатеза являются психопатологический диатез и психосоматический диатез.

1. Психопатологический диатез¹. К психопатологическому диатезу (Циркин С. Ю., 1995, 1998; 2012; Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004; Шейнина Н. С., Коцюбинский А. П. [и др.], 2008) относят различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы. По сути, это характеристика той предиспозиции, которая в известной мере определяет как вероятность возникновения психического заболевания, так и его дальнейшее течение и даже ожидаемый прогноз, что непосредственно отражается на представлениях о возможностях функционального восстановления пациентов. С нашей точки зрения, явления психопатологического диатеза представлены на протяжении всего спектра пси-

¹ Раздел «Психопатологический диатез» написан совместно с кандидатом медицинских наук Н. С. Шейниной.

хических расстройств от самых ранних признаков нарушения психической жизни (в форме донозологических проявлений), зачастую отставленных от манифестации эндогенного психоза длительным периодом благополучия, до пограничных состояний, находящихся в непосредственной близости от эндогенных психозов в континууме «здоровье — психоз» (Шейнина Н. С. [и др.], 2008).

Критерии, позволяющие диагностировать психопатологический диатез, следующие:

1) наличие психопатологической симптоматики непсихотического уровня, находящегося в регистре от нормы до расстройств личности;

2) наличие различной степени психической дезадаптации обрательного характера;

3) наличие признаков тропности, но не специфичности по отношению к эндогенным (аутохтонным) психозам.

Многие исследователи относят к области психопатологического диатеза также проявления психического дизонтогенеза. По наблюдению М. В. Вандыша (2008), выраженность психического дизонтогенеза, схожего с начальными симптомами шизотипического расстройства, в раннем детстве достигает 74,7 %. Поэтому понятно включение в систему оценки преморбидного состояния пациента показателей нарушенного развития (психического дизонтогенеза) в форме:

а) асинхроний развития (включая личностный инфантилизм в его «мягком» клиническом проявлении);

б) аномалий развития (включая диссоциированное развитие);

в) дефектов развития (варианты задержек и поврежденного развития в виде грубых необратимых нарушений) (Макушкин Е. В., 2007).

Выводимое нами положение о психопатологическом диатезе является логическим продолжением не только идей об «уязвимости» будущих психически больных (Zubin J., Spring B., 1977), предшествующей манифестации психоза (Chung R., Langeluddecke P., Tennant C., 1986), но и представлений о нем как о состоянии предболезни, определяемом нервно-психической дезинтеграцией (дефицитностью и диссоциированностью) различных сфер психики (Козловская Г. В., Горюнова А. В., 1986), как о характеристике шизоидной и дисгармоничной личности (Снежневский А. В., 1972), клинически проявляющейся в личностной (на уровне акцентуации), реактивной, фазной и недифференцированной формах (Циркин С. Ю., 1995; 1998). Проявляясь в виде различных невропатических (Сухарева Г. Е., 1974), депрессивных (Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., 2010), психовегетативных (Северный А. А., 2004) симптомов или даже оцениваясь в рамках «шизотипического» диа-

теза (Козловская Г. В., 1995), они, с точки зрения R. Chung, P. Lange-luddecke, C. Tennant (1986), имеют общий вектор: предшествование манифестации психоза.

В 1980-х гг. впервые была обоснована (доказана с применением адекватных математических моделей) концепция клинической и патогенетической сущности эпизодических психопатологических дисфункций как проявлений диатеза, представляющего собою предболезнь. Н. С. Шейниной (1985) было показано, что эпизодические нервно-психические дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией не являются нозоспецифическими феноменами, поскольку сходные расстройства были обнаружены в контрольных группах больных неврозами и практически здоровых лиц. Вместе с тем у больных шизофренией дисфункциональные состояния в анамнезе встречались достоверно чаще и в ряде случаев отличались качественным своеобразием и относительно более грубыми проявлениями. Разделяя «ранние» и «поздние» проявления дисфункциональных состояний у больных шизофренией, Н. С. Шейнина выявила, что в периоде ремиссии у больных с «ранними» дисфункциональными состояниями отмечалась достоверно меньшая выраженность негативной симптоматики, чем у больных с поздними дисфункциональными состояниями. Таким образом, группа более редких «поздних» дисфункциональных состояний имела худший прогноз, чем группа более частых «ранних». Также статистически достоверна и большая представленность лиц, имевших по два и более дисфункциональных состояния, в группе больных шизофренией по сравнению с контрольными группами.

То обстоятельство, что дисфункциональные состояния не являются нозоспецифическими нарушениями, представляется веским аргументом в пользу неправомочности их отнесения в разряд процессуальных расстройств. Кроме того, психопатологические дисфункции нельзя признать проявлениями болезни, поскольку они не выходят за рамки субклинических, донозологических расстройств, однако отнести их к вариантам нормы также не представляется возможным, так как нарушение адаптации все же происходит, а в части случаев следует даже обращение к врачу и констатация патологического состояния.

Следовательно, нервно-психические дисфункции занимают промежуточное положение между нормой и болезнью. Они свидетельствуют о повышенном риске психического заболевания, но не дают оснований для диагностирования текущего процесса. Совокупность этих особенностей соответствует понятию «предболезнь». Это состояние может стать «переходным» от нормы к болезни, но может и остаться максимальным проявлением нервно-психических нару-

шений, если повышенный риск заболевания так и не будет реализован на протяжении всей жизни индивидуума.

Позднее психопатологический диатез стал изучаться не только относительно шизофрении, но и других эндогенных расстройств. В частности, этому посвящены концептуальные разработки С. Ю. Циркина (1995; 1998).

По признаку динамики мы выделяем три основные формы психопатологического диатеза: *эпизодическую, фазную и константную*.

Эпизодический диатез представлен различными относительно короткими дисфункциональными состояниями, характеризующимися неглубоким уровнем психопатологических нарушений и отставленностью от начала аутохтонного развития болезни.

К *ранним проявлениям* эпизодической формы психопатологического диатеза (выявляющимся обычно до 7-летнего возраста) относятся:

1) психомоторные нарушения в виде гипердинамического синдрома, различных навязчивых движений, заикания и т. п.;

2) неспецифические расстройства сна: трудности засыпания, поверхностный сон, кошмарные сновидения, сногворения;

3) сверхценные страхи:

а) так называемые «детские» фобии — темноты, незнакомых предметов, чужих людей, одиночества, реальных (собаки, «чужие дяди» и т. п.) и фантастических (персонажи сказок) объектов;

б) своеобразные по фабуле фобические переживания (боязнь змей на картинках, страх боя курантов, пожара, внезапного начала войны или «конца света», боязнь реального захода солнца или страх исчезновения солнца в будущем, приступообразные страхи неминуемой собственной смерти или смерти родителей, страхи конечности жизни на Земле и т. п.).

4) «аффектотропные» — внешне немотивированные спады настроения и активности: астенические состояния длительностью от нескольких дней до 2 мес., спонтанно проходившие, без суточных колебаний и вегетативных нарушений, с последующим многолетним периодом благополучия.

Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза (возникающие, как правило, в школьные годы) включают в себя:

1) диссомнические — особые формы нарушения сна: снохождение, внезапные пробуждения с чувством страха и ощущениями «полета в пропасть», «умирания» (от ночных страхов отличаются отсутствием изменения сознания и последующей амнезии);

2) шизотропные — эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психотических расстройств: парейдолии, элементарные слуховые обманы, локальные сенестопатии.

тии, метаморфозии и другие элементарные расстройства восприятия; деперсонализационно-дереализационные расстройства, эпизоды своеобразной интеллектуальной несостоятельности; сверхценные идеи сенситивного характера у подростков.

3) аффектотропные — внешне немотивированные спады настроения и активности: астенические состояния длительностью от нескольких дней до двух месяцев, спонтанно проходившие, без суточных колебаний и вегетативных нарушений, с последующим многолетним периодом благополучия.

Фазная форма психопатологического диатеза — проявления реактивной лабильности: психогенно обусловленные непродолжительные изменения самочувствия и поведения, но с чрезмерным «масштабом» реагирования относительно вызвавшей их причины.

В дошкольном возрасте — астено-дистимические (субдепрессивные) эпизоды: резкое ухудшение сна и аппетита, плаксивость, раздражительность. В школьном и более старшем возрасте — психосоматические и конверсионно-диссоциативные нарушения.

Такого рода непродолжительные изменения самочувствия и поведения причинно обусловлены психотравмирующими факторами: угрозой развода родителей, переводом в другой коллектив, попыткой изнасилования, нападением собаки и т. п. В одних случаях психотравмой служили внезапные и сильно пугавшие ребенка события, в других — длительные стрессовые ситуации, заставлявшие жить в постоянном напряжении и тревожном ожидании и приводящие в конце концов к нервным срывам. Нередко в характере невротических нарушений четко прослеживался их защитный механизм.

Субаффективные фазы, сочетающиеся с астенией и нарушениями сна, выступают при этом в виде стертых вялодинамических соматизированных или невротических субдепрессий, субъективно расцениваемых как «периоды переутомления». Эти состояния включают obsessивные и фобические явления, а также кратковременные или более затяжные (до 2 мес.) дистимические, гипотимические состояния без признаков интеллектуального торможения, но с раздражительностью, угнетенностью, плаксивостью, ощущением физического нездоровья либо тревожным аффектом. Аффективный фон характеризуется неустойчивостью, в силу чего возможны неожиданные, хотя и кратковременные улучшения состояния с последующим их «спадом».

Константная форма психопатологического диатеза (Кочубинский А. П., 1999) — личностно транстипологическая (т. е. проявляющая при различных личностных особенностях индивидуума) совокупность характерологических признаков нервно-психической дезорганизации, определяющих «личностные стили» инди-

видуумов. При анализе данных о преморбидном периоде больных шизофренией была обнаружена связь особенностей проявлений константной формы диатеза с некоторыми клиническими характеристиками развившегося впоследствии заболевания, что подтвердило правомочность отнесения этих феноменов в разряд проявлений психопатологического диатеза. Об этом свидетельствуют и наблюдения С. Н. Мосолова (2008), отметившего у будущих пациентов некоторые признаки когнитивной и «мягкой» негативной (дефицитарной) недостаточности, что является показателем слабости адаптивных механизмов уже в преморбидном периоде.

Кроме того, А. А. Чумаченко (2003) были выявлены связи между определенными видами психопатологического диатеза и особенностями характера, что представляется вполне логичным в силу явного сходства содержания характерологических особенностей и конкретных проявлений константной формы психопатологического диатеза и свидетельствует об условности раздельного рассмотрения этих феноменов.

Учитывая то обстоятельство, что все варианты константного диатеза были выделены независимо от изучения характерологических особенностей исследуемых, полученные данные о схожести проявлений константного диатеза по некоторым важным параметрам (а в ряде случаев и полной его тождественности) с особенностями личности являются веским аргументом в пользу гипотезы о возможности трактовки расстройств личности как верифицированного психопатологического диатеза. «Если «психопатические» проявления, — отмечает С. Ю. Циркин (2012), — занимают ведущее место в клинической картине диатеза, правомерно говорить о его психопатической форме».

Кроме того, исходя из анализа клинической реальности, можно считать обоснованным, что наиболее общими, базовыми для «личностных стилей», особенно в детском возрасте, являются не расстройства личности (клиническое оформление которых происходит не в раннем детском, а в более позднем периоде), а выделенные Г. В. Козловской и М. А. Калининой (2013) признаки *нервно-психической дезинтеграции*.

Эти характеристики, будучи «транстипологическими» (Циркин С. Ю., 1998), доступны для изучения с использованием математических моделей анализа и позволяют исследовать весь спектр разнообразных по феноменологии и тяжести проявлений личностных расстройств.

При константной форме нервно-психической дезинтеграции (психопатологическом диатезе) выделяют:

А. Динамические признаки нервно-психической дезинтеграции, предшествующие формированию константных характеристик.

1. Дисгармоничность выражается в несоответствии паспортного возраста ребенка его настоящему психофизическому состоянию (динамический признак).

2. Дисрегулярность характеризуется непоследовательностью смены одного этапа развития другим: остановки, скачки, одновременное опережение одних и задержка развития других психических функций и др. (динамический признак).

Б. Константные признаки нервно-психической дезинтеграции.

1. *Диссоциированность* — «расщепление» различных сфер психики (Козловская Г. В., Калинина М. А., 2013), несогласованность потребностей, способностей, установок и поведения в разных сферах психической жизни. Это проявляется в:

а) противоречивости характерологических черт (например, интровертированности со стремлением к лидерству);

б) несоответствии субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения (например, декларируемой стеснительности со стеничным поведением), рассогласовании между поступками или образом жизни индивида, с одной стороны, и «характерологическими чертами» — с другой;

в) неравномерности уровня развития различных сторон психики (например, эмоциональной недифференцированности и интеллектуальной одаренности; затруднений в сфере логического или математического интеллекта при хорошем или даже опережающем развитии вербального интеллекта);

г) несоответствии чрезмерно развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности (повышенная впечатлительность, живость воображения, эмоциональная неустойчивость) внешней сдержанности в проявлении эмоций.

2. *Дефицитарность* — сглаженность психического развития (Козловская Г. В., Калинина М. А., 2013), тотальная или парциальная ущербность психики.

Тотальная дефицитарность, при которой недостаточность отмечается в большинстве сфер социального функционирования:

— явления психического инфантилизма — относительно равномерно выраженная задержка развития как в сфере эмоционально-волевых проявлений, так и в сфере суждений, оценок и способностей к синтезу, критическому осмыслению ситуации и самого себя (Цуцельковская М. Я., Минскер Э. И., Пекунова Л. Г., 1975); клинически некритичность устанавливается в связи с непродуманностью тех конкретных жизненных аспектов, которые объективно значимы для индивидуума и в силу этого требуют должного понимания, причем недопонимание реальности происходит не в связи со снижением интеллекта, а вследствие игнорирования объективности и придания

неадекватно большого значения субъективным представлениям и мотивам (Циркин С. Ю., 2012);

— пассивность всех психических проявлений, слабость побуждений при определенной эмоциональной нивелированности — так называемые «образцовые личности», «пассивные шизоиды», «дефицитарные личности» (Цупульковская М. Я., Пекунова Л. Г., Михайлова В. А., 1977).

Парциальная дефицитарность, при которой наиболее существенной является дефицитарность в следующих сферах:

— интеллектуальной — задержка в речевом развитии, избирательная интеллектуальная дефицитарность: неравномерность развития с элементами дисграфии, дислексии, дислалии, дискалькулии; резко различающиеся способности к математическим, гуманитарным и естественным предметам, преподаваемым в школе;

— эмоциональной — врожденная слабая насыщенность и дифференцированность эмоциональных переживаний; эмоциональная бледность, невысокая амплитуда аффективных реакций, в результате чего эмоциональные отношения близки к равнодушию, влечения слабы, собственное положение в микросоциуме и порядок вещей в окружающей жизни не вызывают ни удовольствия, ни досады (Циркин С. Ю., 2012);

— «энергетической» — задержка в развитии моторики; снижение интенсивности побуждений; легкая степень безынициативности; некоторая общая заторможенность;

— коммуникативной — страх перед общением, трудность вхождения в любой коллектив; отсутствие длительных, прочных дружеских связей; отсутствие постоянных компаний; неумение поддерживать беседу, особенно по телефону;

— сексуальной — сексуальная ретардированность при социальной зрелости, страх перед представителями противоположного пола и половыми отношениями.

Как видно из содержания, вкладываемого в понятие базовой составляющей константной формы диатеза, среди перечисленных расстройств нет несовместимых, и комбинирование разных составляющих — обычное явление.

Таким образом, к проявлениям константной формы диатеза особенности личности можно отнести только в том случае, если они сопровождаются несомненными проявлениями диссоциированности и/или дефицитарности различных аспектов функционирования индивидуума. При этом, как свидетельствуют проведенные нами исследования, при любом варианте константной формы психопатологического диатеза могут наблюдаться как специфические (для данного типа расстройства личности), так и неспецифические реак-

ции и состояния в виде различных проявлений эпизодической и промежуточной формы психопатологического диатеза.

Такое понимание психопатологического диатеза расходится с точкой зрения исследователей, принадлежащих к школе А. Б. Смуглевича (Смуглевич А. Б., Волель Б. А., 2004), которые, разделяя все расстройства личности на два ряда («прототипические» и «расстройства личности с явлениями психопатологического диатеза»), считают, что явления психопатологического диатеза свойственны только «непрототипическим» (т. е. шизотипическому и пограничному) расстройствам личности, а также невропатической конституции и что только им «свойственны повышенная готовность к манифестации психопатологических симптомокомплексов и <...> широкий спектр временных, обратимых расстройств как психогенного, так и эндогенноморфного (шизотипического и аффективного) круга». Такая точка зрения минимизирует представление об уязвимости будущих психически больных и касается лишь некоторых статичных характеристик диатеза.

Вопрос о прогностическом значении этих расстройств и о степени риска развития психического заболевания при их выявлении остается одним из наиболее спорных в психиатрии. Клиническая сущность этих феноменов и их отношение к развивающемуся впоследствии заболеванию трактуются весьма противоречиво в силу неоднозначного понимания структуры доболезненного периода и определения собственно начала заболевания. Это обстоятельство способствовало поляризации точек зрения: одни авторы рассматривают эти нарушения как выражение уже начавшегося психоза, другие же полностью отрицают их связь с развившимся впоследствии заболеванием.

Проведенное нами исследование показало следующее. Количественные и качественные отличия нервно-психических дисфункций в анамнезе больных шизофренией и в контрольных группах и установление статистических отношений зависимости между различными типами дисфункциональных состояний и некоторыми клиническими характеристиками процесса позволили верифицировать изучаемые расстройства как показатель активизации ранее скрытых патогенетических механизмов в стадии предболезни — т. е. как проявления диатеза.

Сравнительное исследование психопатологического диатеза в группах больных шизофренией и аффективными расстройствами позволило сделать вывод, что уже на этой предболезненной стадии прослеживаются тенденции к циклоидности в одних случаях и диссоциации — в других, что можно рассматривать как доманифестные проявления циркулярности или схизиса.

При этом у будущих больных шизофренией участие личности в патогенезе и патофизиологии диатеза весьма ограничено, отчего клиническая картина проявлений диатеза оказывается преимущественно личностно независимой. Преморбидно присущая большинству из этих пациентов константная форма диатеза выражается в диссоциированности, ретардации и энергетическом дефиците. По-видимому, и то, и другое суть *доклинические проявления схизиса*.

У будущих больных с аффективными расстройствами картина психопатологического диатеза оказывается принципиально иной, а именно — личностно зависимой (фазная форма в виде реактивной лабильности и «поздняя» аффектотропная в виде спадов активности и настроения). При этом аффективные колебания как проявления циклоидного характера практически неотличимы от гипотимических и астено-гипотимических проявлений диатеза. Такого рода сочетание проявлений диатеза и личностных особенностей является общим проявлением циклоидных свойств личности, т. е. — *доклинических проявлений циклоидности*.

В случае уже развившегося психического заболевания, особенно на ранних его стадиях, знание особенностей психопатологического диатеза у конкретного больного позволяет судить о перспективах клинического и социального восстановления пациента. Так, Ю. В. Мельниковой (2008) было показано значение психопатологического диатеза для последующего социального функционирования больных; при этом роль психопатологического диатеза оказалась тем более значимой, чем меньшей была прогредиентность развившегося заболевания.

2. Психосоматический диатез. Данные литературы и собственные клинические наблюдения позволяют предположительно сделать следующие выводы.

1. Существует категория лиц с конституционально (биологически) обусловленной уязвимостью к расстройствам психосоматического спектра (Сторожаков Г. И., Шамрей В. К. [и др.], 2014), под которой мы понимаем клинически не выявляемое снижение толерантности определенных соматических систем организма к стрессовым воздействиям. А. Б. Смулевич (2006, 2009а, 2011б) также развивает концепцию о врожденной аномалии соматопсихической сферы, т. е. по сути — о *преморбидной психосоматической уязвимости* пациентов. Как отмечают Г. И. Сторожаков, В. К. Шамрей [и др.] (2014), «совокупность факторов, формирующих предрасположенность к формированию психосоматических нарушений, можно распределить на биологические, психологические, социальные. При этом следует отметить, что предрасположенность всегда имеет системный характер. В некоторой степени вероятность формирова-

ния психосоматических нарушений ... максимальна при наличии биологических факторов предрасположенности».

2. Под влиянием стрессовых (психических и/или соматических) воздействий у лиц с уязвимостью к расстройствам психосоматического спектра развиваются различные клинически выявляемые психосоматические реакции (сопровождающиеся соматовегетативными, эндокринными и иммунными функциональными сдвигами), для которых характерно отсутствие морфологических изменений, соответствующих соматическим жалобам пациентов. С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков (2001) впервые высказали предположение о существовании своеобразного *психосоматического диатеза*, который при наличии декомпенсирующих стрессовых факторов «играет существенную роль в манифестации психосоматических заболеваний или соматоформных расстройств с тенденцией к невротическому или психопатическому развитию личности». Фактически об этом же говорится в работах П. И. Сидорова, А. Г. Соловьева и И. А. Новиковой (2006), подчеркивавших наличие типологических психосоматических особенностей личности, которые характеризуются параметрами, связанными с наследственной предрасположенностью и обуславливающими «индивидуальную реакцию на психоэмоциональный стресс, <...> способствуя тем самым возникновению у них определенных соматических заболеваний».

С точки зрения П. И. Сидорова и И. А. Новиковой (2010), психосоматический диатез — это «нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние». Эти дисфункциональные состояния могут быть квалифицированы как проявления психосоматического диатеза; их появление знаменует наступление этапа предболезни (в понимании этого понятия, данного С. Б. Семичовым, 1987). При этом «процесс адаптации присутствует на всех этапах формирования психосоматических расстройств, являясь их динамической основой ...(и) представляет собой не резкий переход, а более или менее широкий спектр с довольно большим числом переходных вариантов. Эта переходная зона определяется как предболезненное состояние» (Сторожаков Г. И., Шамрей В. К. [и др.], 2014). Как отмечает А. А. Северный [и др.] (1998), психовегетативный (психосоматический) диатез проявляется многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенностью как к психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам.

Мы полагаем, что психосоматический диатез, как и психопатологический, может иметь следующие формы:

1. Эпизодическая.
2. Фазная.
3. Константная.

Эпизодический психосоматический диатез представлен различными соматизированными кратковременными реакциями, проявляющимися в виде отдельных соматических дисфункций:

- а) эпизоды сосудистой дистонии, сердечной дизритмии;
- б) склонность к проявлениям неадекватных вазомоторных реакций (покраснение, бледность), психогенных эритематозных пятен, стойкого красного, иногда спонтанного дерматографизма;
- в) склонность к проявлениям психогенного гипергидроза, психогенных головных болей;
- г) эпизоды нервного кашля и нервной икоты, тимопатического головокружения;
- д) склонность к появлению мышечных болей в покое и при напряжении, психогенных невралгий, спазмов скелетных мышц;
- е) эпизодически или сезонно повторяющиеся аллергические и псевдоаллергические реакции, возобновляющиеся под влиянием разных внешних факторов.

Фазный психосоматический диатез характеризуется наличием:

- реактивной лабильности, проявляющейся более длительными, чем при эпизодическом диатезе, и более спонтанными соматизированными феноменами;
- возникновением на высоте соматизированных феноменов проявлений витальной тревоги и танатофобии с последующим отчетливым периодом относительного благополучия.

Константный психосоматический диатез характеризуется совокупностью акцентуированных соматоперцептивных черт индивидуума (соматоперцептивная акцентуация), которые представляют собой личностно транстипологический (т. е. проявляющийся при различных личностных особенностях индивидуумов) психосоматический феномен, рассматриваемый А. Б. Смулевичем (2006, 2009а) в континууме *гипо-/гиперкоэзнестезиопатии* (прототипического расстройства телесного чувства).

Определение «коэзнестезиопатия» является производным от термина «коэзнестезия», впервые введенного J. Ch. Reil (1805), и обозначает нарушение соматопсихической сферы, относящееся к расстройствам общего чувства тела и включающее протопатические, гаптические и витальные ощущения, а также опосредование физиологических и патологических процессов, происходящих в организме.

При этом соотношение идеаторной представленности в сознании индивидуума имеющихся патологических телесных перцепций (телесного чувства) и объективно наблюдаемых у него соматовегетативных сдвигов (телесной объективности), т. е. соотношение между

субъективным и объективным может быть «искажено», что обозначается как проявление «психосоматической пропорции» (Березанцев А. Ю., 2011).

Имеются две формы феномена константного психосоматического диатеза (соматоперцептивной акцентуации).

1. «Проприоцептивный диатез» (Rado S., 1953), невропатический диатез (Смулевич А. Б., 2009а), выступающий в качестве гиперкознестезиопатического полюса психосоматической пропорции и проявляющийся как склонность индивидуума к альтернирующим полисистемным, синдромологически незавершенным органоневротическим симптомам и вегетативным расстройствам со стороны внутренних органов (Эго-дистонное отношение к различным телесным ощущениям):

- признаки метеопатии;
- субфебрилитет неясной этиологии;
- проявления ортостатизма (ощущение слабости, «потемнение» в глазах, звон в ушах, склонность к обморокам или дурноте при изменении положения тела из положения сидя или лежа в положение стоя);
- заметная сенсibilизация к инфекционным агентам, аллергенам и пр.

На фоне «проприоцептивного» или невропатического диатеза при наличии соматической патологии формируется *маскированная ипохондрия* (Ladee G. A., 1966). Последняя, как отмечает А. Б. Смулевич (2006, 2009а), проявляется в том, что пациенты устанавливают «партнерские» отношения с соматической болезнью (Эго-синтонное отношение к болезни), вследствие чего живут по принципу «двойной бухгалтерии»: с одной стороны, следуют врачебным рекомендациям, регулярно проводят необходимые лечебные и профилактические процедуры; с другой — демонстрируют преодолевающий стиль поведения (ведут активный, «без скидок» на состояние здоровья, не отличающийся по нагрузкам от доболезненного, образ жизни, т. е. продолжают работать, сохраняют в большинстве случаев физическую активность), что связано со снижением уровня телесной перцепции (непосредственного активного когнитивного отражения индивидуума болевых ощущений и других проявлений соматической патологии). В качестве жизненного кредо выдвигается идея достижения вопреки болезни прежнего высокого уровня социального функционирования.

2. *Сегментарная деперсонализация* (Ladee G. A., 1966), выступающая в качестве гипокзнестезиопатического полюса психосоматической пропорции и проявляющаяся как:

- дефицит телесного самосознания (антиипохондрия);

— наличие признаков психической анестезии и редукции/отсутствия сознания своего телесного «Я» (Эго-дистонность по отношению к телесному «Я»),

— снижение чувствительности к боли и другим мучительным телесным страданиям;

— психическая ареактивность («упругость» по: R. A. Druss [et al.], 1988; — цит. по: А. Б. Смулевич, 2009а) к проявлениям соматических катастроф (соматической болезни).

На фоне сегментарной деперсонализации (Ladee G. A., 1966) при наличии соматических расстройств формируются следующие варианты ипохондрического развития:

А) *Паранойальное ипохондрическое развитие:*

1) идеи изобретательства (разработка собственных парамедицинских методов лечения, сопровождающихся иногда аутодеструктивными действиями);

2) сутяжничество: рентные (требование компенсации ущерба, причиненного соматическим заболеванием: оформление инвалидности, выплата пособия, пенсии) и эквитные установки: выявление ущерба, причиненного действиями медицинского характера, обвинение сотрудников медицинских учреждений в ошибочной диагностике или неправильном лечении; отказ от обследований и терапевтических процедур, рассмотрение последних как элемент враждебной деятельности персонала (Смулевич А. Б., 2009а).

Б) *Аберрантная ипохондрия* (антиипохондрия Deny P., Camus P. (1909 — цит. по: А. Б. Смулевич, 2009а), характеризующаяся недооценкой тяжести состояния (отсутствие эмоциональной реакции на угрожающий смысл диагноза) со стремлением к минимизации представлений о возможной соматической катастрофе. Выражены фиксация не на больном органе, а на теме здоровья, дезадаптивное поведение в болезни, препятствующее неотложной медицинской помощи, проведению лечебных процедур и реабилитационных мероприятий. Пациенты относятся к своему телу подобно тому, как относятся к служебной машине: ездят на ней, не заботясь о ее состоянии, так как ответственность лежит на других. Они сохраняют рациональное, лишненное эмоций отношение даже к самым критическим ситуациям, убеждены в возможности справиться с болезнью; тревога по поводу исхода предстоящей операции и страх смерти от инфаркта, инсульта или злокачественного новообразования отсутствуют.

Наконец, при любом из видов константного психосоматического диатеза («проприоцептивный диатез» или сегментарная деперсонализация) возможна личностная трансформация по типу «новой жизни» (Mayer-Gross W., 1920; — цит. по: А. Б. Смулевич, 2009а): формирование диссоциативного расстройства с феноменом «про-

зрения», «переоценкой ценностей». Пациент осознает себя «другим человеком», иной, не сопоставимой с прежней, личностью. Деловые ранее люди с широким кругом служебных обязанностей и межличностных контактов превращаются в затворников, придерживающихся строго размеренного уклада жизни с ограниченным семейным кругом общения. Формируется остро, при явлениях психосоматического стресса, по типу экзистенциального криза с кардинальным изменением приоритетов, пересмотром системы ценностей и представлений о смысле жизни, отказом от прежнего образа жизни и профессиональной деятельности (Смулевич А. Б., 2009а).

Таким образом, современные представления о клинических проявлениях диатеза, их прогностическом значении и месте в патогенезе психозов остаются спорными, хотя на этапе нынешних возможностей медицины и фармакологии изучение донозологических расстройств становится все более актуальным. Определение места разнообразных доклинических психопатологических расстройств в динамической системе «патос — нозос» имеет существенное значение для теории развития психозов. Уточнение их прогностического значения важно для общемедицинской (в особенности — педиатрической) практики здравоохранения, поскольку дает основания для решения вопроса о степени риска развития психического заболевания и целесообразности превентивного вмешательства.

Появление признаков психического диатеза свидетельствует об активизации неких патогенетических механизмов и должно служить основанием для принятия мер первичной профилактики. Мишенью в таких случаях является само дисфункциональное состояние, а целью — повышение психологической и биологической адаптации индивидуума (Н. С. Шейнина, А. П. Коцюбинский [и др.], 2008).

Выявление особенностей психического диатеза важно для практики здравоохранения, поскольку дает основания для решения вопроса о степени риска развития психического заболевания и о целесообразности превентивного вмешательства при их выявлении, а также позволяет рассматривать эти феномены в качестве предикторов дальнейшего течения процесса на ранних его этапах, так как являются одной из характеристик прогноза дальнейшего течения заболевания и социального восстановления психически больных.

Переходные непсихотические личностные расстройства как амплифицированные проявления психического диатеза. В клинике непсихотических психических расстройств, как отмечает Ю. А. Александровский (2006), также «имеется множество переходных симптоматических и синдромологических образований, которые представлены широкой палитрой специфических клинических картин, составляющих в целом особую группу состояний, которые, с одной стороны, имеют признаки, сходные с конституциональными



Рис. 3. Структура переходных непсихотических синдромов

расстройствами личности, а с другой — с аутохтонными психическими расстройствами. Не случайно различные авторы справедливо обращают внимание на наличие некоторых личностных аномалий, которые имеют весьма существенную «близость» к формированию в дальнейшем психических заболеваний. Как представляется, необходимо выделить в качестве самостоятельной квалификационной рубрики «переходные» психопатологические феномены, которые можно рассматривать как продолжение развития концепции «пограничных» состояний и квалифицировать как проявления «переходного непсихотического симптомокомплекса» (рис. 3), который включает следующие состояния.

А) Пограничный шизотипический симптомокомплекс (обозначаемый в литературе как «шизотипическое личностное расстройство»).

Б) Пограничный аффектотипический симптомокомплекс (обозначаемый в литературе как «пограничное личностное расстройство»).

В) Пограничный соматотипический симптомокомплекс (или иначе — соматотипическое расстройство личности).

Шизотипическое расстройство личности (F21.8 по МКБ-10 или 301.22 по DSM-IV). Следует подчеркнуть спорность квалификации этой категории в нозологическом плане. Проблема определения шизотипического расстройства личности тесно смыкается с дискуссией, начавшейся с момента выделения Е. Bleuler (1911) латентной шизофрении и продолжающейся по существу до настоящего времени.

С точки зрения А. Б. Смулевича (2009а), шизотипическое расстройство личности представляет собой вариант расстройства личности с явлениями психопатологического диатеза (без признаков процессуальной прогрессивности) и входит в общую группу шизотипических расстройств. При этом А. Б. Смулевич указывает, что

когнитивный дефицит при шизотипическом расстройстве личности выступает в «редуцированном виде» и касается, прежде всего, своеобразия мыслительной сферы.

Вместе с тем автор отмечает, что при шизотипическом расстройстве личности, по сравнению с другими личностными расстройствами, в некоторых случаях можно обнаружить признаки прогрессивности, свойственные аутохтонному процессу, а также отмечается менее благоприятное, чем при других характерологических девиациях, общее функционирование, более низкий уровень социальной активности и адаптации. Таким образом, фактически А. Б. Смулевич рассматривает шизотипические расстройства личности как относительно непрогрессивный вариант собственно шизотипических расстройств, одновременно допуская, что, возможно, шизотипические расстройства личности представляют собой протодром вялотекущей шизофрении.

Уместно привести мнение Т. Н. McGlashan (2002 — цит. по: А. Б. Смулевич, 2009б), полагающего, что использование в медицинской практике определения «границ» шизофрении по DSM-IV, в соответствии с которой стертые, непсихотические формы заболевания концептуализируются в пределах категории «шизотипическое расстройство личности» (т. е. по существу не рассматриваются как состояния, характеризующиеся определенным типом течения), лишает пациентов возможности получения своевременного и адекватного лечения и может нанести вред их здоровью.

Таким образом, шизотипическое расстройство личности имеет весьма тесную связь с представлениями о собственно шизотипических расстройствах, не случайно в отечественной классификации оно включено в раздел F21. О связи шизотипических расстройств личности с собственно шизотипическими расстройствами свидетельствуют и следующие соображения.

1. Психические нарушения, относимые к шизотипическому расстройству личности, ограничиваются, как и собственно шизотипические расстройства, непсихотическими проявлениями.

2. При имеющейся в динамике этих состояний личностной трансформации отсутствуют, как и при собственно шизотипических расстройствах, признаки выраженного дефекта, в частности — редукции энергетического потенциала, облигатные для диагностики психотической шизофрении.

Вместе с тем существует связь шизотипических расстройств личности с более грубыми (психотическими) проявлениями психопатологических нарушений шизофренического спектра. Так, в динамике шизотипического расстройства личности можно отметить наличие некоторых аутохтонно возникающих психопатологических явлений с полиморфизмом синдромов, причем эти позитивные рас-

стройства всегда транзиторны и ограничиваются субпсихотическим уровнем:

1) квазипсихотические эпизоды в виде тревоги, идеообсессивных расстройств, даже острого чувственного бреда (что делает весьма сомнительной отнесение пациентов с такого рода феноменами к классу личностно аномальных, позволяя отнести такого рода динамику психического состояния к проявлениям шизотипических расстройств);

2) манифестация психогенно/соматогенно провоцированных шизофренических реакций.

В то же время при шизотипических расстройствах личности имеются феномены, которые можно трактовать как характерологические особенности пациентов. Так, на протяжении всей жизни индивидуумы с явлениями шизотипического расстройства личности ведут замкнутый образ жизни. Для них характерны односторонность деятельности, узкая направленность интересов (только учеба или только работа), необычные, странные, приобретающие доминирующий характер увлечения. Структура отношений с окружающими несет черты отстраненности, отгороженности, эмоциональной индифферентности, отчужденности и безразличия как к одобрению, так и к порицанию (Смулевич А. Б., 1987). При этом нередко отмечается неадекватность эмоциональных реакций (неглубокая кратковременная депрессия после объективно тяжелой утраты или стойкая гипотимия в связи с условно-патогенными факторами).

Характерны странности поведения как в профессиональной сфере, так и в быту. На первый план выходит контраст между сохранной психической активностью с достаточно высоким уровнем работоспособности и социальной адаптации (успешная профессиональная деятельность, устойчивые отношения в браке) и вычурностью, необычностью внешнего облика и всего образа жизни (неряшливость, неразборчивость в выборе одежды, безразличие к внешним атрибутам обыденной жизни). В целом странности поведения ограничены девиациями, сопоставимыми с изменениями типа «фершробен».

Иными словами, клиника шизотипических расстройств личности, с одной стороны, включает проявления непсихотической (вплоть до субпсихотической) симптоматики шизофренического спектра, а с другой — не соответствует ни статическим (непсихотическая психопатология на всем протяжении заболевания), ни динамическим (движение в сторону формирования лишь личностной трансформации, а не последовательного утяжеления психопатологической симптоматики вплоть до формирования глубокого дефекта) критериям диагностики процессуальной шизофрении. Таким образом, шизоти-

пическое расстройство личности представляет собой некую «смесь» характерологических аномалий, с одной стороны, и психотических психопатологических симптомокомплексов — с другой, занимая промежуточное положение между аномалиями личности (психопатиями) и собственно шизотипическими расстройствами.

Пограничное расстройство личности (borderline disorders), которое в МКБ-10 кодифицируется как F60.31. Как и при рассмотрении «шизотипического расстройства личности», следует подчеркнуть, что само существование этой нозологической категории в течение многих лет вызывает жаркие споры.

В рамках МКБ-10 пограничный тип личности рассматривается как вариант эмоционально неустойчивого расстройства зрелой личности (F60.3), для которого, помимо некоторых характеристик, свойственных лицам с эмоциональной неустойчивостью, присуще хроническое чувство опустошенности и искажение образа «Я»; при этом намерения и внутренние предпочтения индивида, включая сексуальные, часто непонятны или нарушены. Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией угроз суицида и актов самоповреждения (хотя все это возможно без явных провоцирующих факторов).

В DSM-IV-TR (2000) пограничное расстройство, согласно модифицированным J. Paris (2005) базовым критериям, определено как распространенные паттерны нестабильности интерперсональных отношений, образа самого себя и аффекта, импульсивность, которые, как правило, начинаются в раннем детстве и проявляются в различных аспектах жизнедеятельности.

А. Б. Смулевич (2007а) указал на следующие основные звенья (составляющие элементы), клинически определяющие структуру и динамику пограничного расстройства личности (рис. 4).

Первая из этих составляющих (*реактивная лабильность*) представлена изменчивостью поведения, реализующейся при воздействии даже минимальных внешних воздействий. Реакции таких субъектов на тривиальные события обыденной жизни могут приобретать характер необычно яркий и даже демонстративный. Как подчеркивает М. Schmideberg (1959), они слишком часто испытывают те чувства, которые обычно обнаруживаются лишь в ситуации стресса.

Часть из них, как уже отмечалось выше, отличается «взрывным» характером, для которого характерным является: раздражительность, обидчивость, запальчивость. В некоторых случаях отмечается склонность к внезапным, но нестойким, преходящим «взрывам чувств» — вплоть до реакций «короткого замыкания» с быстро истощающимся бессмысленным буйством.

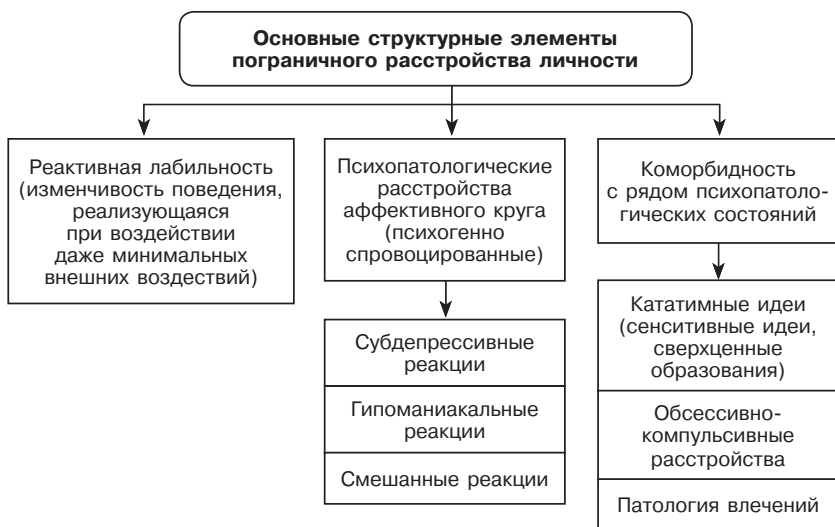


Рис. 4. Основные структурные элементы пограничного расстройства личности

Второй составляющий элемент (*психопатологические особенности аффективного круга*) представлен психогенно спровоцированными аффективными эпизодическими расстройствами:

1) субдепрессивные реакции, в том числе кратковременные (от часов до нескольких дней) эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или беспокойства вплоть до безосновательного интенсивного гнева с трудностью контроля своих аффективных переживаний и, в силу этого, физических проявлений ярости;

2) гипоманиакальные реакции;

3) смешанные состояния (реакции).

При благоприятном течении (последовательной минимизации аффективных фаз) эти аффективные эпизоды смыкаются с конституциональными аномалиями аффективного круга и проявляются в виде гипотимии с хроническим чувством пустоты или «демонстрацией гневного характера».

Третья составляющая пограничных личностных аномалий — *ассоциированность*, при детализации которой автор отмечает связь этих состояний со следующими психопатологическими образованиями (Смулевич А. Б., 2007а):

а) кататимными идеями, вызванными сильными аффективными переживаниями (например, сенситивные идеи, сверхценные образования);



Рис. 5. Структура дименциональных характеристик пограничного расстройства личности

б) обсессивно-компульсивными расстройствами — психопатологическими состояниями с преобладанием навязчивых мыслей (обсессий) и/или действий (компульсий);

в) патологией влечения.

Можно констатировать, что перечисленные выше симптоматические ряды при пограничных расстройствах личности выступают в рамках следующих дименциональных характеристик (рис. 5).

Аффективная дименсия.

А) Собственно аффективные симптомы:

— аффективная нестабильность вследствие отчетливой реактивности настроения (например, эпизоды выраженной дисфории, раз-

дражительности или беспокойства длительностью от нескольких часов до, хотя и редко, нескольких дней);

- безосновательная, интенсивная ярость (гнев) или трудности контроля реакций гнева (в том числе частые «демонстрации характера», постоянный гнев, повторные эпизоды физических проявлений гнева);

- депрессивная симптоматика (Dulz B., 2000);

- хроническое чувство внутренней пустоты.

Б) Импульсивность как отражение аффективной нестабильности:

- повторные попытки или угрозы самоубийства или самоповреждающее поведение, выступающее как «антипсихотик» (Sachsse U., 1995);

- импульсивность, по крайней мере, в двух потенциально опасных областях (например, безрассудные траты, сексуальная чрезмерность, злоупотребление психоактивными веществами, рискованное вождение автомобиля, кутежи, булимические эпизоды).

Когнитивная дименсия. Имеют место когнитивные симптомы — транзиторные, связанные со стрессом тяжелые диссоциативные расстройства, носящие нестабильный характер.

Продуктивная дименсия. Отмечаются продуктивные симптомы — разнообразные по своей выраженности непсихотические симптомокомплексы, наличие которых позволило В. Dulz (2000) выделить несколько клинических подтипов пограничных личностных расстройств:

- 1) с симптомами страха;

- 2) с истериформными симптомами;

- 3) с симптомами навязчивостей;

- 4) с фобиеформными симптомами;

- 5) с нарциссическими симптомами;

- 6) с психосоматическими расстройствами;

- 7) с психотическими симптомами (эго-дистонные психотические симптомы) — оптические и акустические псевдогаллюцинации и параноидная настроенность, благодаря которой диффузный страх трансформируется в «направленные» страхи, а потому становится переносимым.

Негативная дименсия. Негативные симптомы, выражающиеся в искаженности восприятия «Я» и межличностных отношений, проявляются в виде следующих расстройств:

- расстройства идентичности: отчетливая и персистирующая нестабильность образа самого себя — феномен «сплиттинга» (англ. *splitting* — фрагментация, раздробление, «расщепление» образа себя и других на черно-белое, т. е. раздельно существующее хорошее и плохое с невозможностью формирования целостного, единого образа себя и других) в виде нарушения самосознания идентичности

«Я» (лабильность самооценки, представлений о собственной личности, непостоянство жизненных установок, целей и планов) с отчаянными попытками избегания реального или даже просто «воображаемого» отвержения со стороны окружающих;

— склонность к категориальной, альтернативной оценке окружающего мира (изменчивость представлений об окружающей действительности) и, в связи с этим — неустойчивые и интенсивные межличностные отношения, характеризующиеся колебаниями между идеализацией и обесцениванием (крайние позиции во взаимодействии с окружающими: их контакты либо поверхностны, натянуты, формальны, либо, напротив, слишком интимны).

Клинический «профиль» пограничной личности выглядит своеобразно. Патохарактерологические проявления обнаруживаются уже в подростковом периоде: эмоциональная лабильность, внушаемость и импульсивность, проявляющаяся в неуравновешенности, быстрой смене увлечений, нарушениях контроля над влечениями, конфликтах и нестабильности отношений со сверстниками, а также — ранней делинквентности. Эти дети игнорируют школьные порядки и родительские запреты. На нравовечения и прочие попытки регламентации образа жизни они отвечают внезапными вспышками раздражительности, гнева. Несмотря на достаточно высокие интеллектуальные возможности, они плохо успевают, так как не готовятся к занятиям, отвлекаются на уроках. Пограничным личностям свойственны аутодеструктивные тенденции (суицидальные попытки, чаще манипулятивные).

Другой отличительной чертой пограничных расстройств личности являются интенсивные, но нестойкие связи с людьми. Структура их межличностных отношений сложна и противоречива, они легко впадают в зависимость от других, подчас малознакомых людей, но при этом их чрезмерную подчиняемость и обожание от бунта независимости и ненависти отделяет лишь один шаг. В этом случае драматически окрашенные привязанности служат источником конфликтов и страданий, связанных со страхом разрыва и грядущего одиночества.

Третья отличительная черта этих пациентов, связанная с характерной для них быстрой сменой увлечений — резкие повороты судьбы. Они легко перенимают сиюминутные «модные» увлечения, не чужды мистицизма, веры в магию, разного рода приметы, чудеса, но при этом неспособны противостоять мнению окружающих, «дурным влияниям» (употребление психоактивных веществ, участие в криминальных аферах).

Дополняют патохарактерологические свойства пограничного расстройства личности особенности их социального статуса. Следует отметить, что индивидуумы с признаками пограничного рас-

стройства личности в большинстве своем, будучи не способными к длительным и систематическим усилиям, движимые преимущественно тщеславием и жадной признания, обнаруживают весьма умеренные достижения на профессиональном и общественном поприще и не оправдывают возлагавшихся на них надежд. Тем не менее, несмотря на склонность бурно реагировать даже на незначительные психотравмирующие воздействия, аффективную неустойчивость и мини-психозы, а также бесконечные «падения» и «взлеты», они относительно неплохо адаптированы. Эта характеристика позволила М. Schmideberg (1959) утверждать, что такие пациенты «стабильны в своей нестабильности».

Таким образом, они характеризуются иными, чем при шизотипическом расстройстве личности, характерологическими особенностями (не интро-, а экстравертированностью), иной структурой симптоматики (включающей реактивную лабильность и преимущественно «аффектотропные» проявления). В совокупности все это позволяет провести дифференциальную диагностику пограничного расстройства с шизотипическим расстройством личности.

В обзорной статье Н. М. Залуцкая (2012) приходит к выводу, что пограничное расстройство личности — «тяжелое психическое заболевание, основные симптомы которого позволяют говорить о его вероятной принадлежности к расстройствам биполярного спектра, нередко приводящее к нарушениям трудоспособности, социальной изоляции, дискриминации и предвзятому отношению в обществе». Подтверждением этого являющиеся следующие доводы:

- 1) наличие перекреста пограничной патологии личности с признаками аффективной неустойчивости как одного из базовых нарушений целого ряда психических заболеваний;

- 2) снижение со временем психической и физической трудоспособности этих пациентов (Boggs C. D., 2005);

- 3) обнаружение некоторого феноменологического и нейробиологического параллелизма в основе двух диагностических категорий: биполярного расстройства II типа и пограничного расстройства личности (Siever L. J., Davis K. L., 1991).

Итак, пограничные расстройства личности демонстрируют богатую палитру проявлений, имеющих связь с симптоматикой подпороговых аффективных аутохтонных расстройств (Лисовская Т. Ю., Короленко Ц. П., Сарычева Ю. В. [и др.], 2013), с одной стороны, и личностными особенностями — с другой, занимая таким образом промежуточное положение между аномалиями личности (психопатиями) и собственно аффективными расстройствами.

В определенной мере связь между шизотипическим и пограничными расстройством личности подтверждается наличием у пациентов состояния когнитивного дефицита как в структуре шизотипи-

ческого расстройства личности (Смулевич А. Б., 2007а), так и в «пограничных популяциях» (Kasper S., Resinger E., 2003).

Это соотносится с высказыванием А. Б. Смулевича и Б. А. Волель (2004) о том, что именно шизотипическому и пограничному расстройствам личности «свойственны повышенная готовность к манифестации психопатологических симптомокомплексов и широкий спектр временных, обратимых расстройств как психогенного, так и эндогенноморфного (шизотипического и аффективного) круга». Эти личностные аномалии А. Б. Смулевич и Б. А. Волель (2004) считают проявлением диатеза, относя их к «непротопатическим» и не рассматривая с точки зрения «уязвимости» другие варианты личностных нарушений, которые считают «протопатическими». Позиция, согласно которой наличие уязвимости характеризует исключительно «непротопатические» личностные аномалии, как думается, минимизирует представление о сущности всех предболезненных состояний в биопсихосоциальной концепции психических расстройств.

Соматотипическое расстройство личности. С точки зрения А. Б. Смулевича (2014), личностные особенности такого типа представляют собой особое транстипологическое свойство индивида, которое может иметь место в рамках любого типа личностной аномалии. Нам представляется, что этот вопрос требует дальнейшего уточнения и в настоящее время является лишь предметом дискуссии, поскольку, с одной стороны, такие пациенты действительно многолики и разнообразны, а с другой — имеют некие общие соматотипические характеристики, базирующиеся на характерных особенностях траекторий взаимодействия у них психических и телесных функций, что делает возможным рассматривать такое взаимодействие как проявление соматотипического расстройства личности. В качестве таких общих характеристик соматотипической конституциональной аномалии (соматотипического расстройства личности), определяющих врожденную склонность индивида к различным соматически окрашенным реакциям, можно выделить соматотонию и соматопатию (Смулевич А. Б., Фильц А. О., Гусейнов И. Г. [и др.], 1992) (см. рис. 6).

1. *Соматотония* (Sheldon W. H., Stevens S. S., 1942), соматотоническая конституция — характеризуется синдромально завершенной картиной особого отношения индивида к своему телу. Представляет собой соматопсихические патохарактерологические нарушения стенического, экспансивного типа с латентной ипохондрической стигматизацией в форме сверхценной или ригидной ипохондрии. В этом случае состояние пациентов, отличающихся изначально высокоразвитыми физическими способностями, характеризуется нали-



Рис. 6. Структура соматотипических расстройств личности

чием стенически гипертрофированного и экспансивно окрашенного сознания телесного «Я». К проявлениям соматотонии относятся:

- гедонистическое ощущение физической мощи, повышенного телесного тонуса (чрезмерное внимание к занятиям спортом, потребность в физических упражнениях и способность получать от них наслаждение);

- толерантность к высоким нагрузкам (энергичность, экстремальные условия труда, стремление к видам деятельности, характерным для молодежи, хорошая переносимость экологически неблагоприятных факторов);

- «культ тела» со стремлением к физическому совершенству, поддержанию «безупречной» физической формы (здоровый образ жизни, заимствованный из популярных стереотипов), сочетающийся с такими нарциссическими чертами, как любование собственной «телесной формой», довольство своей ловкостью и подвижностью.

При наличии на фоне соматотонии (Sheldon W. H., Stevens S. S., 1942) определенных «ключевых» для данной личности ситуаций (например, соматических расстройств) выявляется до того латентная ипохондрическая стигматизация, реализующаяся в форме *сверхценной ипохондрии* (Jahrreis W., 1930) или *ригидной ипохондрии* (Смулевич А. Б. [и др.], 1992): больные устанавливают жесткий регламент всех сторон повседневной деятельности, начиная от распорядка дня, режима сна и бодрствования, диеты. При этом они обнаруживают пристальное внимание к малейшим изменениям в функционировании организма, ипохондрическую фиксацию на ме-

дикаментозных назначениях, демонстрируя повышенную мнительность в отношении клинических эффектов соматотропных препаратов, что сопровождается стремлением к разного рода оздоровительным мероприятиям. Для этих пациентов характерен синдром рационализации терапии: приверженность нетрадиционным методам борьбы с болезнью, противоречащим медицинским рекомендациям; самопроизвольное назначение биологических добавок для повышения эффективности соматотропных препаратов; самостоятельное титрование лекарственных доз.

2. *Соматопатия* (вариант астенической конституции) (Schneider K., 1992), невропатическая конституция (Смулевич А. Б., 2006), церебротония (Sheldon W., Stevens S., 1942), «соматическая гиперперсонализация» (как отмечает А. Б. Смулевич, 2007а, термин предложен Э. Б. Дубницкой) — также отличается синдромально завершенной картиной соматопсихической патохарактерологической девиации с латентной ипохондрической стигматизацией в форме «невротической ипохондрии». Характеризуется гипертрофированной чувствительностью к сенсациям со стороны телесной сферы, явлениями гиперсенестезии в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени), склонностью к выявлению патологических телесных ощущений и вазовегетативных расстройств. Лицам с соматопатией свойственна стойкая деформация соматопсихической сферы с доминированием в сознании «образа соматического Я» (Гиляровский В. А., 1973), склонностью к ипохондрическому самоконтролю и боязливому самонаблюдению. Характерен также «преувеличенный соматический стиль» (Barsky A., Klerman G., 1983), предполагающий не только тщательный контроль за различными функциями организма, но и тревожные реакции с дурными предчувствиями и готовностью при первом малейшем телесном дискомфорте считать себя тяжелобольным. Эти особенности сочетаются с врожденной неполноценностью вегетативных функций на фоне гипостении (повышенная утомляемость, ситуационно и соматогенно провоцируемые астенические реакции, непереносимость длительных физических нагрузок, продолжительный период реконвалесценции после интеркуррентных заболеваний).

На этом фоне происходит развитие по типу «*невротической ипохондрии*» (Glatzel J., 1981, — цит. по: А. Б. Смулевич, 2009а): доминируют проявления соматизированной тревоги, симптомокомплексы коэнестезиопатического ряда. Больные обнаруживают отчетливую тенденцию к созданию щадящего образа жизни (режим со значительным ограничением как бытовых, так и служебных нагрузок), а любые попытки медицинского персонала и родственников активизировать больного встречают обвинения в бесчувствии, недостаточном понимании тяжести и опасности заболевания.

Соматопсихические конституциональные патохарактерологические девиации характеризуются непредсказуемостью вектора (психопатологического или соматического) направления своей последующей динамики (Краснов В. Н., 2012), а также наличием отчетливой подверженности этих пациентов аутохтонным (эндогенным) заболеваниям. При этом в одних случаях, при доминировании вегетативных феноменов, характерные для пациентов соматопсихические нарушения нередко оказываются аффилированными в дальнейшем с психическими расстройствами аффективного спектра, когда на разных этапах течения могут преобладать либо аффективные нарушения, перекрывающие слабо выраженные соматические проявления, либо более грубые соматические нарушения, перекрывающие аффективное сопровождение. В других же случаях, при превалировании гиперсенестезии, можно отметить сродство соматотипического расстройства личности с развитием в дальнейшем психических заболеваний шизофренического спектра.

Шизотипический симптомокомплекс лежит у истоков широкого круга явлений, относимых к расстройствам шизофренического спектра («шизотаксия» по: Р. Е. Meehl, 1962), аффектотипический симптомокомплекс — у истоков расстройств аффективного спектра («циклотаксия» по: R. L. Findling [et al.], 2000), а соматотипический симптомокомплекс (своеобразная «соматотаксия») — у истоков психосоматических/соматопсихических проявлений психических расстройств.

Резюмируя изложенное выше, можно сказать, что в целом переходный непсихотический симптомокомплекс представляет собой латентную форму эндогенной психической патологии (выражено свойство объектов или процессов находиться в скрытом состоянии, не проявляя себя явным образом). Данный симптомокомплекс отличается от продромальных признаков заболевания, оказываясь относительно «монолитным» и не характеризуясь динамикой, специфичной для развития аутохтонного заболевания.

Морбидные характеристики. Установление клинического диагноза является завершающим этапом психиатрической диагностики, которая осуществляется на основании комплексного анализа психопатологической симптоматики, данных объективного и субъективного анамнеза, динамики болезни и результатов параклинических исследований.

Учитываемые при холистическом подходе морбидные характеристики должны отражать клинико-психопатологические и клинико-соматические особенности больного.

Клинико-психопатологические характеристики. Практически все ведущие исследователи в своих взглядах на синдромологию эндогенных психических расстройств рассматривают их как адапта-

ционно-компенсаторные образования, возникающие в организме в ответ на первичную мозговую поломку. Иными словами, при эндогенных психических расстройствах адапционно-компенсаторные образования представляют собой результат сложного взаимодействия преморбидных особенностей организма, с одной стороны, разной степени злокачественности гипотетической «ноксы», определяющей мозговую поломку — с другой и адапционно-компенсаторного потенциала — с третьей.

М. Bleuler (1972), выделяя первичные и вторичные симптомы, считал, что к первичным относятся еще по существу неизвестные болезненные нарушения, а ко вторичным — реакции больной личности на влияние окружающей среды, которые и являются собственно клинически выявляемыми симптомами болезни. Бред, иллюзии и галлюцинации, по мнению М. Bleuler, могут быть поняты как реакция больной личности на межличностные конфликты и психологический стресс, а негативная симптоматика — как отказ от приспособления к окружающему миру. С точки зрения Е. Bleuler (1911), болезненный процесс порождает первичные симптомы как непосредственное выражение деятельности мозга (например, ассоциативные нарушения), а вторичные симптомы являются производными первичных, представляя собой реакцию на первичные изменения и выражаясь в продуктивной симптоматике как попытке приспособления индивидуума к патологическим условиям. В частности, бред, с точки зрения автора, возникает в связи с потребностью больного в нем.

G. Huber (1976), тоже сторонник концепции первичных и вторичных расстройств при шизофрении, в качестве первичных, «базисных» симптомов описал нарушения, по существу идентичные органической мозговой симптоматике. По его мнению, эти «базисные» симптомы, возникнув, подвергаются затем реактивно-личностной переработке. Результатом являются клинически выявляемые «авторитетные феномены», представляющие собой симптомы и синдромы шизофрении в классическом понимании, которые, таким образом, являются своего рода надстройкой над исходными изменениями основных психических функций.

На взаимозависимость психопатологических явлений и приспособительных механизмов указывает L. Kolb (1973). В его понимании первичные симптомы — это прямые проявления гипотетического соматического (фактически — органического) болезненного процесса. К ним он относит затруднения ассоциативного мышления, эмоциональные изменения, амбивалентность, амбивалентность и аутизм. Вторичные же симптомы рассматриваются как проявления адаптации пациента к первичным нарушениям, при этом «ненормальное есть не что иное, как излишне преувеличенное вы-

ражение нормального». В этом смысле L. Kolb говорит о психопатологических симптомах как психобиологических реакциях в ответ на «определенный тип стресса» для «определенной личности» и в «определенное время». При этом галлюцинации трактуются как стремление человека уйти «от суровой реальности», бредовые идеи самообвинения — как «ослабление жизненных стремлений» при возрастании критичности супер-эго, деперсонализацию автор рассматривает как характерную для неуверенных и склонных к самоанализу личностей форму ухода от реальности, т. е. бегство от невыносимой ситуации.

Известно, что А. В. Снежневский (1975) допускал компенсаторно-приспособительное происхождение некоторых форм бреда и относил позитивную и негативную симптоматику к проявлениям приспособительных реакций организма. «Адаптивные свойства бредовых состояний, — как считает И. В. Зайцев (1994), — определяются, по-видимому, тем, что последние, будучи комплиментарными потребностями овладения ситуацией неопределенности, <...> реализуются сформированными в филогенетическом развитии бессознательными когнитивными структурами (мифами, ритуалами)». С этих же позиций некоторые авторы предлагают рассматривать и синдром психического автоматизма.

По мнению В. А. Точилова (1994), появление признаков нарушенного сознания свидетельствует о том, что процесс синдрообразования, носящий компенсаторный характер, перешел на новый уровень — в фазу кульминации, протекающей или при максимальном напряжении адаптационных усилий (онейроид), или при их истощении (амения).

О роли компенсаторных механизмов как направленных на уменьшение эмоционального напряжения, вызванного субъективными переживаниями страдания, говорят также Р. Т. Donlon и К. Н. Blacker (1973). Известно, что З. Фрейд и его последователи рассматривают бред и галлюцинации как защитную реакцию организма на разрушительное влияние интрапсихических конфликтов. В. Heilbrun, N. Blum, N. Goldreyer (1985) считают большинство параноидных состояний клиническим проявлением интрапсихического механизма защитной проекции.

В условиях нарушения адаптационной системы, что имеет место при возникновении заболевания, компенсация происходит за счет привлечения древних механизмов психической организации, в результате чего «субъект возвращается на онтогенетически более ранние ступени поведения» (Ротенберг В. С., Аршавский В. В., 1984). Это отражается в типологическом сходстве некоторых продуктивных шизофренических расстройств с явлениями, типичными для филогенетически ранних стадий развития психики. С таким ут-

верждением солидарен ряд авторов, указывающих на принципиальную возможность рассматривать психопатологические синдромы как утрированные проявления приспособительных реакций (Короленко Ц. П., Колпаков В. Г., 1976).

В настоящее время суждения о первичной организменной поломке при шизофрении, если следовать нейробиологическим моделям этого заболевания, сводятся к следующему. Из-за воздействия стрессовых факторов во время беременности и родов происходит нарушение развития мозга в пренатальный период и первые годы жизни. Постепенно прогрессирующее искажение развития мозга продолжается, и в подростковом периоде происходит его нейрхимическая сенсibilизация под влиянием внешних стрессовых факторов (Lieberman J. A. [et al.], 2002).

В результате клиническая картина заболевания начинается с появления продромальных явлений, которые представляют собой достаточно аморфные психопатологические феномены, которые появляются у пациента впервые и, как показали проведенные исследования, чаще всего *непосредственно предшествуют* дальнейшему течению психического заболевания или, что бывает реже — оказываются *отдаленными* от него определенным промежутком времени.

У этой модели развития заболевания есть свои аргументы и контраргументы, но несомненно одно: шизофрения является лонгитудинальным процессом, развивающимся постепенно, при этом он становится доступным для изучения клиницистами лишь в активной стадии заболевания, являющейся своеобразной «верхушкой айсберга» и не отражающей всей последовательности патогенетических звеньев заболевания.

Многие генетические исследования доказывают, что все психозы имеют общий «генетический диатез» (Wildenauer D. B. [et al.], 1999). Если предположить, что в соответствии с теоретическими воззрениями стратификационной (структурированной по определенному критерию) теории Джексона (Jackson J. H., 1931) позитивная симптоматика есть неспецифический эпифеномен, что-то вроде «лихорадки» при тяжелых психических расстройствах, то, скорее всего, это лишь отдаленное последствие достаточно длительного патофизиологического мозгового процесса, каким, по-видимому, является шизофрения. Как подчеркивает С. Н. Мосолов (2008), «современные классификационные критерии в большей степени построены именно на примате продуктивных расстройств <...> в ущерб диагностической значимости негативных симптомов и когнитивных нарушений, которые, возможно, являются более нозоспецифическими, хотя бы потому, что обычно уже предшествуют первому психотическому эпизоду и в большей степени определяют социальный прогноз заболевания».

Этот взгляд на развитие психического расстройства в значительной степени перекликается с точкой зрения Ю. Л. Нуллера и позволяет предложить рабочую гипотезу формирования психических расстройств. В клинической картине психических расстройств, как полагает Ю. Л. Нуллер (1992), доля симптомов, отражающих «первичную поломку», ничтожно мала или отсутствует. Иными словами, в итоговой клинической картине «первичная поломка» не находит непосредственного отражения или находит его в очень малой степени. Гипотетически можно предположить, что «первичная поломка» провоцирует последующую организменную реакцию мозга на нее в форме активации его деятельности — компенсаторной реакции первого порядка в понимании Ю. Л. Нуллера, А. Е. Пегашовой и В. Л. Козловского (1998). Не случайно С. Ф. Семенов [и др.] (1979) считают, что «при нервно-психических заболеваниях патологический процесс с самого начала его возникновения неразрывно связан с включением компенсаторных механизмов».

В этих условиях, обусловленных разрушительными тенденциями процесса, неполноценность защитных механизмов стимулирует использование организмом компенсаторных реакций второго порядка, направленных на снижение уровня тревоги и напряжения и являющихся уже по существу типовыми, малодифференцированными по отношению к этиологическому фактору (Нуллер Ю. Л. [и др.], 1998). Такие патогенные компенсаторные реакции (Давыдовский И. В., 1962) выступают на клиническом уровне в форме продуктивных психопатологических расстройств, анализ которых позволяет оценить *категориальные* характеристики расстройства, включая его нозологическую принадлежность, основной и факультативный синдром, тип течения болезни, характер состояния, обусловившего необходимость обращения за психиатрической помощью.

Тип течения заболевания — это параметр диагностики, определяемый характером заболевания, наряду с другими биологическими характеристиками психического расстройства, является показателем особенностей влияния «ноксы» на организм. В целом выделение типов течения у различных авторов не вызывает больших разногласий. Обычно выделяют:

- 1) первый эпизод — тип течения определить еще невозможно;
- 2) транзиторный — отмечается единственный относительно короткий психотический эпизод;
- 3) циркулярный (периодический, интермиттирующий) — приступы, нередко многочисленные, проходят для личности бесследно, не приводя к какому-либо дефекту;
- 4) рекуррентный (ремиттирующий) — изменения личности нередко происходят после первого приступа, а в дальнейшем отмечаются приступы без дальнейшего углубления дефекта;

5) приступообразно-прогредиентный (шубообразный) — приступы болезни влекут за собой стойкие изменения психического склада личности с углублением дефекта от приступа к приступу;

6) непрерывный — наряду с непрерывным течением шизофрении включает хронические депрессии (мании) и континуальный тип течения аффективных расстройств с циркулярной сменой биполярных фаз.

Скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность заболевания), с нашей точки зрения, является очень важной характеристикой биологической «ноксы» возникшего психического расстройства, которая во многом определяет «адаптационную нагрузку» на пациента. При этом различают ситуации, когда определить прогредиентность невозможно (например, в начале заболевания), а также состояния отсутствия прогредиентности, малой (незначительной), умеренной (средней) или выраженной прогредиентности.

На клиническом уровне этому соответствует этап манифестации психоза в форме тревоги, а при ее усилении — дезинтеграции психических функций, вплоть до проявлений кататонических и гебефренических проявлений. С точки зрения Ю. Л. Нуллера [и др.] (1998), купирование неспецифического возбуждения осуществляется с помощью формирования таких психопатологических феноменов, как депрессия (снижение активности психических процессов), аутизм (уменьшение притока информации в мозг) и деперсонализация (блокирование эмоционального компонента информации). Хорошо известно также, что содержание и фабула бредовых переживаний, формируемых при тягостных и дезадаптирующих больного brutally-неструктурированных эмоциях (тревога, страх, паника, отчаяние и т. п.), способствуют снижению уровня внутреннего напряжения. И только при кататонии и гебефрении, наиболее «организменных» реакциях, по сути, отсутствуют компенсаторные реакции второго и последующего порядка.

Можно отметить, что при эндогенных расстройствах «первичная поломка» предполагает дальнейшее течение заболевания по двум направлениям. У истоков первого из них, как показал в своем исследовании А. А. Чумаченко (2003), лежит шизофренический продром, основу которого составляет «шизофреническая» триада: интенциональные расстройства — первичный аутизм — дискордантность. Эта триада, компоненты которой В. М. Воловик (1980) относил к «стержневым» расстройствам при шизофрении, знаменует собой «шаг в болезнь», который начинается с проявлений схизиса (выявленной «триады»). У истоков второго из них лежит аффективный продром, основу которого составляет «аффективная триада»: астенические расстройства — эмоциональная лабильность —

депрессивные эпизоды. «Шаг в болезнь» в этом случае начинается с аффективного регистра, причем в его проявлениях изначально отсутствуют радикалы «схизиса».

По мнению авторов, особенности патогенных компенсаторных реакций зависят от реактивности организма. Реактивность — интегративный показатель функционального состояния организма, «способность организма при воздействии с различными повреждающими воздействиями давать защитный «ответ», соответствующий характеру этого патогенного воздействия. <...> Реактивность организма характеризуется изменчивостью и индивидуальными особенностями, в том числе и наследственными, и зависит от комплекса непрерывно протекающих и непрерывно меняющихся рефлекторных и метаболических процессов, фило- и онтогенетических особенностей организма, нередко измененных сенсibilизацией, интоксикацией и заболеваниями» (Трошин В. Д., 2007).

При достаточно выраженной реактивности наблюдается формирование острых и подострых продуктивных расстройств, что, как известно, является прогностически относительно благоприятным вариантом развития заболевания. В случае, когда компенсаторные образования по каким-то причинам оказываются гиперреактивными, в картине заболевания превалируют предельно острые психотические расстройства, вплоть до гипертоксической шизофрении. Не случайно в этом случае аутоиммунные реакции развиваются по типу гиперэргических (Вилков Г. А., 1988), а при вялотекущей шизофрении — по типу гипозэргических (Миколайский М. В., 1985). Можно провести условную параллель с развитием гипертермии при соматическом заболевании, которая выполняет в целом санирующую роль, но при превышении определенного порога создает условия, угрожающие самой жизни пациента. Если удастся снизить гипертермическую реакцию до приемлемого уровня, наблюдается, как правило, благоприятный исход заболевания (лучший, чем при вялых хронизированных процессах).

При гипореактивности со слабостью компенсаторных образований превалируют вялые психопатологические расстройства с тенденцией к хронизации течения заболевания. При полной ареактивности способность пациентов находить и использовать компенсаторные ресурсы снижена до полной утраты. В результате этого болезненный процесс, лишенный помощи компенсаторных образований, приводит к истощению адаптационных механизмов и снижению общих функциональных возможностей организма. На клиническом уровне эта ситуация характеризуется развитием простой формы шизофрении.

По всей видимости, при гипо- и ареактивности компенсаторных механизмов создается ситуация, когда сопротивление организма

болезни ограничивается адаптивными механизмами, что формирует новый уровень адаптации, сниженный по сравнению с исходным. Разница между доболезненным уровнем адаптации и морbidно сниженным получила название цены адаптации (Воложин А. И., Субботин Ю. К., 1987). При шизофрении психопатологическим результатом цены адаптации, возможно, является выраженность негативной симптоматики (различная структура дефекта).

Вспомним кстати, что шизофрения — не единственное заболевание, при котором выделяется простая форма и формы с продуктивной симптоматикой: есть простая форма старческого слабоумия, простая форма атеросклеротического слабоумия, простая форма прогрессивного паралича. Вполне логично и неврастению трактовать как своего рода простую форму невроза (кстати, практически именно так понимаемую в руководстве по психиатрии В. П. Осипова). Так что обсуждаемый механизм развития клинической картины достаточно универсален.

Как и большинство исследователей, мы выделяем *позитивные, аффективные, когнитивные и негативные расстройства*.

Позитивная дименсия. Проявления позитивной (прежде всего — продуктивной психотической) симптоматики при выраженных проявлениях аутохтонных (эндогенных) психозов описаны во всех учебниках психиатрии и представляются общепринятыми.

Меньше изучены позитивные расстройства при малой прогрессивности этой патологии.

В качестве непсихотических позитивных психопатологических феноменов в этом случае можно рассматривать:

- обсессии (с быстрым формированием ритуалов и ограниченного поведения);
- конверсионно-диссоциативные расстройства, отличающиеся грубостью, утрированностью и шаблонностью;
- сенестезии (в том числе и пароксизмальные), склонные к генерализации;
- диффузную подозрительность; преходящие, быстро утрачивающие актуальность идеи отношения, элементарные обманы восприятия;
- нестойкие и незавершенные психопатологические симптомокомплексы, которые, в отличие от психотической шизофрении, выступают в необычных, часто меняющихся сочетаниях.

При этом нередко наблюдается трансформация одних психопатологических феноменов в другие. Эта трансформация происходит в пределах континуума кататимных (определяемых содержанием аффективно окрашенных представлений под влиянием сильных эмоций) расстройств, например — сверхценные идеи религиозного содержания переходят в контрастные навязчивости типа хульных

мыслей, а те в свою очередь — в эпизодические бредовые идеи греховности.

Аффективная дименсия в структуре разной степени выраженности аффективных расстройств (депрессивных и маниакальных состояний) давно и подробно описана и известна любому специалисту службы психического здоровья. Это обстоятельство делает возможным при изложении аффективных феноменов сосредоточиться на их представленности в расстройствах шизофренического спектра.

Аффективная симптоматика обычно не считается специфичной для расстройств шизофренического спектра. В действительности же, как показывает многочисленная практика, она характерна для аутохтонных заболеваний вообще — будь то шизофрения или аффективные расстройства. Исходя из этого положения в настоящее время признается, что депрессия является одной из дименсий, оцениваемых при ее диагностике (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V), 2013). В частности, одна из субшкал 5-факторной шкалы позитивных и негативных симптомов PANSS нацелена на диагностику тревоги и депрессии (Мазо Г. Э., 2005). Более того, разработана специальная шкала для оценки депрессии у больных шизофренией (Calgary Depression Schizophrenia Scale — CDSS; Addington D., Addington J., Schissel B., 1990; Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E., Joyce J., 1992).

Данные о частоте депрессии у больных шизофренией расходятся и колеблются, по результатам исследований разных авторов, в широких пределах: от 7 до 70 % (Siris S., 2001), при этом чаще всего называются 29–42 % (Бубнова Ю. С., Дорофейков В. В., Мазо Г. Э. [и др.], 2012; Tapp A., Kilzieh N., Wood A. E. [et al.], 2001; Jäger M., Riedel M., Schmauß M., 2008). Депрессия может наблюдаться как в продроме, так и в фазе активного течения (ремитируя параллельно психотической симптоматике), вслед за острым эпизодом, между психотическими эксацербациями, в постприступном периоде, на этапе регрессиентности, а также развиваться как побочное действие лекарственной терапии (Мазо Г. Э., 2005; Смулевич А. Б., 2007; Bartels S., Drake R. E., 1988; Bressan R. A., Costa D. C., Jones H. M. [et al.], 2002; Möller H. J., 2005; Planansky K., Johnston R., 1978). Некоторые исследователи указывают, что актуальная депрессивная симптоматика выявлялась у 6,5 % амбулаторных пациентов; при обострении симптоматики, требующем стационарного лечения, она диагностировалась у более $\frac{1}{3}$ больных, при лечении в дневном стационаре — у половины, а среди больных, наблюдавшихся в психиатрической больнице и дневном стационаре — превышала 75 % (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. [и др.], 2013; Шмуклер А. Б., 2015).

В 1980-е гг. сформировалось представление о неуклонном росте депрессивных нарушений у больных шизофренией, что позволило предположить существование «депрессивного сдвига», получившего отражение в увеличении частоты аффективных нарушений уже в преморбидном периоде и дебюте этого заболевания (Бубнова Ю. С., Дорофейков В. В., Мазо Г. Э. [и др.], 2012).

В исследовании О. В. Гусевой (1990), посвященном так называемым постпсихотическим депрессиям (ППД) при шизофрении, установлены следующие их особенности: редуцированный характер, длительное монотонное течение, внешнее сходство с дефицитарными проявлениями; взаимосвязь их возникновения с частотой аффективных расстройств в доманифестном периоде, с определенным стереотипом развертывания психотического приступа в виде длительного продромального периода с преобладанием стертых аффективных нарушений, выраженностью аффективных нарушений в приступе, сходство клинической картины доманифестных депрессивных проявлений с клинической картиной ППД. Характерно сочетание неглубокого уровня собственно тимических проявлений с выраженностью соматического компонента депрессии и нарушений витального тонуса, частыми суицидальными тенденциями. Выявлена также взаимосвязь социально-психологических, преморбидных личностных факторов с возникновением ППД. Проведение психометрического шкалирования в динамике ППД выявило наибольшую устойчивость в ходе терапии психологического содержания депрессии по сравнению с собственно тимическим и соматическим компонентами.

«В настоящее время, — подчеркивает А. Б. Смулевич (2007б), — становится очевидным, что большая часть депрессий при шизофрении формируется вне рамок реактивного процесса». «Депрессия является наиболее часто наблюдающейся интегральной частью шизофренического процесса» (Олейчик И. В., 2009). При этом особое место занимает вариант депрессий, при котором обращает на себя внимание главным образом содержание идеаторной сферы. Это так называемые «депрессии духа» или, как их иногда называют, «экзистенциальные депрессии», обусловленные как насыщенностью духовного содержания сферы мышления, так и эмоциональной недостаточностью (Циркин С. Ю., 2012). В картине такой депрессии преобладает представление о бессмысленности жизни, обреченности на безрадостное существование, прозябание и одиночество.

При этом некоторые исследователи оценивают наличие депрессии при шизофрении как благоприятный прогностический признак (Вовин Р. Я., 1989; Kay S. R., Lindenmayer J. P., 1987; Oosthuizen P., Emsley R. A., Roberts M. C. [et al.], 2001), однако большинство авторов свидетельствует, что депрессия способствует снижению со-

циальных и профессиональных возможностей больных (Гусева О. В., 1990., Siris S. G., Bench C., 2003; Resnick S. G., Rosenheck R. A., Lehman A. F., 2004; Massimo S., Mauri C., Moliterno D. [et al.], 2008).

Существует несколько гипотез, объясняющих взаимосвязь депрессии и шизофрении.

1. Личностно-реактивные гипотезы рассматривают депрессию как реакцию личности на факт психического заболевания (Lambert P. A., 1987; Docherty N. M., 1996).

2. Фармакогенные гипотезы предполагают связь депрессии с побочными эффектами антипсихотической терапии (van Putten T., May P. R., 1978; Bressan R. A., Costa D. C., Jones H. M. [et al.], 2002) или с прямым влиянием антипсихотических препаратов на дофаминовую трансмиссию (De Alarcon R., Camey M., 1969; Floru L., Heinrich K. [et al.] , 1975; Galdi J., 1983).

3. Морбогенные гипотезы предполагают связь депрессии с основными проявлениями шизофренического процесса, причем как с позитивной (Siris S. G., 1991), так и с негативной симптоматикой (Müller M. J., 2002), о чем может свидетельствовать включение в клиническую картину аффективных симптомокомплексов на дофармакологическом этапе заболевания.

В соответствии с данными М. Birchwood (цит. по: А. Б. Смулевич, Н. А. Ильина, 2012), изложенными в статье «Эмоциональная дисфункция при психозах: в большей степени этиологический фактор, нежели коморбидный феномен?», аффективные (депрессивные) симптомокомплексы свойственны не только клиническим проявлениям аффективных заболеваний, но представляют базисные дименсии, участвующие в формировании психопатологического пространства как продромов, так и манифестных психозов в рамках шизофрении.

В некоторых случаях депрессивные переживания при этом заболевании последовательно перемежаются с атипично-маниакальными или оказываются эмоционально «смешанными», отличаясь в таком случае «частоколом» смены полярности. При этом, если на начальных этапах заболевания аффективные и процессуальные расстройства сосуществуют как бы параллельно, то по мере нарастания тяжести психоза аффективные нарушения приобретают черты клинического единства с другими позитивными и/или негативными психопатологическими симптомами, выступая при этом в форме гипотимии, ранних пробуждений, идей виновности и несколько реже — ощущения безнадежности (Бубнова Ю. С., Дорофейков В. В., Мазо Г. Э., Петрова Н. Н., 2012; Maggini C., Raballo A., 2006).

Преобладание в некоторых случаях шизофренического процесса аффективной составляющей позволило некоторым авторам, применительно к детскому и подростковому возрасту, выделить циклотимоподобный вариант вялотекущей шизофрении (шизотипических расстройств), проявляющийся преимущественно в виде стертых аффективных приступов (Буреломова И. В., 1986; Данилова Л. Ю., 1987; Горюнов А. В., 2002; Гаммацаева Л. Ш., 2004; Козлова И. А., Башина В. М., 2005).

Когнитивная дименсия. Когнитивные расстройства — нарушение познавательных (информационных) процессов (лат. *cognition* — знание, познание), отражающие, по сути, операциональные нарушения (т. е. особую группу психопатологических феноменов, не являющихся ни продуктивными, ни негативными). Результаты многих исследований свидетельствуют, что когнитивная дисфункция является стержневой при шизофрении и может быть выделена в отдельный кластер патологии наряду с позитивной и негативной симптоматикой (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

Когнитивное снижение предшествует развитию эндогенного процесса и по существу представляет собой генуинное нарушение течения информационных процессов.

Базовыми когнитивными механизмами являются: внимание (в значительной степени определяющее как способность к сосредоточению, так и к социальным когнициям при межгрупповых взаимодействиях), память (рабочая и вербальная), исполнительские функции (Аведисова А. С., 2005) и отчасти — речь. Соответственно этому, наблюдаются нарушения в трех структурных элементах (звеньях) когнитивной деятельности.

Первый тип когнитивных нарушений связан с функциями концентрации внимания: дефицит его устойчивости и избирательности, снижение целенаправленности деятельности, нарушение понимания общего смысла.

Второй тип когнитивных нарушений касается зрительной и слухоречевой памяти: аккуратности и точности при копировании, способности к конструктивному праксису, полноценности вербальной и пространственной памяти, слухового и зрительного гнозиса.

Третий тип когнитивных нарушений включает в себя исполнительские функции: навыки и обучение, планирование и смена установок, контроль деятельности и ее организации, скорость сенсомоторных реакций.

Некоторые авторы подчеркивают относительно малую выраженность нарушений, понимаемых как когнитивные. Так, М. А. Морозова и А. Г. Бениашвили (2008) считают, что когнитивные расстройства, в отличие от формальных расстройств мышления, не проявляются в рамках обычной клинической беседы и могут быть

обнаружены только с помощью специальных тестов, целенаправленно исследующих отдельные функции памяти, восприятия, способности планировать и использовать имеющийся опыт для решения новых задач. Однако дефицит, выявленный с помощью тестов, отражает все же ограниченное количество вариантов функционирования в реальной жизни (Green M. F., 1996), где его недостаточность имеет существенное значение. Фундамент современных представлений о когнитивных нарушениях при шизофрении был заложен еще Э. Крепелиным и Е. Блейлером (Kraepelin E., 1919; Bleuler E., 1930). Именно они обратили внимание на тот факт, что за «фасадом» из ярко представленных продуктивных расстройств скрываются нарушения памяти, внимания и других составляющих когнитивного функционирования.

Мы, как и большинство исследователей, полагаем, что с момента начала психического заболевания (в наибольшей степени это исследовано при шизофреническом процессе) преморбидно существующие явления нейрокогнитивного дефицита могут усиливаться, подтверждением чего является субъективное их переживание больными и наличие соответствующих жалоб с их стороны. Пациенты могут жаловаться на ухудшение памяти, трудность концентрации внимания, трудности запоминания информации (особенно в печатной форме), необходимость дополнительного сосредоточения для понимания обращенной к ним речи или для формулирования ответов, а также на другие трудности мыслительного процесса.

По мере углубления процессуальных расстройств проявления нейрокогнитивного дефицита усиливаются; они становятся все более отчетливыми в процессе беседы с пациентом. В этом случае специальные тесты позволяют уточнить особенности и глубину когнитивных нарушений.

Лишь в 1980-х гг. понятие когнитивного дефицита обрело новое звучание благодаря исследованиям Т. Grow (1980), а затем и N. Andreasen (1982), которые разработали теорию негативной и позитивной шизофрении, причем в структуру первого типа шизофрении входили те нарушения, которые в последующем получили обозначение как когнитивный дефицит.

Относительная стабильность этих нарушений по отношению к клиническим проявлениям шизофрении (т. е. позитивным, негативным и другим расстройствам), периоду заболевания (активному или ремиссионному) и степени его прогрессирования позволяет рассматривать их в качестве «фундамента» и одновременно «стержня» для объяснения нейробиологических (нейроморфологических) механизмов болезненного процесса, который «надстраивается» различными клинически выраженными феноменологическими образованиями.

Исследование когнитивного дефицита в активном периоде шизофрении показало, что он имеет прямое отношение к пониманию биологических механизмов шизофрении, поскольку когнитивные симптомы непосредственно связаны с нейроанатомическим субстратом шизофрении (Hoff A. L., Sakuma M. [et al.], 2000). Когнитивный дефицит наблюдается не только в преморбидном, но и морбидном периоде, а также и в периоды ремиссий (Jaeger J., Douglas E., 1992; Velligan D. I., Miller A. L., 1999), при этом он не зависит от гендерных и демографических особенностей пациентов (Aleman A. [et al.], 1999).

Показано, что когнитивный дефицит является более валидным предиктором социального функционирования в обществе, чем позитивная и негативная симптоматика (Velligan D. I. [et al.], 1997). Это обстоятельство связано, прежде всего, с тем, что когнитивный дефицит включает в себя не только нейрокогнитивные, но и социально-когнитивные дисфункции. При этом M. Bechi, R. Ricoaloni, S. Ali [et al.] (2012, цит. по: И. Я. Гурович, О. О. Папсуев, 2015) считают, что социальные когнитивные дисфункции, опосредующие влияние нейрокогнитивного дефицита (Schmidt S. J. [et al.], 2011) в значительно большей степени обуславливают социальную дезадаптацию больных шизофренией, чем нейрокогнитивные, что, понятно, не лишено оснований, поскольку всякая деятельность человека связана с социальными отношениями (Гурович И. Я., Папсуев О. О., 2015).

Термин «социальные когнитивные функции» («социальные познавательные функции») впервые был использован в социальной психологии для определения того, как человек обрабатывает информацию в социальном контексте, включая личностное восприятие происходящего, выстраивание причинно-следственных связей относительно себя и других, привнесение социальных правил в процесс принятия решений (Penn D. L., Sanna L. J., Roberts D. L., 2008). С этой точки зрения социальные когнитивные функции могут быть определены как «способность выстраивать представления об отношениях между собой и другими и гибко использовать эти представления для управления социальным поведением» (Adolphs R., 2001) и определяют то, «как люди думают о себе и других в социальном мире» (Penn D. L., Sanna L. J., Roberts D. L., 2008). Главное отличие социальных когнитивных функций от несочальных заключается в том, что их содержание связано с социальными взаимодействиями индивидуума (сценарии, роли и другие схемы интеракций) (Allen D. N., Strauss G. P., Donohue B., van Kammen D. P., 2007).

Негативная дименсия — проявления стойкого или временного снижения (вплоть до выпадения) психических функций, отражающие деструктивность болезненного процесса.

При диагностике и терапии негативных расстройств важно различать первичную и вторичную негативную симптоматику.

Первичные негативные расстройства присутствуют в качестве устойчивых признаков и могут наблюдаться как в продромальной фазе заболевания (в виде снижения трудовой активности, социальной самоизоляции, потери интереса или способности к учебе и работе, нарушений личной гигиены или странностей поведения (Мосолов С. Н., Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э., 2012), так и в структуре психотических эпизодов и в периоде ремиссии. Они вызваны непосредственно процессом поражения мозговой ткани и резистентны к проводимой терапии (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

Вторичные (псевдодефицитарные) негативные расстройства привнесены в картину болезни другими факторами, такими, как депрессия (постпсихотическая или лекарственно индуцированная), побочный эффект терапии (например, индуцированный нейролептиками псевдопаркинсонизм), позитивные расстройства (например, социальная изоляция вследствие параноидных идей), явления госпитализма, т. е. недостаточная социальная активность вследствие длительной госпитализации (Carpenter W. T. [et al.], 1985).

Проявления дефицитарности могут выражаться в потере личности преморбидной внутренней интегрированности и характерологической целостности, что, в случае деятельности компенсаторных механизмов, хотя и явно недостаточных, выражается в личностной трансформации, а по мере компенсаторного истощения и, соответственно, превалировании адаптационной составляющей приспособления — в нарастании явлений дефекта.

Негативная симптоматика может никак не фиксироваться больным. В том же случае, когда дефицитарные явления субъективно ощущаются пациентом, они выражаются жалобами на повышенную утомляемость, слабость, затруднение в поддержании необходимого ритма работы, невозможность концентрации усилий на достижении цели, непереносимость психических и физических нагрузок. Больные отмечают снижение способности радоваться, огорчаться, утрату прежней впечатлительности.

В настоящее время при описании негативной симптоматики выделяют два ряда явлений: характерологическая трансформация и проявления дефекта.

Характерологическая трансформация. Как считает А. Б. Смулевич (2012), данные, относящиеся к процессуально обусловленной деформации конституциональной структуры личности, свидетель-

ствуют о том, что патологическая активность шизофрении, интерпретируемая в психологическом аспекте, не ограничивается механизмами расщепления. Соответственно может быть выделено три ранжированных по степени тяжести типа деформации конституциональной патохарактерологической структуры.

1) Синергизм — процессуальное заболевание (чаще всего шизотипические расстройства) амплифицирует (усиливает, обостряет) основные проявления расстройств личности.

2) Расщепление — процессуальное заболевание (чаще всего с приступообразным течением) парциально нивелирует конституциональную структуру личности, ее облигатные свойства, и амплифицирует факультативные.

3) Нивелировка — процессуальное заболевание (чаще всего с шубообразным или непрерывным течением) «разрушает» конституционную структуру личности.

В связи с этим можно выделить следующие последовательные в своей динамике варианты клинических проявлений воздействия аутохтонного (эндогенного) процесса на структуру характерологических особенностей (Смулевич А. Б., 2011а).

1. *Деформация врожденных черт характера без нарушения преморбидных осевых конституциональных личностных свойств, т. е. возникновение процессуально обусловленного развития личности.*

При этом возможны два варианта.

1) Усиление (амплификация) доминирующих у личности преморбидных характерологических свойств (гомономное усиление), которые диагностируются в рамках широкого круга расстройств личности: тревожного, истерического, пограничного, параноического, шизоидного и др. Такое усложнение психопатологической структуры может протекать в двух разных вариантах. В одних случаях — это усиление преморбидно присущих черт дефензивности (явления нажитой реактивной лабильности). В других — на первый план выступают преморбидно присущие, но морбидно гипертрофированные демонстративность, эксплозивные реакции.

2) Появление антиномных (т. е. противостоящих преморбидно доминирующим) патохарактерологических особенностей личности при общей неизменности ее типологической структуры. В этом случае деформация доболезненной структуры личности касается сдвига в рамках имевшейся у пациента ранее психестетической пропорции (Kretschmer E., 1930). В связи с неизменностью общей структуры характерологических расстройств сдвиги психестетической пропорции не могут квалифицироваться в качестве псевдо- или нажитой психопатии.

2. *Деформация врожденных черт характера с изменением преморбидных осевых конституциональных личностных свойств и фор-*

мированием нажитых, ранее не свойственных, психопатологических (патохарактерологических) проявлений (т. е. псевдопсихопатий).

В этом случае по мере редукции психотических проявлений происходит «сдвиг личности», который проявляется образованием новых позитивных явлений, «ложного жизненного воззрения» (Снежневский А. В., 1972). Это, в конечном счете, определяет характер формирующейся псевдопсихопатии в рамках нажитого расстройства личности (нажитая психопатия) (Смулевич А. Б., 2007а) или «сдвига личности по типу второй жизни» (Ястребов В. С., 1977). Дальнейшая динамика этих состояний обуславливается сочетанием нажитых расстройств личности (ипохондрических, паранойальных и др.) с конституциональными и микросоциальными особенностями (Смулевич А. Б., 2007а).

Подчас характерологические признаки приобретают характер «негативной шизотипии» (эмоциональная дефицитарность, замкнутость, односторонность деятельности, отстраненность, отгороженность, отчужденность, безразличие, как к одобрению, так и к порицанию) и «эволюционирующей шизоидии» (эксцентричность, манерность, дисгармония внешнего облика и моторики, стойкая ангедония с нивелировкой витальных чувств и утратой ощущения естественности окружающего мира, аутизм, расстройства коммуникативной сферы).

В рамках формирующихся псевдопсихопатий нередко можно наблюдать психический инфантилизм, эксплозивность, истериформность, дискордантную поверхностную общительность; иногда — иррациональную деятельность, не соответствующую условиям реального окружения.

Проявления собственно дефекта. В толковом словаре психиатрических терминов дефект (лат. *defectus* — отпадение, убывание, недостаток) определяется как резидуальные психические изменения, в первую очередь личностные, вследствие перенесенного психотического состояния (Блейхер В. М., Круг И. В., 1995).

Как отмечают М. А. Морозова и А. Г. Бениашвили (2008), в современных условиях «клиническое понятие “дефект при шизофрении” существенно усложняется, а категория “шизофренический дефект” как объект исследования распадается на фрагменты по нескольким осям, причем эти фрагменты изучаются так, как будто они изолированы друг от друга. Но пока объединительной концепции дефекта не существует, мы, в рамках адаптационной парадигмы расстройств шизофренического спектра, считаем допустимым определение, данное Р. Я. Вовиным [и др.] (1991), согласно которому дефект есть «квазистабильное угнетение или искажение аффективно-побудительной и когнитивной активности, наступающее либо

вследствие болезненного процесса, либо длительно действующих иных патогенных воздействий (госпитализм, интоксикация и т. п.)».

Клиническому смыслу данного понятия больше всего соответствуют различные представления, высказываемые авторами о:

- «чистом дефекте» (Huber G., 1966);
- «первичной недостаточности психической активности», определяющей ослабление интенциональной сферы и «гипотонию сознания» (Berze J., 1914);
- редукции энергетического потенциала в сферах психической активности, продуктивности и аффекта (Conrad K., 1958);
- «динамическом опустошении» и «структурной деформации» (Janzarik W., 1959);
- «дисгармонии психического склада» и «недостаточной интегрированности влечений» (Снежневский А. В., 1969);
- «снижении энергетического потенциала и спонтанной активности, а также уровня целенаправленного мышления и эмоциональной отзывчивости» (Huber G., 1966, 1976);
- «снижении психической активности уровня произвольной регуляции и спонтанной активности» (Критская В. П. [и др.], 1983);
- «снижении психической активности (продуктивности и целенаправленности) психической деятельности» (Курек Н. С., 1981), отражающейся в изменении произвольного внимания» (Савина Т. Д., 1980);
- падении общей активности и интересов, снижении жизненной динамики (Jucha Z., Rzecki Z., 1975);
- утрате психической активности, в том числе ее мотивационно-побудительного компонента (Абрамова Л. И. [и др.], 1987);
- «амотивационном синдроме» (Maller O., 1978), аспонтанности, рассматриваемой с позиций нарушения активации мозговых структур ретикулярной формации (Викторов И. Т., 1967);
- «снижении функционального уровня личности, приводящем в свою очередь к снижению социальной адаптации и трудоспособности» (Мелехов Д. Е., 1977).

Представляет интерес в этой связи понятие об «активности фона», являющееся одним из центральных во взглядах Р. Berner (1977). «Активный фон» характеризуют эмоции (аффективность), мотивации (собственные побуждения) и состояние сознания, а фундирует его, с точки зрения автора, «энергетический потенциал» (Conrad K., 1958), т. е. психофизиологический уровень функционирования, находящийся в определенной взаимосвязи с другими психическими процессами, редукция которого влияет также на изменение личностных особенностей индивидуума.

Дефект, как симптом выпадения, может появиться на любом этапе течения заболевания, иметь любую выраженность и разные клинические характеристики, сочетаться с процессуальной симптоматикой и обходиться без нее (Сонник Г. Т., Милявский В. М., 1996). Только на конечной стадии заболевания дефект достигает своей максимальной выраженности и определяет характер клинической картины в целом.

Считается, что его развитие связано с гипофункцией или гибелью дофаминергических нейронов в префронтальных областях коры (Мосолов С. Н. 2007). В некоторых случаях в качестве патогенетической основы рассматриваются морфологические нарушения в корково-подкорковых лимбических связях.

Основными компонентами симптомокомплекса дефекта мы считаем «энергетический»; тимический; инициативный (волевой) и когнитивный.

1. «Энергетический» компонент, заключающийся в снижении (или искажении) жизненного тонуса, выражается в падении активности (вплоть до аспонтанности), снижении способности к деятельности, что приводит к сужению объема физической и психической активности или к смещению спектра деятельности. Объективно тонические нарушения проявляются снижением продуктивности, моторной обедненностью (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

2. Тимический компонент проявляется недостаточностью эмоциональной выразительности в диапазоне от лабильности настроения, снижения эмоционального репертуара, притупленности аффекта — до апатии, аффективной тупости. Нередко больные указывают на своеобразные расстройства настроения, в частности «отсутствие всякого настроения», «эмоциональную сдержанность». Важной чертой этих нарушений является снижение или утрата эмоционального отклика на происходящее, своего рода «социальная ангедония». Разработан ряд инструментов для оценки этих факторов, к примеру, Шкала оценки социальной ангедонии — Revised Social Anhedonia Scale (Eckblad M. L., Chapman L. J., Chapman J. P., Mishlove M., 1982, цит. по: И. Я. Гурович, О. О. Папсуев, 2015), или Шкала оценки апатии — Apathy Evaluation Scale (Marin R. S., 1996).

3. Инициативный (волевой) компонент проявляется в снижении сознательной саморегуляции субъектом своей деятельности и поведения, что уменьшает возможности пациента в преодолении трудностей для достижения цели. В нашем понимании воля — это мотивация, выражающаяся в целенаправленной активности по реализации желания (цели): чем выше мотивация, тем воля кажется «тверже». Различного уровня расстройства этой сферы: гипобулия, парабулия, абулия — связаны с дезинтеграцией аффективно-побудительной сферы и невозможностью поддержания волевого усилия

на адекватном уровне, что отражается в отсутствии стремления к деятельности, снижении интереса к окружению, недостатку социального целеполагания. Объективно это проявляется снижением продуктивности, моторной обедненностью, неустойчивостью волевого напряжения (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

4. Когнитивный компонент проявляется в нарушении познавательных (информационных) процессов. Взаимосвязь между негативными симптомами и когнитивными нарушениями при шизофрении подтверждается К. А. Hawkins [et al.] (1997).

Различное соотношение четырех составляющих симптомокомплекса дефекта позволяет выделить, при некотором упрощении, основные типологические формы дефицитарности: тонический и органоидный типы дефекта (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

По преобладанию тех или иных нарушений *тонический тип* может быть представлен следующими вариантами (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О.[и др.], 2004).

1) *Гипотонический (астенический) вариант*. Развитие негативной симптоматики в целом определяется изменениями в виде нарастания черт дефензивности (ранимости, робости, впечатлительности) и замкнутости, которые приводят к ограничению интерперсональных связей, социальной отгороженности. Причем астеническая аутизация выступает здесь скорее как защита от избыточной для больного социальной стимуляции (т. е. аутизм является вторичным); грубого расстройства личности может не быть, хотя нередко имеет место усиление тревожности и появление на этом фоне повышенной рефлексии со склонностью к самоанализу.

Одновременно происходит утрата прежней продуктивности с сужением эмоциональных контактов, эгоизмом, обеднением выразительности. Нередко появляются признаки реактивной лабильности — особой реактофильности, т. е. готовности к формированию психогенных реакций по незначительному поводу; усиливаются личностные расстройства психастенического типа в виде рефлексии, склонности к самоанализу.

С точки зрения М. В. Иванова и Н. Г. Незнанова (2008), главной характеристикой этого варианта дефекта является стойкое снижение способности к деятельности вследствие сужения объема физической и психической активности с переживанием чувства слабости, истощаемости, упадка сил. Отдых приносит лишь кратковременное улучшение, являясь вместе с тем непременным условием поддержания работоспособности на минимальном уровне.

Данный вариант нарушений нередко сопровождается соматовегетативными расстройствами в виде эпизодической потливости, головокружения, головных болей и тахикардии, обычно проявляю-

щихся при активных попытках преодоления утомления, при отсрочке необходимого отдыха и увеличении нагрузки.

2) *Дистонический вариант*. Проявления этого вида дефекта заключаются в возникновении синдрома лабильности волевого усилия и дезорганизации как целенаправленной активности, так и поведения в целом. При этом нередко происходит как бы эмоциональная стереотипизация личности, утрата ее аффективного индивидуально-своеобразия, но без выраженного снижения психической активности. Возможно формирование несвойственных ранее проявлений ананкастического круга: ригидности, консерватизма, утрированной прямолинейности суждений.

Главным для этого варианта дефекта, в основе которого, с точки зрения М. В. Иванова и Н. Г. Незнанова (2008), находятся «дисбулические расстройства и ослабление устойчивости волевого напряжения», является дезинтеграция аффективно-побудительной сферы. Особенностью является не столько недостаточность, сколько «беспорядок в бюджете активности».

3) *Атонический вариант*. Этот тип дефекта называется также апато-адинамическим или апато-абулическим. Как подчеркивают М. В. Иванов и Н. Г. Незнанов (2008), его главной характеристикой является стойкое снижение побудительной активности с ограничением (обеднением) двигательной сферы и переживанием вялости, апатии. Более тяжелые проявления этого варианта дефекта характеризуются тотальной дефицитарностью со значительным снижением трудоспособности, неспособности к адекватному общению с людьми и утратой большинства интерперсональных связей, а также с резким сужением сферы интересов. Крайне глубокая дефицитарность определяет широко известные картины апатического слабоумия с регрессом личности.

В отличие от тонического дефекта *органоидный тип* определяется главным образом доминирующим нарушением когнитивной составляющей психического состояния (Вовин Р. Я. [и др.], 1991). Диапазон этих расстройств весьма широк — от «базисных» нарушений мышления, внимания и восприятия, протекающих на субъективном уровне, до грубого интеллектуально-мнестического снижения, наблюдаемого в структуре состояний, близких к конечным.

Субъективный уровень органоидного дефекта наиболее часто представлен жалобами на выраженные трудности сосредоточения, нарушение удержания в памяти текущих событий, ухудшение последовательного восприятия цепи внешних событий и выработки алгоритма при совершении элементарных бытовых действий, непереносимость сильных звуковых и зрительных раздражителей. При большей выраженности органоидного дефекта в процессе беседы когнитивные нарушения проявляются в виде грубого наруше-

ния внимания (апрозексия), нарушения организации памяти (дисмнезия), наличия речевых расстройств (олигофазия, персеверации, парафазия) или, в крайней форме — выраженной тотальной тенденцией к распаду аффективно-побудительной сферы с высвобождением примитивных влечений, грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, заметной эмоциональной неадекватностью, расстройствами моторики.

Мы полагаем, что негативная симптоматика *при шизофрении* является результатом адаптационной деятельности организма в условиях ограничения его компенсаторной активности. В свете этих представлений апато-абулический синдром — это способ или результат самокупирования индивидуумом тревоги и возбуждения. В диаде апатия — абулия первичной, по-видимому, является апатия, а абулия — вторичной. Это представляется естественным: потеря эмоциональности порождает потерю активности, в то время как потеря активности может не приводить к потере эмоциональности (аспонтанность при лобных поражениях — своего рода «абулия без апатии»).

Негативные расстройства *при аффективных заболеваниях* характеризуются личностными изменениями с отказом от прежних ролевых функций, что обусловлено:

- снижением психической активности, ограничением круга интересов (Кузьмин А. М., 2003), уменьшением стремления к общению и избеганием негативных ситуаций со снижением витального тонуса, сопровождающимся изменением уровня социальной активности;

- появлением робости, ранимости, пассивности (Кузьмин А. М., 2003);

- зависимостью от окружающих, повышенной подчиняемостью близким (Кузьмин А. М., 2003);

- формированием характерогенных аффективных (циклотимических) феноменов (Смулевич А. Б., 2009а) или проявлений характерогенных дистимий.

Возможно также возникновение *тонического* дефекта (гипотонического варианта) с повышенной истощаемостью при физических и психических нагрузках и снижением реакции на положительные стимулы (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008). Как отмечает А. М. Кузьмин (2003), в более легких случаях астенические нарушения представлены опосредованно, через повышенную впечатлительность, сниженную психическую толерантность на фоне психических и физических нагрузок. Более отчетливо они проявляются в условиях, требующих определенного напряжения (работа, продолжительная беседа), при неожиданных или сопровождающихся дополнительными внешними раздражителями событиях, что связано

с уменьшением энергии, повышенной истощаемостью нервной системы.

В клинической картине в этом случае преобладают расстройства астенического и апато-анергического спектров, снижение энергетического потенциала, недостаток или потеря инициативы, побудительной активности. Больные жалуются на слабость, утомляемость, усиливающиеся при физическом и умственном напряжении и усложнении деятельности, снижение темпов и качества работы.

Изменение психического состояния часто сопровождается соматовегетативными нарушениями в виде тахикардии, головокружений и головных болей, диспептических расстройств, ощущения нехватки воздуха, вазомоторных нарушений. Отдых и благоприятная внешняя ситуация в большинстве случаев приводят к компенсации состояния.

В последние десятилетия в дополнение к клиническим исследованиям состояния больного широко используются психометрические шкалы. В то же время, как справедливо отмечают В. К. Шамрей и А. А. Марченко (2009), «стремление положить получаемые с помощью психометрических шкал оценочные данные в основу диагностических оценок далеко не всегда является приемлемым. <...> С учетом неспецифических психопатологических проявлений (особенно непсихотических расстройств) такой методический подход не способствует обоснованной дифференциально-диагностической оценке состояния больных и разработке рациональной терапевтической тактики».

Клинико-соматические характеристики. Учитывая сложные взаимоотношения между психосоматическими и соматопсихическими факторами, определяющими состояние пациентов, при холистическом подходе большое значение придается клинико-соматическим характеристикам, так как они влияют не только на прогностические представления о течении заболевания, но и на характер оказываемой пациенту терапевтической помощи.

* * *

Таким образом, биологический диагноз позволяет уточнить клинические особенности имеющегося психического расстройства. Но для определения того, «что личность утратила и что сохранила в результате заболевания» (Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю., 2005), необходима информация не только о клинических особенностях расстройства, но также о психологическом и социальном потенциале адаптации конкретного больного. Эти сведения должны предоставить психологический, социальный и функциональный диагнозы.

3.2. Психологический диагноз¹

Психологический диагноз — характеристика особенностей психологических ресурсов пациента, результат исследования различных аспектов структуры личности пациента и особенностей его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей, уточнения клинико-психологической структуры имеющихся нарушений и потенциала их восстановления.

Предпосылки содержательного подхода к определению психологического диагноза были намечены Л. С. Выготским и развивались позднее Д. Б. Элькониным, Л. А. Венгером, Н. Ф. Талызиной и др. Однако до сих пор понятие психологического диагноза нельзя считать достаточно разработанным. На практике этот термин часто применяется в очень широком и неопределенном смысле как констатация количественной и/или качественной характеристики того или иного признака. В психометрии психологический диагноз является производным от процедур тестового измерения, а психодиагностика определяется как идентификация психологических характеристик индивида с помощью специальных методов.

Традиционное для настоящего времени психологическое обследование больного в психиатрической клинике направлено на выяснение уровня нарушений, имеющих в познавательной и эмоционально-волевой сферах психологического функционирования, а также характера этих расстройств, что делает возможным уточнение определенных аспектов процесса дифференциальной диагностики психического состояния пациента. Однако получаемая в результате этого информация оказывается недостаточной, так как не охватывает особенности психологических ресурсов больного. Именно последние фиксируются в рамках психологического диагноза, для чего необходимо исследовать следующие психологические параметры. Схема психологического диагноза представлена на рисунке 7.

Структура личности. Представление о структурных компонентах психологического диагноза, развиваемое в клинике как пограничных состояний, так и аутохтонных психических расстройств, получило интенсивное развитие в работах сотрудников НИПНИ им. В. М. Бехтерева, отражающих различные аспекты психологического диагноза (Карвасарский Б. Д., 1982; Вассерман Л. И., Беребин М. Н., Косенков Н. И., 1994; Вид В. Д., 2008; Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2011).

¹ Глава подготовлена совместно с кандидатом медицинских наук О. В. Гусевой.

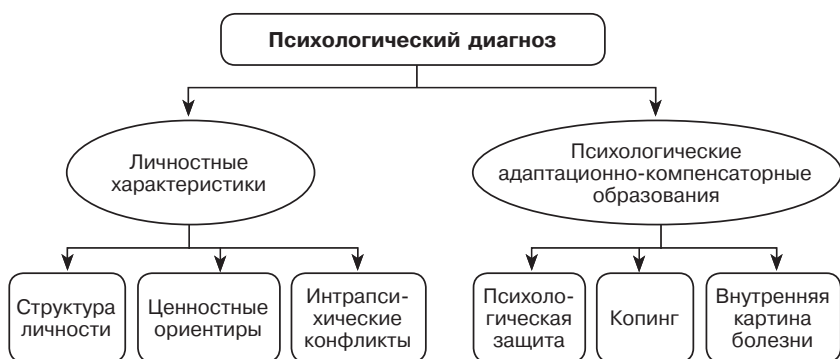


Рис. 7. Схема психологического диагноза

Психологическая диагностика личности в психиатрии, осуществляемая психологом, является необходимым элементом лечебно-диагностического и реабилитационного процессов; она выступает в качестве предваряющего этапа, а также фактора, оценивающего эффективность терапии в целом (психокоррекционных, психообразовательных, психотерапевтических вмешательств и фармакотерапевтических воздействий). В последнее время все чаще обращается внимание (Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., 2014) на необходимость осуществления целостного (холистического) подхода в медицинской психодиагностике, т. е. изучения личности больного во всем многообразии его индивидуальных свойств и характеристик в различных сферах отношений и социального функционирования, что отражает глобальные тенденции развития психиатрии и медицинской психологии — смену нозоцентрированной парадигмы на личностно-центрированную (адаптационную и гуманистическую).

Тем не менее, при рассмотрении психологического диагноза следует отметить, что в медицинской психологии существует два основных подхода исследования: номотетический, использующий тестовые измерительные методы, и идеографический, опирающийся на качественные или клинические методы. Причем первый используется исключительно психологами, а второй (беседа, наблюдение, интервью, биографический метод) используется психологами лишь частично и занимает существенно меньший удельный вес в психодиагностике. Идеографический подход, опирающийся на описательные методики, позволяет соприкоснуться и проследить в динамике уникальность, неповторимость отдельной личности, определяемую своеобразием биологических, психологических и социальных факторов в их взаимодействии. Этот метод в значительно большей степени используется и разрабатывается в деятельности

врача-психиатра и врача-психотерапевта. Наиболее полно это реализуется в процессе глубинно-психологического изучения истории жизни отдельной личности, что является прерогативой психодинамически ориентированных психиатров и психотерапевтов.

В рамках психодинамического подхода тщательному исследованию подвергаются сложные и противоречивые внутренние переживания индивида, преимущественно неосознаваемые внутренние конфликты и мотивы поведения, вытесняемые чувства и желания, которые во многом определяют реальное поведение и взаимоотношения индивида в жизни, а также — соучаствуют в симптомообразовании. Термин «психодинамический» указывает на постоянную борьбу между различными противоречивыми аспектами личности.

Основой психодинамического подхода является психоаналитическая теория З. Фрейда, объединяющая в себе теорию личности, методологию исследования личности и метод лечения широкого круга нервно-психических расстройств.

З. Фрейд выделял в психической жизни сознательное, предсознательное и бессознательное (топографическая модель психики). В дальнейшем З. Фрейдом была разработана структурная модель личности, он выделил три инстанции — «Эго», «Ид» и «Супер-Эго» (Фрейд З., 1990). «Ид» — самая глубинная подструктура личности, содержание которой полностью бессознательно; содержит в себе сексуальные и агрессивные влечения, подчиняется принципу удовольствия, конфликтует с «Эго» и «Супер-Эго». Высшая инстанция в структуре личности — «Супер-Эго» — также относится к области бессознательного. Она является носителем совести, выступает в роли внутреннего цензора и представляет собой систему моральных и культурных норм, сформированную в процессе развития личности под влиянием родителей и требований социума. «Эго» — посредник между «Ид» и «Супер-Эго», между индивидуумом и внешним миром. «Эго» выполняет функцию восприятия, осознания внешнего мира и приспособления к нему, подчиняется принципу реальности, одновременно вынужденно взаимодействуя с «Ид» и «Супер-Эго».

Между этими подструктурами личности, с точки зрения З. Фрейда, существуют противоречия, интрапсихические конфликты, которые являются центральным понятием теории влечений и определяются постоянным противостоянием желаний (импульсов влечения «Ид») интроецированным нормам (требованиям «Супер-Эго»), посредником между которыми является «Эго». С целью уменьшения напряжения и тревоги, сохранения целостности личности «Эго» вырабатывает психологические защитные механизмы.

Возникающая при недостаточно продуктивной «переработке» интрапсихических конфликтов тревога обуславливает развитие психопатологической симптоматики.

Таким образом, классический психоанализ в основе патологии рассматривает интрапсихический конфликт между основными структурными образованиями личности («Ид», «Эго», «Супер-Эго»). Конфликт между влечениями и запретами и неудавшиеся защитные операции порождают различные патопсихологические феномены, которые на клиническом уровне соответствуют симптомам психического заболевания.

Общеизвестно, что З. Фрейд за долгие годы исследовательской деятельности и врачебной практики разработал три психоаналитические модели шизофрении.

На первом этапе он принципиально не разделял невроты и психозы, интерпретируя психопатологическую симптоматику как следствие защитных личностных реакций на попытку активации вытесненных переживаний, полагая, что при невротизме действует защита в виде вытеснения, а при психозах — в виде проекции.

На втором этапе З. Фрейд сделал вывод о неспособности больных шизофренией к переносу, и вследствие этого их непригодности для психоаналитического лечения.

На третьем этапе он обосновал различие интрапсихических конфликтов при невротизме и психозах: в первом случае конфликт происходит между различными структурами — «Ид», «Эго», «Супер-Эго», а во втором — между «Эго» и внешним миром. В последнем случае, согласно концепции З. Фрейда, суть конфликта заключается в психотическом расщеплении, в результате которого происходит доминирование внутренней психической реальности над внешним миром, а психоз подменяет отвергнутую реальность (Шварц Ф., 2001).

Р. Federn (1952) выступал против фрейдовского доминирующего понимания либидинозного перегруза «Я» при формировании психопатологии и описывал, скорее, некий дефицитарный процесс; т. е. он считал, что разрушение защитных механизмов «Я» происходит по причине недостаточной либидинозной нагрузки. За счет этого становятся более лабильными и проницаемыми границы «Я» больного шизофренией, вследствие этого неосознаваемые элементы могут беспрепятственно проникать в сознание. Исходя из этой логики Р. Federn полагал, что больные шизофренией должны заново учиться использовать свои защитные механизмы, особенно — возможность вытеснять психотравмирующие переживания, чтобы быть в состоянии устанавливать границу между «Я» и бессознательным.

Развитием психоаналитического направления в психиатрии можно считать представления, существующие в рамках Эго-психологии. Термин «Эго-психология» был введен Х. Хартманном (Hartmann Н., 1964), а основоположниками Эго-психологии принято считать Х. Хартманна и А. Фрейда.

Х. Хартманн большое значение придавал разграничению понятий: «Эго» как части психического аппарата и «самости» как личности в целом.

А. Фрейд (1993) опиралась на классическую фрейдовскую концепцию влечений, но предложила перенести центр внимания в психоанализе с инстинктов на конкретный защитный механизм, т. е. с «Ид» на «Эго».

В рамках концепции «Эго» как части психического аппарата этот феномен рассматривается с двух позиций. Первая из них касается анализа «Эго» как существенной части структуры личности, а вторая заключается в изучении определенных функций «Эго».

«Эго» как существенная часть структуры личности является носителем инстинктов самосохранения (так называемых «эго-инстинктов»).

При рассмотрении же «Эго» как психической инстанции с определенными функциями различают два направления.

Первое из них фактически подчеркивает адаптационную сущность «Эго» с привлечением эго-функций, направленных на совладание со стрессовыми переживаниями. Это осуществляется с помощью общих регуляторных механизмов: когнитивных (восприятие, мышление, память), аффективных и поведенческих.

Такое понимание роли общих регуляторных функций в личностной адаптации близко к взглядам представителей когнитивно-бихевиорального направления (Ellis A., 1989; Beck A. [et al.], 1980), которыми было выдвинуто представление о значительно большей роли сознания в развитии и функционировании человека, чем это постулировала концепция психоанализа. Наибольшее сходство этих двух направлений обнаруживается в понимании процесса личностных адаптационных механизмов, причем обнаруживаемые при этом различные точки зрения подчас являются взаимодополняющими, а не исключаящими друг друга. Так, в рамках психодинамического подхода обосновывается, что первоначально алгоритм стереотипа реального поведения проигрывается на неосознаваемом уровне: угрожающий бессознательный внутренний импульс, исходящий от «Ид» (агрессивный или либидинозный), посылает сигналы, вызывающие запрет и/или излишне жесткую критику со стороны «Супер-Эго» за свою неприемлемость, порождая тревогу у «Эго» и мобилизацию той или иной формы психологической защиты: например, ощущения вины, в результате чего и вырабатывается определенная форма поведения.

С другой стороны, в рамках когнитивно-поведенческого направления А. Ellis дифференцировал дескриптивные когниции (в виде «чистой информации о реальности») и оценочные когниции (в виде обобщенной оценки, отношения к этой реальности), постулируя их

обязательную взаимосвязь. Согласно точке зрения А. Ellis, расстройства в эмоциональной сфере являются следствием не объективных событий, а внутреннего отношения к ним, их оценки.

А. Бандура (2000) придавал большое значение способности человека оперировать символами, поскольку это позволяет формировать образы желаемых будущих результатов и выливается в поведенческие стратегии, направленные на достижение цели. Способность оперировать символами позволяет человеку решать проблемы, не обращаясь к опыту проб и ошибок, а предвидеть вероятные последствия различных действий и соответствующим образом изменять поведение.

Он выдвинул представление о самоэффективности, считая, что человек способен научиться контролировать события, влияющие на его жизнь, через предвидение последствий (феномены совладания). Согласно точке зрения А. Бандуры, все феномены научения, приобретаемые в результате прямого опыта, могут формироваться и косвенно, через наблюдение за поведением других. Во время показа образца обучаемые приобретают в основном символические образы моделируемой деятельности, которая служит прототипом для соответствующего и несоответствующего поведения. В обучении на модели А. Бандура придавал особое значение вниманию и мотивации. Он также разработал положение о возможности выстраивания нового поведения путем самоподкрепления и самоконтроля.

В рамках концепции когнитивного научения А. Бандура смог прояснить такие сложные психологические феномены, как повышенная требовательность к себе, отказ от самовознаграждения или потребность в самонаказании у человека. Он считал, что в процессе жизни у индивида может закрепиться следующий алгоритм действий: проступок — внутренний дискомфорт — наказание — облегчение. То есть действие, противоречащее внутренним нормам и общепризнанным моральным стандартам поведения, вызывает тревогу и самоосуждение, что может быть снято только через наказание (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997).

Второе направление изучения «Эго», как психической инстанции с определенными функциями, связано с изучением влияния психологических защитных механизмов. Как известно, А. Фрейд (1993) впервые описала девять основных форм или механизмов психологической защиты, направленных на уменьшение выраженности интрапсихической проблематики.

В развитии этих взглядов Г. В. Старшенбаум (2003), рассматривая психодинамику при шизофрении, ведущее значение придавал проницаемости границ между «Ид», «Эго» и «Супер-Эго», которое приводит к включению примитивных защитных механизмов, препятствующих нормальному восприятию реальности. Автор выделяет:

а) психотическую проекцию — приписывание собственной агрессии, сексуальности, хаоса, спутанности внешнему миру; неспособность осознавать эти ощущения, как собственные, размытость границ между внутренними и внешними переживаниями;

б) формирование реакции — изменение вызывающих беспокойство мыслей или побуждений на прямо противоположные;

в) психотическое отрицание — трансформация стимулов, вызывающих психологические проблемы, в бред и галлюцинации.

М. Йерон (2001) рассматривал психическую патологию в рамках Эго-психологии следующим образом:

1) психосоматические расстройства — как нарушение способности «Эго» к символической переработке и регуляции аффектов;

2) расстройства характера и личности — как структурные недостатки «Эго»;

3) неврозы — как неудачные попытки «Эго» разрешения конфликта;

4) психозы — как крушение мышления и раздробление «Эго».

Введение в литературу и практику термина *самости* («*self*») принадлежит Н. Hartmann (1964). Первоначально это понятие обозначало совокупность представления и отношения к себе (нарциссизм), т. е. образ самого себя. В дальнейшем это понятие описывалось как личность в целом, в ее неразрывном психосоматическом единстве.

Более подробное рассмотрение категория «самости» получило в «*психологии self*» (теории самости Х. Кохута, 2002), согласно которой центральное влияние на субъект оказывает наличие и функция вступающего с ним во взаимодействие объекта.

Основное внимание Х. Кохута (2002) сосредоточено на нарциссических аспектах психического развития субъекта, которому объект своим эмпатическим присутствием дает нарциссическое подтверждение (Залуцкая Н. М., Вукс А. Я., Вид В. Д., 2003) и ощущение безопасности. По мнению Х. Кохута, эмпатическое отношение объекта к субъекту — это новая мотивационная сила в развитии индивида (в отличие от примата влечений в теории З. Фрейда). Концепция дефицита по Х. Кохуту предполагает в качестве ведущей причины его формирования нарушения в организации заботы, эмоционального взаимодействия, удовлетворения насущных потребностей развития ребенка. Близкую позицию занимает Дж. Сандлер [и др.] (1993): субъекту нужен объект в связи с потребностью в безопасности, ибо личная (так называемая базисная) безопасность, необходимая для нормальной психической деятельности, может быть выстроена только через другой объект.

Нарушение целостности «Я» возникает также при расстройстве механизмов внутренней регуляции личности (в результате нарциссической травмы, приводящей к падению самоуважения с последую-

ющей фрагментарностью, раздробленностью «Я»), что также реализуется в форме возникновения психопатологической симптоматики. При данном типе конфликта возможны два патологических решения (Менцос С., 2001): первое — абсолютное господство архаичного всемогущего «Супер-Эго» (депрессия), второе — «выбрасывание за борт» «Супер-Эго» и господство «большой самости» (мания).

В связи с исследованием новых мотивационных сил в развитии психики было сформулировано современное представление о клиенте психотерапевта. На смену погрязшему в эдиповых конфликтах «человеку виновному» пришел «человек трагический», столкнувшийся с проблемами в ходе нарциссического развития, в большей степени озабоченный вопросами самоуважения.

С понятиями психологии Эго тесно связана теория объектных отношений, которая включает широкий круг различных школ и направлений (Кернберг О., 1998; Винникотт Д. В., 1998).

Основное положение данной теории заключается в признании в качестве центрального фактора в развитии ребенка отношений его «Я» с объектом и, соответственно, главной роли в психической жизни человека — его межличностных отношений, приводящих к интрапсихическому конфликту или структурному дефициту, на базе которых и формируется психопатологическая симптоматика.

Термин «объект» чаще всего обозначает человека, а первыми объектными отношениями в жизни человека являются отношения матери и ребенка. Д. В. Винникотт (1998) в качестве необходимого условия развития ребенка называл заботу матери, которая точно соответствует основным потребностям младенца («холдинг» — по терминологии автора). Если мать способна обеспечить маленькому ребенку «холдинг», это дает ему уверенность в благожелательности мира и позволяет очень быстро эмоционально развиваться. Плохой «холдинг» означает постоянное прерывание процесса развития ребенка из-за его реакций на неудовлетворительное отношение окружающих к его потребностям.

Можно выделить два полюса в формировании теории объектных отношений: на первом преобладает понимание объектных отношений как дальнейшего развитие теории влечений З. Фрейда, а на втором — как новый взгляд на движущие силы в развитии индивида (Винникотт Д. В., 1998; Кернберг О., 1998). Между этими полюсами существует множество промежуточных вариантов (Кляйн М., 1997).

Развитие взаимоотношений объектов с «Я» индивида проходит три фазы: интроекция, идентификация и отождествление «Я», в каждой из которых, согласно О. Кернбергу (1998), участвуют три аспекта:

- 1) определенный образ объекта (представление об объекте);
- 2) определенный образ себя (представление о себе);
- 3) определенные эмоции (аффект или аспект чувств).

Интроекция — это первый примитивный процесс усвоения опыта взаимоотношений с окружающими. Он состоит из формирования:

- 1) образа другого объекта;
- 2) образа себя в отношении этого другого;
- 3) эмоционального отношения к этому опыту.

Опыт, связанный с инстинктом удовлетворения, дает позитивную эмоциональную окраску. Если подобный опыт повторяется, то переживания как бы конденсируются и формируют «хороший внутренний объект». Но ребенок приобретает также и опыт фрустрации с негативными ощущениями. Такой опыт также конденсируется и формирует «плохой внутренний объект». Таким образом, речь идет о сплаве трех аспектов: образа себя и образа объекта, связанных с положительными ощущениями, с одной стороны, и образа себя и образа объекта, связанных с отрицательными ощущениями, с другой стороны (Оудсхоорн Д. Н., 1993).

Идентификация — это процесс усвоения ребенком определенных ролей, при этом, как и при интроекции, выделяют три аспекта:

- 1) образ кого-либо, кто играет определенную роль или выполняет определенную функцию в отношении ребенка;
- 2) образ самого себя, большей частью — в дополняющей роли (этот образ самого себя лучше дифференцируется от объекта, чем в первой стадии интроекции);

3) дальнейшая дифференциация собственных эмоциональных ощущений. Аспекты идентификации обычно конденсируются и сливаются воедино, как и при интроекции. Идентификация означает постижение ролей, что выражается в ролевом поведении. Этот процесс затрагивает обе роли взаимодействующих лиц: ребенок проигрывает не только свою, детскую роль, но также и роль матери. В результате можно наблюдать, как ребенок имитирует (копирует) свою мать или отца, а впоследствии — и объекты своего восхищения.

Отождествление (идентификация) «Я». Слияние процессов интроекции и идентификации, с точки зрения Р. Эриксона (Ericson R., 1981), формирует «идентификацию Я». Она включает:

- 1) ощущение континуума в отношении себя (которое является следствием всех представлений о самом себе);
- 2) последовательный образ мира предметов (складывающихся из собственных представлений об объектах);
- 3) осознание того, что существует определенная последовательность и взаимосвязь собственного поведения и взаимодействия с окружением (миром объектов) и что эта последовательность и взаимобусловленность присуща именно тебе. Окружающие видят это

и принимают, а индивидум таким образом получает признание со стороны окружения.

В последующих разработках (Лэнг Р. Д., 1995) критерии идентификации «Я» были сформулированы более лаконично:

- 1) ощущение тождественности личности;
- 2) ощущение непрерывности личности;
- 3) ощущение границ личности (границы «Я» и «не Я»).

О. Кернберг (1976) выделяет несколько стадий идентификации «Я»: (по Оудсхоорн Д. Н., 1993).

1. Стадия «недифференцированного образа себя и объекта» (симбиоза) — между 2-м и 8-м месяцами жизни. В этой стадии имеет место «хорошее» единство «себя» и «объекта», что является предшественником идентификации «Я». Такое «хорошее» единство является результатом приятных удовлетворяющих переживаний, которые имеются между матерью и младенцем. Одновременно в этой же стадии ребенок приобретает опыт фрустрации и боли, а это ведет, в свою очередь, к «плохому» единству «себя» и «объекта». Таким образом, у ребенка имеет место «хорошее» и «плохое» единство с объектом, которые развиваются независимо друг от друга, имеют разное происхождение, различную аффективную окраску, и при этом каждое из них занимает свое место в эмоциональной памяти, а именно — положительные интроекции соотносятся с удовлетворением влечения либидо, отрицательные интроекции связаны с агрессивностью. Однако ситуация полного разделения «хорошего» и «плохого» единства с объектом в стадии «недифференцированного образа себя и объекта» не способствует интегрированию ребенком разнообразного опыта.

Вместе с тем впоследствии такое разделение «хорошего» и «плохого» единства «себя» и «объекта» играет положительную роль: чувства гнева и тревоги, которые связаны всегда с отрицательными интроекциями, именно в силу вызываемых ими отрицательных переживаний, могут быть ограничены, в то время как положительные интроекции могут беспрепятственно слиться воедино с ядром «Я», в результате чего:

- «Я» становится «хорошим внутренним объектом»;
- существует позитивная внешняя реальность, и к этой части внешней реальности, ассоциированной с положительными интроекциями, ребенок привязан;
- существует также «негативная реальность», мир «плохих внешних объектов», т. е. имеются реальные угрожающие или приводящие к фрустрации объекты, ассоциированные с отрицательными интроекциями.

2. Стадия дифференциации представлений о себе и об объекте. Естественное созревание центральной нервной системы, раз-

витие таких функций, как наблюдение и память, приводит к соединению положительных и отрицательных представлений о себе, а также положительных и отрицательных представлений об объекте. Теперь ребенок достигает стадии, на которой мать становится объектом-константой (хорошая мать и сердитая мать — это одно и то же). Отрицательные и положительные ощущения также сходятся воедино, хотя, конечно, это непростой процесс. Между противоположными представлениями о себе возникает напряжение, которое приводит к тревоге и чувству вины. При этом если на более ранней стадии агрессивные переживания были связаны исключительно с отрицательными внешними объектами, то при переходе на стадию дифференциации представлений о себе и об объекте мир усложнился, и агрессия оказывается направленной не на себя в целом или целостный объект, а лишь на некоторые отрицательные аспекты представлений о себе и об объекте, соответственно вызывая чувства вины и тревоги по отношению к этим отдельным аспектам. Одновременно развивается «идеальное Я», которое направлено на восстановление идеальных, позитивных взаимоотношений с внешними объектами. Представление об идеальном объекте включает понятие безусловной любви и безусловного прощения.

3. Стадия формирования границ «Я» и «не Я». Этот процесс контролируется через наблюдение и произвольную двигательную активность.

Приведенное подробное описание процесса формирования narcissических представлений о себе и представлений об объекте, начиная с самых начальных стадий развития индивида, отражает устойчивость саморепрезентаций и репрезентаций объекта (бессознательных, предсознательных и сознательных интрапсихических представлений об объекте), а также представлений о взаимодействии между ними. В случае формирования устойчивых представлений о преследующем или отвергающем объекте, а также устойчивых негативных эмоций (тревоги, страха, ненависти, чувства вины), определяющих реальное поведение индивида, создается хроническая фрустрирующая ситуация, неадаптивное разрешение которой реализуется в форме психического заболевания.

4. Стадия интеграции представлений об объектах и о себе, развитие зрелых интрапсихических структур. На этой стадии образы себя и объекта продолжают развиваться, интегрироваться и далее могут развиваться в высшие психические структуры (это развивается после 3 года жизни, наиболее четко — к 6 году жизни). Образы объектов дифференцируются и, с другой стороны, интегрируются с образами сформированного «Я» и эмоциональными переживаниями в завершенное «Я». Одновременно нарастает разделение или дифференциация между «реальным» и «идеальным

Я», что может привести к депрессивной реакции с тенденцией к регрессии. Но напряжение между «реальным Я» и миром «реальных объектов» ведет к прогрессивным и реалистическим тенденциям. Когнитивное и эмоциональное развитие индивида и развитие взаимоотношений с объектами взаимосвязаны.

5. Стадия консолидации и интеграции «Эго» и «Супер-Эго».

На этой стадии (на 4 году жизни) наиболее важным защитным механизмом становится вытеснение. Благодаря функционированию более зрелого «Эго», в сферу «Оно» вытесняются примитивные взаимоотношения объектов, которые становятся нежелательными в последующем развитии личности (так как становятся угрозой и/или ведут к тревоге или чувству вины). «Оно» включает в себя примитивные и нереалистичные образы себя и объектов, сопровождающиеся примитивными, всепоглощающими чувствами, которые остаются неизменными, пока они «скрыты». «Барьер вытеснения» необходим для того, чтобы индивидуум мог адаптироваться к реальности с приемлемыми, социальными взаимоотношениями объектов. Нормы родителей, выполняющие вначале функцию «внешней совести», интегрируются в «Супер-Эго» как «внутренняя совесть».

Логичным развитием теории объектных отношений стали развивавшиеся Г. Аммоном (1995) представления о динамической психиатрии. Центральным моментом динамической психиатрии является концепция нарушений идентичности в генезе психических заболеваний. Взгляды Г. Аммона были адаптированы в России сотрудниками института им. В. М. Бехтерева В. Д. Видом (2008), О. В. Гусевой (2007), Н. М. Залуцкой (2003) и Н. Б. Лутовой (2001). С их точки зрения, под идентичностью «Я» подразумевается то представление, которое человек имеет о своей личности как в целом, так и в отдельных аспектах ее взаимодействия с окружающей средой. Это — стабильное осознание индивидуумом того, кем он является и к чему стремится в гармоничном согласии с общественными нормами. Здоровая идентичность предполагает, во-первых, что побуждения и потребности человека должны быть истинными, т. е. созвучными его «Я», а не навязанными извне, а во-вторых, что их реализация происходит в гармоничном согласии с нормами и требованиями общества.

При нормальном развитии в раннем детском возрасте в ходе взаимодействия ребенка с лицами, играющими наиболее существенную роль в его воспитании, формируется личностная структура, обеспечивающая гармонию между индивидуальными потребностями ребенка и нормальными требованиями его социальной среды. Это позволяет ребенку правильно опознавать свои потребности и находить приемлемые формы их удовлетворения или подавления,

что является необходимой предпосылкой зрелого, автономного социального функционирования (Аммон М., Бурбиль И., Вид В. Д. [и др.], 2004).

Авторы отмечают, что ошибки обращения с ребенком могут выражаться в невнимании к его потребностям, запрете их выражения, навязывании несозвучных ему потребностей или неадекватных форм их удовлетворения. Все это мешает установлению гармонии между потребностями растущего ребенка и нормами социального поведения. Результатом является утрата конструктивности в формировании идентичности «Я». Человек оказывается не в ладу с самим собой, отождествляет себя не со своими истинными потребностями и оказывается не в состоянии гармонично взаимодействовать с окружающими.

Привлекается внимание к различным вариантам нарушений идентичности: она может стать диффузной, когда человек толком не знает, кем он хочет быть, чего он хочет на этом свете, каковы требования окружения, или приобрести деструктивный характер, когда человек считает лично для себя позволительным диссоциальные формы удовлетворения своих потребностей. Нарушенная идентичность может также стать дефицитарной, когда незрелость конструктивных навыков приспособительного поведения не позволяет индивиду выйти из симбиотических отношений с родителем, заставляет считать себя принципиально неспособным к зрелому, самостоятельному существованию и сопровождается постоянным страхом утраты своей социальной опоры.

Нарушения идентичности «Я» закладывают слабость личности и предопределяют не только общую неуспешность социального функционирования, но и кризисы идентичности, когда человек испытывает ощущение краха, будучи не в состоянии соответствовать повышению требований изменившейся социальной ситуации. При наличии биологических детерминант психической патологии возникновение кризиса нарушенной идентичности может образовать критическую массу, сделав комбинацию патогенетических факторов достаточной для манифестации или рецидивирования заболевания (Аммон М., Бурбиль И., Вид В. Д., Гусева О. В. [и др.], 2004).

Итак, мы рассмотрели представления различных школ современной психологии о личностных механизмах развития психической дезадаптации. Так же разнообразны и точки зрения приверженцев различных направлений психологии на развитие психических заболеваний.

Принципиальным положением, объединяющим представителей разных школ, является признание различий психологических механизмов, приводящих к развитию неврозов или психозов.

Традиционно выделяют два наиболее важных подхода: конфликт-ориентированную модель развития заболевания и модель структурного дефицита.

А. О. Kris (1977, 1984) разделяет конфликты, лежащие в основе психопатологии, на эдиповы (конвергентные) и доэдиповы (дивергентные). Для конвергентных конфликтов характерны переживания эдипова характера, т. е. либидинозные и агрессивные импульсы «Ид» в возрасте 3—6 лет. Для эндогенных психических расстройств существенное значение придается рассмотрению доэдиповых, или дивергентных конфликтов, возникающих на ранних этапах развития индивида (до 2 лет) и составляющих причину возникновения заболеваний психотического уровня в будущей взрослой жизни. Для дивергентных конфликтов большое значение имеют нарушения реальных потребностей ребенка, необходимых для его нормального развития, и в первую очередь — эмоциональной связи с матерью. Данный тип конфликта представляет собой категоричную дилемму и выражается на уровне переживаний в виде резкого противопоставления двух импульсов. Примером подобной дилеммы могут служить следующие представления: «либо я буду независимым, либо меня поработят»; «либо я буду превыше всего, либо меня удостоят презрения»; «либо я сближаюсь с людьми и теряю свою индивидуальность, либо сохраняю свою автономность, но остаюсь тотально одиноким» (Холь И., 2001). Таким образом, дивергентный конфликт представляет собой дивергенцию эмоциональных состояний.

S. Mentzos (2000) подчеркивал, что при эндогенных психозах речь идет не о конфликте между сформированными инстанциями («Ид», «Эго», «Супер-Эго»), т. е. противоречии импульсов влечений и противостоящих запретов «Супер-Эго», а об элементарных констелляциях, кажущихся нерешаемыми. Они возникают из нормальных, универсальных биполярностей, которые, однако, из-за определенных неблагоприятных условий (острая или хроническая травматизация в ранние детские годы) потеряли свою гибкую динамику и развились в ригидный конфликт.

Согласно представлению S. Mentzos, ригидный конфликт у больных шизофренией, возникающий в результате определенных условий развития индивида и проявляющийся биполяризацией между тенденциями, направленными на себя и на объект, делает возможным для них только два патологических решения: первое — экстремальный нарциссический ход назад, второе — уничтожение границ «Я» и слияние с объектом.

Следует, однако, подчеркнуть, что конфликты первого и второго типа (конвергентные и дивергентные) могут сосуществовать у одного больного, дополняя друг друга и требуя соответствующей тактики терапии (Менцос С., 2001).

Г. Аммон (1995) рассматривал в качестве основы шизофрении формирующийся при нарушении процесса интегрирования неразрешенный симбиотический конфликт: «С одной стороны, каждый шаг к собственной идентичности как индивидуума связан для пациента со страхом разрушить этим существование матери, семьи и окружения. С другой стороны, он живет в постоянном страхе утраты собственного существования. Этот конфликт находит свое выражение в патологическом симбиозе пациента с матерью или группой, за благополучие которой больной чувствует себя ответственным, платя за это своим собственным эмоциональным и физическим существованием. Он одновременно и растворяется в этих симбиотических отношениях, и опасается именно этого как потери собственной идентичности, в результате он не может организовать собственную эмоциональную жизнь и находится поэтому в состоянии интенсивной и экстремальной изоляции».

Вторым направлением в понимании формирования эндогенных психозов является модель структурного дефицита, получившая наибольшее развитие в работах Х. Кохута (2002). Центральное значение он придает наличию и функциям объекта, который своим эмпатическим присутствием дает нарциссическое подтверждение и ощущение безопасности субъекту. По мнению Х. Кохута, эмпатическое отношение к объекту — это новая мотивационная сила в человеческой психике, которая способствует интеграции психики как в аспекте психического развития, так и в психоаналитической психотерапии. При этом источником психопатологии является не интрапсихический конфликт, а дефицит психической функции, дефицит в психической структуре «Эго». Так, например, нарушение целостности «Я» (дефицит в психической структуре «Эго») возникает при потере (реальной или воображаемой) внешней поддержки со стороны значимого объекта, в результате чего возникает внутренняя агрессия к потерянному объекту при одновременной невозможности ее выразить, так как проявление этой агрессии может привести к обесцениванию значимого лица, что не допускается; в результате формируется защитный механизм «интроекция», перенаправляющий агрессию со значимого объекта вовнутрь себя, на самого индивида, что на клиническом уровне проявляется депрессией (Кохут Х., 2002).

Многие авторы не разделяют жесткого разделения причин возникновения психической патологии на обусловленную либо интрапсихическим конфликтом, либо структурным дефицитом. Д. Н. Оудсхоорн (1993) при анализе шизофренических психозов у подростков отмечает, что эмоциональный предмет конфликта является специфичным для их жизненной фазы и не отличается принципиально от такового у невротиков. Однако у психотических

подростков предмет конфликта лежит «на поверхности», а у невротических пациентов раскрывается с трудом. Второе различие заключается в форме переживаний: в то время как невротичный подросток, например, может испытывать в значительно выраженной степени амбивалентность к своим родителям (или другим), «психотический подросток переживает этот конфликт как борьбу между Богом и Дьяволом в нем самом».

В. Тэхкэ (2001) подвергает критике тенденцию разделения психических расстройств на обусловленные интрапсихическими конфликтами (неврозы) и базирующиеся на эволюционной задержке структурного развития идентификации «Я» (психозы и пограничные состояния) и считает, что конфликты, переживаемые как интрапсихические, имманентно присущи любой психопатологии. Вместе с тем при неврозах (как и в норме) они обусловлены влиянием, которое оказывается на «Я» со стороны внутренних и внешних факторов, при пограничной патологии — отражают задержанную структурализацию, а при психотической (шизофрении в частности) — обусловлены эволюционной задержкой в виде полной или частичной утраты дифференцированности между «Я» и объектом.

В рамках когнитивно-поведенческого направления большое значение в развитии психической патологии придается зафиксированным ошибочным (дисфункциональным) представлениям индивида о себе и мире (неадаптивные глубинные убеждения, закрепленные в виде когнитивных схем).

Дисфункциональные убеждения обладают стабильностью и прочностью и, по мнению А. Т. Beck, А. J. Rush, В. F. Shaw [et al.] (1980), находятся в латентном состоянии до тех пор, пока не произойдет активирующее воздействие со стороны стрессора. Под его влиянием происходит резкое усиление искажений в переработке текущей информации, появление жестких дисфункциональных схем мышления (типичных автоматических мыслей), определяющих межличностные проблемы.

Это, с одной стороны, зависит от индивидуальной «когнитивной уязвимости» к стрессу. С другой стороны, немаловажное значение придается влиянию внешнего окружения. Взаимодействие этих факторов приводит к нарушению в эмоциональной и поведенческой сферах. В результате, по мнению А. Т. Beck, А. J. Rush, В. F. Shaw [et al.] (1980), попытки индивида адаптироваться к реальности сопровождаются компенсаторными установками, выработкой компенсаторной стратегии поведения, что на клиническом уровне соответствует появлению психопатологической симптоматики.

Формирование такого рода когнитивной сенситивности (Гаранян Н. Г., 2009) при депрессии, делающей индивида чувствительным к более поздним отрицательным воздействиям (повседневным

стрессам), А. Т. Beck, А. J. Rush, В. F. Shaw [et al.] (1980) связывают с их негативным влиянием в течение жизни на два уровня когнитивных процессов — поверхностный (переработка текущей информации с явлениями «систематического негативного отклонения») и глубинный, понимаемый авторами как выработанная индивидом в процессе его жизни «система заряженных дисфункциональных убеждений». При этом наиболее важными дисфункциональными убеждениями, формирующимися под влиянием стрессов раннего периода жизни, являются «тема беспомощности» и «тема невозможности быть любимым». Именно эти глубинные установки по отношению к реальности задают основу для переработки текущей информации и стратегии решения проблем.

Когнитивные расстройства, ассоциированные с развитием шизофрении, выражаясь в нарушении переработки информации, селективной ее фильтрации, нарушении целенаправленного использования опыта. Ошибочная переработка информации приводит к выбору неадекватных вариантов реагирования на нее, ведет к нарастающему рассогласованию поведения индивида с реальностью (В. Д. Вид, 2008), искажению процессов межличностного взаимодействия и социальной адаптации в целом.

Таким образом, можно отметить сближение позиций когнитивной и психодинамической моделей развития психических расстройств.

Удачно синтезирует различные взгляды на возникновение психических расстройств циркулярная модель развития эндогенных психозов (Hartwich P., Grube M., 2003), которая соответствует гетерогенной клинической картине шизофрении, с ее различными степенями выраженности психопатологии и многочисленными вариантами течения. В этой модели учитывается роль отдельных компонентов регуляции «Я» как на текущий момент, так и в течение всего процесса развития — от детства, через пубертат, до зрелости.

Генетические и средовые факторы дополняют друг друга: если существует генетическая предрасположенность, то неблагоприятные средовые факторы могут усилить предрасположенность и запустить психотическую симптоматику. Согласно P. Hartwich, M. Grube (2003), генетически предопределяется лишь характерный тип сенситивности, который влияет на среду (например, поведение матери как реакция на сенситивного ребенка). Факторы среды, в свою очередь, имеют предопределяющее влияние на генетические факторы.

Запуск психотической декомпенсации рассматривается со следующих позиций: на определенном этапе развития человека (например, пубертатный период) из-за усиления относительно малых или более значимых причин наступает замкнутый круг взаимоусиления

сенситивности, который приобретает, образно говоря, форму спирали. После какого-либо толчка «спираль» получает ускорение и ведет к процессу дезинтеграции. Таким образом, циркулярная модель представлена следующими процессами или этапами.

1. Замкнутый круг взаимоусиления сенситивности через взаимодействие всех факторов влияния.

2. Переход в «спираль» с самоускоряющейся динамикой и колебаниями «спирали».

3. «Срыв с колеи» и переход в процессы дезинтеграции и фрагментации (Hartwich P., Grube M., 2003).

Таким образом, первоначальные психоаналитические представления об «Эго» как инстанции, особенности которой определяются ее посреднической ролью между «Ид» (сексуальными и агрессивными влечениями) и «Супер-Эго» (внутренним цензором, сформированным под влиянием требований социума), были в последующем дополнены признанием существенного значения «Эго» (или, по терминологии некоторых научных направлений, «Я») в личностной адаптации индивида. Так, в Эго-психологии фактически подчеркивается адаптационная сущность «Эго», заключающаяся в устранении интрапсихических конфликтов или нарушения «самости» за счет привлечения эго-функций: усиления общих регуляторных механизмов (включая когнитивные), направленных на совладание со стрессовыми переживаниями. Такое понимание роли когнитивных особенностей «Я» в психологической адаптации близко взглядам представителей когнитивно-бихевиорального направления, различающих «дескриптивные когниции» (в виде «чистой информации» о реальности) и «оценочные когниции» (в виде обобщенной оценки этой реальности).

Кроме того, в целом современная психодинамическая теория структуры личности во многом претерпела изменения: запрещенные или отвергаемые личностью влечения (обусловленные влиянием бессознательного «Ид») не рассматриваются в качестве единственного источника нарушений; более серьезное значение придается неудачному, травматичному опыту социализации индивида в детстве, искаженным отношениям в так называемой первичной группе, приводящим к нарушениям «Я».

Дальнейшее изучение структуры личности способствовало развитию представлений о влиянии внешних факторов на особенности ее формирования. Так, приверженцы психологии *self*, анализируя личность в системе неразрывного психосоматического единства («самости»), рассматривают эмпатическое отношение объекта к субъекту как новую мотивационную силу для «Я» личности, в структуре которой решающее значение принадлежит нарциссизму — представлению о себе и отношению к себе. Нарушение вну-

тренней регуляции «самости» в результате нарциссической травмы ведет к падению самоуважения с последующей фрагментарностью, раздробленностью «Я». Это способствует биполяризации самооценки и оценки объекта внутри «Я», а также нарушению его границ с другими структурными инстанциями личности, с одной стороны, и духовной и телесной «самости» — с другой. В результате автоматизируется и получает архаическое господство «Супер-Эго» или «Эго», что приводит к появлению различной психопатологической симптоматики. В теории объектных отношений внешним влияниям на формирование «Я» придается еще большее значение. Они понимаются как определяющие движущие силы в развитии индивида, который проходит последовательно этапы интроекции (усвоение опыта) и идентификации (усвоение определенных образов ролевого поведения), постепенно формируя целостное нарциссическое восприятие образа себя («Я»), предметов и существующей между этими категориями границы и одновременно взаимосвязи. Нарушение гармоничного развития такого рода процессов является основой для возникновения психопатологической симптоматики.

В динамической психиатрии нормативные требования, исходящие из социальной среды, рассматриваются в качестве обязательного условия для формирования личностной структуры, обеспечивающего гармонизацию социальных влияний с индивидуальными потребностями индивидуума, что в конечном счете формирует конструктивную идентичность личности. Нарушение идентичности «Я» приводит к ее структурным изменениям, в результате чего она может стать «диффузной» (нечеткое понимание своих потребностей и требований окружения), «деструктивной» (использование диссоциальных форм удовлетворения своих потребностей) или «дефицитарной» (неразвитость конструктивных навыков приспособительного поведения и в силу этого — симбиотические отношения с родителями). Все это может приводить к кризисам идентичности (ощущения несоответствия требованиям изменившейся социальной ситуации) и, при наличии биологических детерминант психической патологии, — к появлению психопатологической симптоматики.

Специфика ценностного сознания личности. Стержневой характеристикой ценностного сознания личности являются «личностные смыслы», их генез и динамика (Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., 2011). В рамках гуманистической психологии личность трактуется как целостная система, обладающая определенной степенью свободы от внешней детерминации благодаря смыслам и ценностям, которыми она руководствуется. Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее взаимоотношений с окружающим миром, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной актив-

ности. При психических заболеваниях существенно искажается система ценностей; ценности идеальные, воображаемые значительно отличаются от реальных (Аристова Т. А., Петрова Н. Н., Шмидт Е. В., 2003).

Конфликт возникает, когда внутри системы взглядов и ценностей индивида появляются противоречия или когда эта система не соответствует реальному опыту человека.

Наличие и характер интрапсихических конфликтов (или «структурного дефицита» по терминологии психодинамически ориентированных авторов). Каждому человеку присущи в той или иной степени выраженные психологические конфликты. Конфликты подразделяются на функциональные и дисфункциональные; последние у психически больных случаются чаще в силу недостаточности их адаптационных возможностей. Кроме того, различают внутриличностные (интраперсональные) и межличностные (интерперсональные) конфликты, которые часто являются отражением (продолжением) внутриличностных конфликтов (интерперсональные конфликты представлены в социальном блоке функционального диагноза). Особенности зон конфликтных переживаний и фрустрационных факторов являются, безусловно, важной характеристикой психологических адаптационно-компенсаторных возможностей пациента (Щелкова О. Ю., 2007). Ниже будут рассмотрены концепции внутриличностного конфликта в соответствии с ведущими теоретическими школами психологии.

В психологической литературе определяющими факторами интрапсихических конфликтов иногда представляются противоречия в структуре «Я».

В динамическом направлении интрапсихическому конфликту первоначально придавалось решающее значение. При этом причина конфликта определялась наличием у индивида постоянного внутреннего противостояния, существующего между нормами социума (требованиями «Супер-Эго») и желаниями человека (импульсами, влечениями «Ид»), вытесняемыми в сферу бессознательного и реализуемыми в одних случаях как конфликт между различными несовместимыми силами или структурами внутри личности (при неврозах), а в других — как нарушение границ между «Эго» и «Ид» или — между «Эго» и внешним миром (при психозах) (Фрейд З., 1990), между чувством неполноценности и стремлением его преодолеть (Adler A., 1927), между личным «Я» и архетипом (Юнг К., 1996), между противоречивыми «невротическими потребностями» и как столкновение стремлений к удовлетворению желаний и безопасности (Хорн К., 1997).

В экзистенциальной психологии внутриличностный конфликт рассматривается как результат фрустрации стремления личности к

саморазвитию, самоактуализации и осуществлению определенной жизненной цели или к реальным результатам (Maslow A. H., 1967). Сущностью интраперсонального конфликта, по мнению основателя логотерапии В. Франкла (1990), является потеря личностью смысла жизни. В основе конфликта, по К. Роджерсу (Rogers C. R., 1961), лежит противоречие, возникающее у личности между осознанными, но ложными самооценками, которые человек приобретает в течение жизни, и самооценкой на неосознаваемом уровне (расхождение идеального и реального «Я»).

В ролевых теориях конфликт понимается как ситуация несовместимости ожиданий или требований, с которыми сталкивается личность, выполняя ту или иную роль или несколько ролей (Андреева Г. М., Богомолова Н. Н., Петровская Л. А., 1978). Ролевой конфликт выражается в переживаниях, связанных с невозможностью одновременно реализовать несколько ролей (межролевой внутриличностный конфликт), а также в связи с различным пониманием требований, предъявляемых самой личностью к выполнению одной роли (внутриролевой конфликт).

К. Левин (Levin K., 1951) подходит к анализу конфликтов с точки зрения топологической и векторной психологии, объединенных в теорию поля. Согласно этой теории все окружающие нас объекты обладают определенной валентностью, т. е. способностью привлекать или отталкивать человека. Субъект с его внутренне заряженными потребностями и окружающая ситуация («психологическое поле») составляют единое целое — жизненное пространство. Конфликт рассматривается К. Левиным как ситуация, обусловленная необходимостью выбора между силами равной величины, действующими на личность, когда субъект вынужден делать выбор: между положительной и отрицательной тенденциями, между положительной и положительной тенденциями, между отрицательной и отрицательной тенденциями.

В понимании приверженцев когнитивной психологии интраиндивидуальный конфликт описывается как относительная противоречивость мыслей, мнений, установок, отношений в пределах когнитивного поля. В теории когнитивного диссонанса, разработанной Л. Фестингером (Festinger L., 1957), конфликт (диссонанс) есть негативное побудительное состояние, возникающее в ситуации несоответствия знания и поведения или несовпадения двух «знаний» (мнений, понятий) об одном объекте.

В рамках бихевиоризма внутриличностный конфликт трактуется как плохая привычка, совокупность реакций, являющихся результатом ошибочного воспитания (Skinner B. F., 1953). В работах необихевиористов (Miller N. E., Dollard J., 1941) конфликт определяется как фрустрация, т. е. реакция на препятствие.

Основатель концепции психосинтеза Р. Ассаджиоли (1998) видит сущность внутриличностного конфликта в наличии острых противоречий внутри личности, снижающих цельность «Я».

Проблема внутриличностного конфликта затрагивается во многих работах отечественных авторов, занимающихся исследованием психологии личности (Рубинштейн С. Л., 1946; Лурия Р., 1930; Ананьев Б. Г., 1996).

В рамках теории развития личности конфликт описывают как психологическое явление, сопровождающее процесс развития личности и проявляющееся в ситуациях, когда человек переживает возрастные кризисы (Выготский Л. С., 1960; Божович Л. И., 1995).

В теории деятельности конфликт интерпретируется с помощью структурных ее компонентов (мотив, отношение, цели), являющихся основаниями для конфликта, и с позиции деятельности как условия возникновения конфликта (Леонтьев А. Н., 1981). При этом в работах А. Н. Леонтьева (1981) и В. С. Мерлина (1996) подчеркивается ценностно-смысловая обусловленность внутриличностных конфликтов. Так, по В. С. Мерлину (1996), внутриличностный конфликт — это «результат острого неудовлетворения глубоких и актуальных мотивов и отношений личности». Показателем внутриличностного конфликта является сомнение в истинной ценности мотивов и принципов, которыми индивид руководствовался в жизни. В. В. Столин (1983) и Б. С. Братусь (1988) считают, что ценностно-смысловые значимости разнонаправленных тенденций являются факторами, определяющими развитие психологических конфликтов. В. Франкл (2000) описывает ведущий внутриличностный конфликт как конфликт ценностей, когда личность стоит перед выбором одного из противоречащих друг другу принципов.

С точки зрения Ф. Е. Василюка (1995), конфликт возникает в результате столкновения двух внутренних побуждений, отраженных в сознании в виде самостоятельных ценностей, и протекает в форме особого «ценностного переживания». Автор рассматривает внутренний конфликт как один из видов критических жизненных ситуаций (наряду со стрессом, фрустрацией и кризисом), В. В. Столин (1983) — как условие развития самосознания.

Итак, в самом общем виде внутриличностный конфликт можно характеризовать как противоречие, борьбу (лат. *conflictus* — столкновение) между внутренними тенденциями личности и возможностями их удовлетворения. Интегральными показателями внутреннего конфликта являются нарушение нормального механизма личностной адаптации и усиление психологического стресса, что вызывает острые негативные переживания и задерживает принятие решения.

Д. В. Грешнев (2002) подчеркивает: «Особенности социокультурной ситуации и межличностного взаимодействия могут определять и вызывать внутриличностные противоречия, но только в том случае, если они или их воздействие на индивида либо являют собой индивидуальную ценность, либо препятствуют реализации значимых ценностей... Рассмотрение внутриличностного конфликта в контексте адаптации дает представление о функциональных аспектах данного явления в деятельности человека». Н. В. Крогиус (1976) отмечает, что психологический конфликт приводит к нарушению прежней приспособленности к деятельности. Очевидно, что затянувшийся психологический конфликт препятствует социально-психологической адаптации субъекта, находя выражение в снижении его приспособительных функций. Таким образом, можно заключить, что внутриличностный конфликт — одна из форм личностной дезадаптации.

Как показали наши исследования (Коцюбинский А. П., Аристова Т. А., Дитятковский М. А., Горбунова С. Л., 2006), при осознаваемых интрапсихических конфликтах доминируют: копинг-стратегии — дистанцирование, самоконтроль, бегство — избегание, принятие ответственности; психологические защиты — интеллектуализация и рационализация. При неосознаваемых — психологические защиты: интеллектуализация, вытеснение; типы отношения к болезни (как потенциальный внутренний копинг-ресурс): отрицание, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический. В случае осознаваемых интерпсихических конфликтов превалируют копинг-стратегии: конфронтация, поиск социальной поддержки, бегство — избегание, положительная переоценка. При неосознаваемых — психологические защиты: проекция, замещение, реактивное образование, регрессия; типы отношения к болезни: сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный. Таким образом, в результате проведенного обследования больного можно сделать вывод о характере его личностного адаптационного потенциала: при парциальном снижении наблюдается преимущественно изолированное доминирование интра- или интерпсихических конфликтов в системе психологической адаптации пациента, при тотальном снижении — сочетание интра- и/или интерпсихических конфликтов.

Особенности психологических адаптационно-компенсаторных образований, которые носят «сквозной» характер, отражаясь на некоторых феноменах клинического диагноза, с одной стороны, и характеристиках социального диагноза — с другой (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004; Коцюбинский А. П., Петрова Н. Н., Аристова Т. А. [и др.], 2005; Петрова Н. Н., Аристова Т. А., Чернышева А. Ю., 2007).

Наиболее существенными в процессе адаптации являются две психологические характеристики: копинг и психологическая защита; в случае возникновения болезни к ним присоединяется третья — внутренняя картина болезни. При этом потенциально дезадаптирующими являются не изолированные психологические защиты или копинг-стратегии *rag excellence*, а их дисгармоничное сочетание и выраженность (Коцюбинский А. П., Аристова Т. А., Дитятковский М. А. [и др.], 2006).

Психологическая защита. Понятие «психологическая защита» впервые было введено З. Фрейдом (1990). Концепция психологической защиты основана на представлении о роли «Я», осуществляющего руководство над процессами бессознательного реагирования, в тех случаях, когда внутренние опасности достигают порога сознания и тем самым могут вызвать конфликт. В рамках этой концепции неудачная, неэффективная мобилизация защиты рассматривается в качестве причины для возникновения различных форм психической патологии, в особенности — неврозов.

Разработка понятия психологической защиты (в рамках Эгопсихологии) принадлежит Анне Фрейд (1993); ею дано четкое определение механизмов психологической защиты: это «бессознательные стратегии психического, которые в процессе личностного развития формируются, закрепляются и, наконец, превращаются в индивидуальный репертуар взрослого, реализуемый им при взаимодействии с неприятным и угрожающим опытом». При этом психологическая защита направлена на уменьшение выраженности интрапсихической проблематики. В *self*-психологии психологическая защита рассматривается не как реакция на интрапсихический конфликт, а как реакция на структурный дефицит «Я».

Механизмы психологической защиты характеризуются следующими общими чертами (Воловик В. М., Вид В. Д., 1976; Штыпель А. М., 1986; Вид В. Д., 2008; Червинская К. Р., Щелкова О. Ю., 2000):

- 1) действуют в подсознании;
- 2) отрицают, искажают или фальсифицируют действительность;
- 3) действуют в ситуации конфликта, фрустрации, психотравмы, стресса.

Их цель — снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения, сознания и психики в целом; они редуцируют тревогу и эмоциональный дискомфорт. Психологическая защита действует автоматически, снимает тревогу, напряжение и частично улучшает самочувствие, но не способна разрешить стоящие перед личностью затруднения и проблемы. Особенно важно учитывать, что «воздействие защиты, маскирующей препятствия, тем сильнее, чем меньше их обладателю известно об их вза-

имодействии, разнообразии, особенностях» (Грановская Р. М., Никольская И. М., 1999).

Известны многие классификации механизмов психологической защиты. В качестве критериев классификации наиболее часто выступают: степень эффективности психологической защиты, зрелость механизмов психологической защиты, локализация основного конфликта. В связи с этим после впервые описанных А. Фрейд (1993) девяти механизмов психологической защиты (на основании клинико-психотерапевтического анализа детей и подростков) общее их число в последующем значительно возросло. Так, Н. Мак-Вильямс (1998) разделяет защиты на две группы:

1) защиты низшего порядка (или первичные), которые возникают на границе между «Я» и внешним миром;

2) защиты высшего порядка (или вторичные), которые возникают на границе внутренних структурных инстанций личности (между «Ид», «Эго» и «Супер-Эго») или внутри «Эго», между наблюдающей и переживающей его частями.

Примитивные (первичные) защиты, с точки зрения автора, действуют общим, недифференцированным образом во всем сенсорном пространстве индивида, сплавляя между собой когнитивные, аффективные и поведенческие параметры, в то же время более развитые защиты осуществляют определенные трансформации чего-то иного — мыслей, чувств, ощущений, поведения или некоторой их комбинации.

К первичным защитам Н. Мак-Вильямс относит изоляцию, отрицание, всемогущественный контроль, примитивную идеализацию и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, а также диссоциацию и расщепление.

К вторичным защитам — морализацию, аннулирование, обращение против себя, смещение, реактивное формирование, реверсию, идентификацию, отреагирование, сексуализацию и сублимацию.

Таким образом, психологическая защита — бессознательный процесс, регулирующий уровень эмоционального напряжения, тревоги. Бессознательность психологической защиты есть признак, кардинально отличающий ее от копинга, который включает действия осознанные и целенаправленные. С некоторой натяжкой, неизбежной при переходе от строгих определений к лапидарным афористическим формулам, можно было бы сказать, что копинг есть осознанная психологическая защита, а психологическая защита — неосознанный копинг. Результатом относительно зрелой психологической защиты является устранение или сведение к минимуму импульсов, провоцирующих чувство тревоги и отрицательные эмоции и возникающих при критическом рассогласовании картины

мира с новой информацией, но при этом не происходит разрешения конфликта (Вид В. Д., 2008).

С точки зрения Н. Мак-Вильямс (1998), различие функционирования механизмов психологической защиты у здоровых и больных может быть рассмотрено по следующим параметрам:

1) объем и разнообразие репертуара защитных механизмов при столкновении со стрессовыми, фрустрирующими ситуациями;

2) их подвижность, эффективность.

У больных с расстройствами непсихотического уровня преобладают, по определению автора, вторичные защиты (или защиты высшего порядка), у больных эндогенными психозами преобладают первичные (или примитивные) защиты.

К первичным защитами, вытесняющим потребность, В. Д. Вид (2008) относит искажение восприятия себя, окружающих, идеальных представлений и инфантильные проекции. При угрозе безопасности функционирования первичной психологической защиты непроизвольно используется вторичная: невосприятие собственной роли в формировании дезадаптации, истинного уровня дезадаптации, субъективных выгод дезадаптивной защиты; манипулятивный уход от психосоциального стрессора, приемы косвенного контроля окружающих.

В условиях развившегося заболевания важнейшим психологическим защитным элементом является внутренняя картина болезни, которая рассматривается В. Д. Видом как вторичная психологическая защита.

Формирующийся у психически больных ригидный, жесткий «защитный стиль» является достаточно устойчивым образованием и может иметь как защитную приспособительную функцию, так и ограничительную, обедняющую поведенческие реакции и адаптивные возможности пациента. Однако у больных, согласно нашим данным (Шейнина Н. С., Аристова Т. А., 2002), может произойти трансформация привычного защитного поведения, что ведет к выработке «промежуточного» стиля, который будет функционировать в течение времени, необходимого для адаптации личности к иным способам реагирования, после чего возможно угасание функции отдельных защитных механизмов (например, регрессии) и формирование новой структуры психологической защиты, которая отныне будет характерной для данной личности. Таким образом, защитный стиль тесно связан с актуальным личностным конфликтом и в ходе психотерапии может быть изменен.

Для оценки механизмов психологической защиты в отечественной практике наиболее часто используется методика Р. Плутчека в адаптации Л. И. Вассермана [и др.] (2005) — «Индекс жизненного стиля». Эта методика наиболее эффективна при обследовании

больных с патологией пограничного уровня. Ее использование при заболеваниях шизофренического спектра нередко дает определенные искажения, так как включает варианты защит, практически отсутствующие в репертуаре больных данной нозологической группы. Нам представляются более адекватными для больных шизофренией немецкие методики FKBS — тест исследования механизмов психологической защиты (Gleser G. C., Ihillevich D., 1969; Hentschel U., Kiessling J., Wiemers M., 1998) и SBAK — тест самооценивания способов психологической защиты (Ehlers W., Peter R., 1989), так как они более специфичны для выявления нарушений у больных с эндогенными психическими расстройствами.

Копинг — это механизм психологической адаптации, при помощи которого человек осознанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь стрессовых обстоятельств, которые невозможно устранить. По мнению ряда исследователей (Критская В. П., Мелешко Т. К., 1985), копинг является важным фактором, влияющим на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. Термином «копинг» обозначаются как минимум три связанных друг с другом понятия, которые отражают единый феномен с разных сторон:

1) механизм совладания, благодаря которому человек осваивается с обстоятельствами, обучается управляться с ними — копинг-механизм;

2) процесс действия этого механизма — копинг-стратегии или копинг-стили;

3) результат действия этого механизма или (что равносильно) результат процесса — копинг-поведение.

Механизм совладания — *копинг-механизм* — отражает осознанное и целенаправленное стремление индивида к совладанию с эмоциональным напряжением, предпринимаемое им в ситуации решения конкретной проблемы (Чехлатый Е. И., 1994).

Процесс копинга — *копинг-стратегии*, или *копинг-стили* — включает «постоянно меняющиеся когнитивные и поведенческие усилия для управления специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как напрягающие или превышающие ресурсы личности» (Lazarus R. S., Folkman S., 1984), предпринимаемые индивидом при психологической угрозе (в частности, в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому, личностному и социальному благополучию).

Результат этих усилий — *копинг-поведение* — проявляется в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности (Heim E., 1988).

Также следует отметить менее часто используемую немецкую методику SVF — тест исследования копинг-стратегий (Janke W.,

Erdmann G., Boucsein W., 1985), которая, на наш взгляд, является более специфичной для выявления нарушений у больных с эндогенными психическими расстройствами.

Итак, для понимания личностных механизмов, способствующих развитию психических расстройств и участвующих в процессах восстановления, необходимо учитывать «адаптационный потенциал личности».

Это обуславливает использование в комплексе проводимого лечения интегративной психотерапевтической работы, направленной на:

- коррекцию искажений и архаических взглядов, неадекватных представлений по поводу психических заболеваний и способов лечения;

- усиление когнитивных (дескриптивных и оценочных) возможностей пациента;

- гармонизацию структуры «Я»;

- разрешение интрапсихических конфликтов.

Все эти виды коррекции осуществляются за счет улучшения общих регуляторных механизмов больного, направленных на совладание со стрессовыми переживаниями, а также оптимизации форм психологической защиты (включая внутреннюю картину болезни) и благодаря этому — повышению его социальной компетентности.

Для определения особенностей механизма копинга наиболее часто используется методика Р. Лазаруса (Lazarus R. S., Folkman S., 1984).

Внутренняя картина болезни (Лурия Р. А., 1935). Единой классификации вариантов внутренней картины болезни нет. А. Б. Смулевич [и др.] (1997) представляют схему отношений «Я» к болезни в виде дихотомии, выражаемой противопоставлением высокой значимости переживаний неблагополучия («гипернозогнозия») и низкой значимости тех же переживаний («гипонозогнозия»), но отмечают, что эта схема включает только «крайние точки» в спектре нозогенных реакций. Мы полагаем, что основным компонентом внутренней картины болезни является отношение к факту заболевания, которое определяет стратегию формирования адаптивного или дезадаптивного поведения пациентов.

В последние десятилетия при изучении отношения к болезни широко используется «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» — «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. В. [и др.], 1987; Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В. [и др.], 1990; Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. [и др.], 2001), в основу которой положена классификация отношения к болезни А. Е. Личко и Н. Я. Иванова (1980). В рамках этой классификации выделяется 12 типов отношения к болез-

ни, которые с целью обобщающего анализа шкальных оценок объединены в три блока. В первый блок включены шкалы гармонического, эргопатического и анозогнозического типов реагирования, которые характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации. Второй блок включает типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. Больным с такими типами реагирования свойственны «уход в болезнь», отказ от борьбы. Третий блок содержит типы реагирования с интерпсихической направленностью: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. Пациенты с преобладанием таких типов отношения к болезни или стесняются своего заболевания, или «используют» болезнь в своих целях, эксплуатируя окружающих.

3.3. Социальный диагноз

Социальный диагноз — характеристика социальной компетенции и внешних социальных ресурсов индивидуума, определяющих его ресоциализацию, т. е. возможно более полное восстановление его индивидуальной и общественной ценности, личного и социального статуса.

Схема социального диагноза представлена на рисунке 8.

Социальный диагноз включает характеристики социальной компетенции и внешних социальных ресурсов индивидуума.

Понятие «*социальная компетенция*» все еще остается слабо разработанной научной конструкцией, несмотря на растущее признание ее значимости практически во всех областях жизнедеятельности человека. А. В. Снежневский (1972) описывает феномен социальной компетентности как способность к «уравновешиванию с окружающей, в первую очередь, социальной средой». К. А. Абуль-

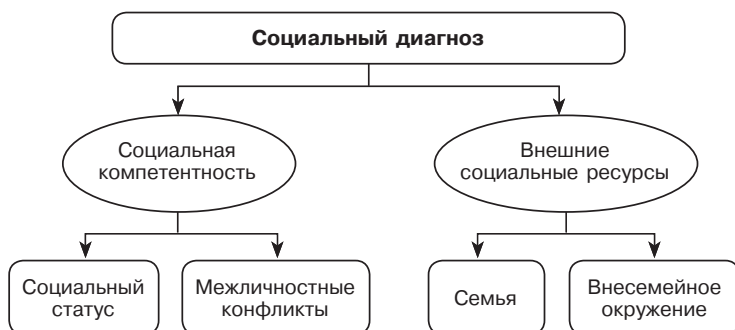


Рис. 8. Схема социального диагноза

ханова-Славская (1995) считает, что социальная компетентность — это такой путь соотнесения внутренних и внешних противоречий взаимодействия личности с обществом, где основополагающим является модель ценностного плюрализма, в котором личность считает: «Я — субъект, но и общество — субъект».

М. Ибриегит (1997) опирается на определение социальной компетентности «как комплекса интрапсихических условий эффективной адаптации к социальному окружению, который находит свое выражение в успешных стратегиях копинг-поведения». При этом социальная компетентность — это не постоянное свойство личности, а несколько различных способностей; наиболее важные из них: умение отстаивать свои права, выражать чувства и желания, устанавливать и развивать контакты (Уоллен Д., 2001). Считается, что некомпетентное поведение в каждой из основных областей социального функционирования индивида может быть обусловлено различными факторами: эмоциональными, когнитивными, поведенческими или их сочетанием (Рубин К. Х., Роуз-Крэспор Л., 2001; Hinsch R., Pfungstein U., 2007). При эндогенных психических заболеваниях, в особенности — при шизофрении, нарушены, как правило, все важнейшие навыки. Особенно выраженные затруднения отмечаются в способности выражения чувств (Розенберг М., 2001; Дак С., 2001).

В психиатрии под социальной компетенцией понимается имеющаяся у индивидуума потенциальная способность к эффективному взаимодействию с социальной средой (Schröder H., Vorwerg M., 1978), как способность и готовность, на основании совокупности знаний, умений и способов деятельности, к разрешению теоретических и практических задач, реализации личностью жизненных планов, соотносимых с потребностями общества. Иными словами, социальная компетентность — это способ эффективного взаимодействия индивида с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Для этого требуется умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы поведения при контакте с ними. В качестве главных составляющих социальной компетентности выделяют: социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуациях фрустрации (Левикова Е. В., 2011; Медведев С. Э., Коцюбинский А. П., 2013). Мы также понимаем социальную компетентность как способность к продуктивному приспособлению к социальному окружению, которая обеспечивается психологическими адаптационными механизмами, определяющими тип приспособительного поведения и реализующимися в уровне адаптации в различных социальных сферах.

Как известно, снижение или нарушение социальной компетенции (утрата необходимого объема социальных навыков, знаний, умений взаимодействовать, использовать стратегии совладания) приводит к вытеснению психически больных из сферы производства, утрате ими социальных связей; это обстоятельство требует значительных усилий по организации системы социальной поддержки людям с нарушениями психики, с привлечением к оказанию помощи специалистов по социальной работе и социальных работников. В то же время, как отмечают И. Я. Гурович и О. О. Папсуев (2015), нет прямой корреляции между социальной компетентностью и социальным функционированием. Это указывает на то, что социальные навыки необходимы, но недостаточны для реальных достижений и правильного поведения.

С целью прицельной оценки социальной компетентности следует обратиться к таким инструментам, как «Шкала социальной адаптации» (Social Adjustment Scale — SAS; Weissman M. M., Olfson M., Gameroff M. J. [et al.], 2001) или «Методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий» (UCSD Performance-based Skills Assessment — UPSA; Patterson T. L., Goldman S., McKibbin C. L. [et al.], 2001).

Шкала SAS существует как в виде самоопросника (SAS-SR — Social Adjustment Scale Self-Report), так и в виде полуструктурированного интервью. Она охватывает особенности социальных навыков пациента в 6 возможных социальных ролевых ситуациях: занятость (работа, учеба или ведение домашнего хозяйства), социализация, досуг, взаимоотношения с членами семьи (например, в качестве супруга, родителя), занимаемое положение в семье, включая финансовые вопросы. При этом интервьюер базируется преимущественно на прямых ответах пациента, что, как представляется, снижает достоверность получаемых при этом тесте результатов.

Методика UPSA занимает особое место для оценки повседневных социальных навыков у пациентов с шизофренией. Тест состоит из набора игровых заданий, оценивающих финансовые и коммуникативные навыки испытуемого в условиях, воспроизводящих реальные ситуации. Оценка результатов производится в баллах; суммарный балл, складывающийся из результатов отдельных заданий, может составлять от 0 до 100 баллов. Пациенту предлагается выполнять задания в игровой форме в 5 разных жизненных ситуациях, которые затрагивают такие сферы, как домашнее хозяйство, общение, использование транспорта, финансы, планирование досуга. Шкала имеет высокую валидность и межэкспертную согласованность. В то же время эта методика, хотя с высокой долей достоверности и позволяет оценить реальные возможности пациентов в области социальной компетентности, представляется трудоемкой,

так как требует много времени, специального обучения специалиста, а также определенного набора заготовленных предметов (телефонный аппарат, карта города, набор продуктов и пр.), что делает ее малоприменимой для использования в клинической практике.

Реализация системного подхода к изучению внутреннего мира психически больного предполагает не только понимание человека как сложной системы с множеством структурных элементов, но и понимание личности как одного из элементов системы социального окружения, которое может служить как источником психологических противоречий и проблем, так и эмоциональной поддержкой и действенной помощью в борьбе пациента с последствиями болезни.

Наиболее существенными в психиатрической клинике представляются следующие факторы, в определенной степени, отражающие социальную компетентность пациентов:

а) особенности социального статуса (в преморбидный период и в настоящее время);

б) наличие и особенности межличностных (интерперсональных) конфликтов в семье, на работе, в партнерских отношениях и других сферах деятельности.

Говоря о социальном статусе, следует учесть, что для детального представления о возможностях трудовой и социальной адаптации конкретного пациента важно знать о наличии или отсутствии у него специального образования, характере трудовой деятельности и то, каков его социальный статус сейчас. Представление о социальном статусе больного позволяет судить о потенциале его возможностей по восстановлению (а возможно, и усовершенствованию) трудовых и социальных навыков и о «мишенях» для его инструментальной социальной поддержки.

Социальный блок функционального диагноза позволяет выявить характер возможных межличностных (интерперсональных) конфликтов. Существует много определений межличностных конфликтов. Например, Г. В. Ложкин и Н. И. Повякель (2002) под межличностным конфликтом понимают «противоборство между двумя взаимодействующими субъектами, обусловленное разнонаправленностью ценностно-мотивационных ориентаций, борьбой за ограниченные ресурсы, формированием негативного отношения друг к другу».

Такие конфликты отличаются специфическими особенностями и множеством видов, выделяемых по различным основаниям классификации в соответствии с теоретическими позициями авторов. Общим для всех видов интерперсональных конфликтов является отсутствие согласия в сложившейся системе взаимодействия между людьми, столкновение противоположных целей, мотивов, точек

зрения, интересов участников взаимодействия. Причины таких конфликтов — как социально-психологические, так и личные.

В самом общем виде межличностный конфликт можно характеризовать как трудно разрешимое противоречие, возникающее между людьми и вызванное несовместимостью их взглядов, интересов, целей и потребностей.

При межличностном типе конфликтов возникает ситуация, когда экспектации пациента в отношении каких-либо лиц не получают соответствующего отклика или когда со стороны этих лиц предъявляются фрустрационные требования, несовместимые с ценностными ориентациями или реальными возможностями пациентов.

Такого рода межличностные конфликты могут возникать как в семье, так и на работе, в структуре партнерских отношений и пр. При этом если рассмотрение конфликтных зон социального взаимодействия позволяет выявить параметры, составляющие собственно социальный блок функционального диагноза, то анализ данных психологического блока помогает обнаружить наиболее патогенные психологические механизмы, обуславливающие существование этих неблагоприятных зон его жизни.

Наличие и особенности межперсонального конфликта (или конфликтов) у исследуемого больного формулируются в виде *социотерапевтического диагноза*, который позволяет определить конкретные мишени и оптимальные способы воздействия социотерапевтических мероприятий. Работу по преодолению межперсональных конфликтов целесообразно проводить совместными усилиями психолога (например, специалиста в области семейной психотерапии) и специалиста по социальной работе.

Оптимальными методами улучшения социальной компетентности являются психообразовательные программы (Новак П., 1999) и тренинг социальной компетентности (Гусева О. В., 2007).

Понимание пациентами того, что к ним относятся «как к людям», укрепляет их чувства самооценности и самоуважения и в конечном итоге способствует повышению социальной компетентности, поддержанию их «Я» во внешнем обществе (Аппельбаум П. С., 1999).

Все это требует значительных усилий по организации системы социальной поддержки людям с нарушениями психики, с привлечением к оказанию помощи не только врачей-психиатров, но и психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников (Власова Н. С., 2009).

Внешние социальные ресурсы, отражаемые в социальном диагнозе, касаются характеристик так называемой «социальной поддержки»:

- а) семьи;
- б) внесемейного окружения.

В последнее время возрос интерес исследователей к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении здоровья населения (Березин Ф. Б., 1988; Сирота Н. А., 1994; Ялтонский В. М., Сирота Н. А., 1995; Windle M. A., 1992). Имеются данные, что совокупность факторов внешнего окружения, относимых к «социальной поддержке», оказывает влияние на течение и прогноз заболевания (Beels Ch., 1981). Известно, что человек легче переносит повседневные жизненные трудности и более эффективно справляется со стрессом, если он получает поддержку от ближайшего социального окружения (прежде всего, от семьи) и находится с ним в хороших, теплых отношениях (Вайзе К., Воловик В. М., 1980). Не менее существенно то, что социальная поддержка, смягчая влияние стресса и облегчая социальную адаптацию индивидуума (Сирота Н. А., 1994.; Cobb S., 1976; Cohen R. S., Wills T. A. 1985), играет роль «средового» копинг-ресурса, т. е. помощи больному в совладании с требованиями, предъявляемыми окружением (Thoits P. A., 1986) или ситуаций.

В связи с успехами фармакотерапии все возрастающее число хронически психически больных с разным уровнем ремиссии постоянно проживают в своих семьях. Согласно общей теории систем (Берталанфи Л., 1973) семью можно представить в виде социальной системы, т. е. комплекса элементов и их свойств, находящихся в динамических связях друг с другом. Изменение одного из элементов этой системы вызывает изменения и в других ее частях, которые могут быть как положительного, так и отрицательного свойства.

Исходя из этого, объектом изучения и воздействия является семейная система в целом, а не отдельный ее элемент, в данном случае — пациент психиатра.

Каждая семья обладает определенной структурой и неповторимым качественным своеобразием, но есть и общее для всех: «При наличии в семье психически больного никто не остается интактным, нарушается баланс взаимоотношений, семья переходит на другой режим функционирования» (Алексеев Б. Е., 1999).

Как справедливо отмечает Б. Е. Алексеев, существуют две очень важные причины, по которым семье психически больного должны оказываться постоянное внимание и помощь:

а) семья составляет витальные ресурсы, необходимые для поддержания и реабилитации пациента, способна обеспечить эмоционально щадящую и принимающую больного среду и является ключевым фактором для возможности пациента оставаться в обществе;

б) семья подвергается серьезному испытанию, оказывая помощь хронически больному, ограничивая свои интересы и перестраивая уклад жизни.

Для того чтобы сохранить возможность быть полезной больному, семья сама нуждается в профессиональной поддержке, цель которой — ослабить стресс, переживаемый семьей, и развить способность пациента и семьи успешно жить с болезнью.

Специалистам в области психического здоровья необходимо понимание лечебных возможностей семьи и преодоления предвзятого отношения к ней как исключительно патогенному фактору.

В рамках социального диагноза мы предлагаем учитывать следующие характеристики:

- тип взаимоотношений пациента с референтным членом семьи;
- ожидания от больного;
- компоненты эмоциональной экспрессии;
- отношения семьи с внешним окружением;
- нагрузка на семью.

Различают эмоциональную и инструментальную составляющие социальной поддержки.

Эмоциональная поддержка семьи — отношение к пациенту со стороны ближайших родственников, способствующее или препятствующее самоутверждению больного и связанное с принципами «партнерства» или «патернализма» по отношению к нему.

Инструментальная социальная поддержка — это объем осязаемой, материальной, непосредственной помощи. Такая помощь включает в себя содействие в овладении навыками самообслуживания, а также в решении повседневных бытовых проблем, обеспечении необходимыми продуктами питания, одеждой, предметами обихода, оплате коммунальных услуг, получении пенсии, покупке продуктов и т. п.

Эмоциональная и инструментальная социальная поддержка оценивается как достаточная или недостаточная для решения задач индивидуальной для каждого больного реабилитационной программы.

Чтобы семья могла создать терапевтически полезные отношения с больным, надо развивать у членов семьи навыки эффективной опеки и в то же время — помогать здоровым членам семьи заботиться о себе. Наиболее целесообразен комплексный подход: достаточное и адекватное информирование об особенностях заболевания и его прогноза, обучение необходимым навыкам жизни с психически больным и эмоциональная поддержка семьи.

Для получения более полной и объективной информации наблюдения специалистов и опросы пациента и членов его семьи можно дополнить хорошо себя зарекомендовавшей во многих исследованиях методикой ШСО (шкала семейного окружения), предназначенной для оценки социально-психологического климата в семьях любого типа (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2005). В ее основе лежит оригинальная методика, раз-

работанная R. H. Moos в 1974 г. и адаптированная в нашей стране С. Ю. Куприяновым в 1985 г. Методика измеряет и описывает:

- отношения между членами семьи;
- направления личностного роста, которым в семье придается особое значение;
- управление семейной системой.

Во внесемейном окружении принципиально важными для ресоциализации психически больных являются два обстоятельства:

1) качество работы социальных институтов (медиков, социальных работников, других организаций), призванных помогать больному в его социализации и разрешении социальных проблем; это в значительной степени предопределяет их количество и качественные особенности;

2) влияние, оказываемое на больного формальным (коллеги по работе) и неформальным (друзья) окружением.

Социальные проблемы разнообразны, достаточно подробно изложены в характеристике четвертой оси DSM-IV и могут касаться материального положения, жилищных условий, медицинского обслуживания, юридических вопросов, взаимодействия с государственными (в том числе правоохранительными) органами.

Указанные проблемы сгруппированы в следующие категории:

1. Проблемы в первичной поддерживающей группе (семье) — тяжелые заболевания или смерть члена семьи, уход пациента из дома, повторное замужество родителей, сексуальное или физическое насилие в семье, гиперопека или отсутствие заботы, рождение сиблинга.

2. Проблемы, относящиеся к социальному окружению — смерть или потеря друзей, неадекватная социальная поддержка, одиночество, необходимость приспособиться к новым условиям жизни.

3. Проблемы в области образования — безграмотность пациента, его серьезные трудности с учебой, разногласия с учителями или классным воспитателем, неадекватное школьное окружение.

4. Проблемы с занятостью — отсутствие работы (беззанятость), страх потерять работу, стрессогенные условия работы, сложные условия труда, отсутствие удовлетворенности от работы, смена работы, разногласия с начальником или сотрудниками.

5. Проблемы с жилищем — отсутствие жилья, неадекватное жилье, небезопасное соседство, разногласия с соседями или собственником недвижимости.

6. Экономические проблемы — бедность, недостаточное финансирование основных сфер жизни.

7. Проблема с доступностью службы здоровья — недоступность медико-социальных служб, неадекватное страхование здоровья и т. п.

8. Проблемы, относящиеся к взаимодействию с законом — задержания правоохранительными органами, аресты, наличие судебных тяжб, ситуация жертвы преступления.

9. Другие психосоциальные проблемы — стихийные бедствия, война, проявление враждебности пациента к социальным работникам и врачам, оказывающим медицинскую и социальную помощь.

К числу проблем последнего рода относятся также следующие психосоциальные аспекты: этикетирующее отношение в производственной сфере или микросоциальном окружении, тенденция к дистанцированию или изоляции со стороны окружающих и т. п.

Социальная поддержка включает социально-бытовую и материальную помощь, мероприятия по восстановлению социального положения пациента: восстановление утраченных документов; восстановление родственных связей; оформление пенсий; помощь в получении льгот; решение жилищных вопросов; содействие в вопросах трудоустройства; содействие во взаимоотношениях больного с различными государственными, медицинскими и социальными службами, в помощи которых он нуждается (Власова Н. В., 2009).

Необходимо отметить, что большинство авторов выделяют две стороны социальной поддержки: объективную и субъективную. Так, I. G. Sarason [et al.] (1983) утверждают, что объективная сторона социальной поддержки и субъективная (удовлетворенность этой системой) — различные переменные, независимо важные в преодолении стресса.

В. М. Ялтонский и Н. А. Сирота (1995) полагают, что удовлетворенность социальной поддержкой является более существенной характеристикой социального статуса личности, чем объективные измерения системы поддержки.

Не всякая социальная поддержка оказывает на пациента позитивный эффект. Например, навязываемая «помощь», стремление «донора» или «доноров» постоянно контролировать ситуацию может восприниматься «реципиентом» не как поддержка, а как давление (Ялтонский В. М., Сирота Н. А., 1995) и формировать негативное отношение не только к «донору», но и к другим лицам из окружения больного.

Итак, важно определение объема социальной поддержки, так как недостаточная помощь, особенно по отношению к одиноким и потерявшим социальные связи больным, способствует их десоциализации, а сохраняющаяся в медицинских учреждениях тенденция к оказанию помощи, основанной на патернализме, приводит к тому, что пациенты в результате утрачивают навыки повседневной жизни (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2007).

В результате формулирования клинического, психологического и социального диагнозов определяются параметры психического состояния больного, его психологические характеристики и особенности личностных психодинамических механизмов, важные характеристики социума, структура и выраженность личностной проблематики.

Однако полученный массив данных не дает достаточной информации о характере и уровне функционирования больного и его потенциальных адаптационных возможностях. Кроме того, оказываются неучтенными самоощущения пациента, мера его страдания, его ожидания и пожелания относительно своего здоровья и функционирования. В то же время в современной медицине, связанной с развитием гуманистического направления, справедливо утвердилось точка зрения, согласно которой существенной целью терапии является хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие, что выражается в удовлетворении его потребностей и адаптации в физической, психологической и социальной сферах.

Такая ситуация в значительной степени способствовала возвращению интереса исследователей к понятию **«функциональный диагноз»** (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О., Шейнина Н. С. [и др.], 2004).

3.4. Функциональный диагноз

Понятие «функциональный диагноз» как средство, раскрывающее механизм болезней, ввел в клинический обиход С. П. Боткин для оценки приспособительных реакций и компенсаторных возможностей больного. М. П. Кончаловский (1935), много сделавший для разработки функционального диагноза в клинике внутренних болезней, рассматривал его в качестве одного из элементов клинического диагноза. М. С. Вовси (1936) считал применение функциональной диагностики даже более важным, чем выявление анатомического диагноза, «...так как при ее помощи намечается прогноз заболевания, его дальнейшее течение и исход».

Представление о функциональном диагнозе в психиатрии первоначально появилось в 1930-е гг. в нашей стране и рассматривалось в рамках задач врачебно-трудовой экспертизы (Гейер Т. А., 1933; Мелехов Д. Е., 1977). В этом случае функциональный диагноз оказывался необходимым для определения правильного социально-трудового прогноза и базировался на основе изучения структуры, динамики и путей компенсации психического дефекта в конкретных условиях трудовой деятельности. Д. Е. Мелехов (1963) по это-

му поводу писал: «Трудовая деятельность должна изучаться как своего рода жизненный эксперимент, подобный проведенному в свое время А. А. Лазурским изучению детей в условиях школьного обучения как педагогического эксперимента». На определенном этапе своего теоретического и практического развития функциональный диагноз имел вполне ограниченные и прагматичные цели.

Начиная с работ В. М. Воловика (1981), в качестве системообразующего фактора в функциональном диагнозе фактически рассматривались адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие, как показали дальнейшие исследования, его клинично-биологический, психологический и психосоциальный уровень адаптации (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004; Коцюбинский А. П., Зайцев В. В., 2004). Это положение принципиально отличает функциональный диагноз от диагноза многомерного.

К. Вайзе и В. М. Воловик (1980) рассматривали функциональный диагноз как системный анализ уровня и характера дисфункции, под которой понимается нарушение адаптивного поведения и социальной деятельности пациента.

Вместе с тем концепция функционального диагноза в понимании В. М. Воловика оказалась не лишенной недостатков. На практике реальное содержание функционального диагноза превратилось в функциональную диагностику и стало представлять собой обширный набор самых разных феноменов, в принципе отражавших очень доброкачественную, но и непосильную для практического врача историю болезни.

Возможно, именно с этим связано изменение термина «функциональный диагноз» на термин «функциональная диагностика» в одной из последних работ В. М. Воловика (1984).

В результате функциональный диагноз постепенно превращался в чрезвычайно обширный набор феноменов. Например, в монографии В. Д. Вида (2008) он состоит из 560 различных признаков. Систематика этих признаков проводилась по трем диагностическим измерениям, которые, как базовые составляющие функционального диагноза, сохранились (хотя дополнялись, уточнялись и расширялись) в диагностических моделях, предлагаемых другими авторами: психопатологическая ось, психодинамическая ось («отражает нормализацию функционирования психодинамических личностных механизмов») и психосоциальная ось («отражает актуальное приспособление больного в различных областях социальной активности»).

Так, интересной представляется разработанная на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова многоосевая систематика психических расстройств, в которой использованы некоторые параметры функциональной диагностики В. М. Воловика и В. Д. Вида. Она включает следующие диагностические оси

(Рустанович А. В., Фролов Б. С., 2001; Шамрей В. К., Рустанович А. В., Мишуровский Э. Э., 2005):

- 1) феноменологическая;
- 2) уровневая;
- 3) функциональная;
- 4) психосоциальная.

Каждая из перечисленных диагностических осей является, в свою очередь, многомерной и предполагает возможность квалификации состояния в разном объеме.

Феноменологическая ось — психопатологический анализ состояния. Многомерность феноменологической диагностики обеспечивается дополнением нозологических формулировок уточняющими синдромальными (а иногда и симптоматологическими) описаниями; указанием типов течения, фаз и стадий заболевания; квалификацией преморбидных или обусловленных болезнью изменений личности; оценкой качества ремиссии. Причем перечисленные «дополнительные» характеристики состояния иногда имеют для выработки экспертного решения большее значение, чем «основной» диагноз.

Уровневая ось — анализ выраженности психических расстройств. Использование в полном объеме уровневой диагностики базируется на данных экспертной (врачебной) оценки, осуществляемой с помощью шкалы обобщенной оценки функционирования (GAF) по классификации психических расстройств DSM-IV (1995) для интегральной характеристики тяжести состояния больных с психическими нарушениями и некоторых других методик.

Функциональная ось — анализ особенностей адаптивного реагирования организма и личности, т. е. оценка индивидуальных личностно-психологических характеристик и особенностей поведенческого реагирования больного. При проведении функциональной диагностики выносится заключение о типе приспособительного поведения, который, с точки зрения авторов, является основной диагностической категорией функционального диагноза в психиатрии и отражает устойчивые индивидуальные личностно-психологические особенности пациентов и, соответственно, специфику их поведенческого реагирования (Воловик В. М., 1984). Выделяется 4 типа приспособительного поведения: конструктивный, регрессивный, дезадаптивный и неопределенный (в тех случаях, когда особенности поведенческого реагирования не соответствуют ни одному из вышеуказанных типов либо характеризуются сложным сочетанием характерных для них признаков).

Психосоциальная ось — анализ качества социального функционирования, т. е. изучение качества социальной адаптации. Заключение об уровне социальной адаптации выносится по данным изуче-

ния сведений объективного и субъективного анамнеза. Качество социальной адаптации определяется в соответствии со специально разработанными критериями в основных сферах жизнедеятельности, к которым большинство авторов относят профессиональную деятельность, семью и межличностные отношения, быт и досуг, а также выделяемые авторами особенности индивидуальных и общественных ценностей. По каждому из указанных направлений уровень адаптации оценивается по 5-балльной шкале, разработанной в Институте им. В. М. Бехтерева (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004). Рассчитывается также интегральный показатель уровня социальной адаптации (как среднее арифметическое значение показателей в перечисленных выше сферах социального функционирования).

Однако эта систематика психических расстройств, успешно применяемая в военной психиатрии (Сметанникова Е. А., 2008), представляется несколько «усеченной», так как в ней не получил должного освещения ряд психологических характеристик, связанных с функциональной осью, равно как и ряд социальных характеристик, имеющих отношение к психосоциальной оси. Кроме того, авторы не стремились к теоретическому обоснованию предлагаемой многоосевой диагностики, что превращает ее в набор тщательно фиксируемых различных внешнеэкологических характеристик.

Столь же направленной на решение экспертных задач представляется концепция функционального клинико-экспертно-реабилитационного диагноза, разрабатываемая Р. М. Войтенко и В. Н. Синкевич (2009).

Цель функционального диагноза — выявление факторов, обуславливающих функциональную недостаточность индивида. В данном контексте рассматриваются три ряда характеристик: болезнь (биологический аспект функционального диагноза), личность (психологический аспект), социальный статус и окружение больного (социальный аспект).

В результате было сформулировано представление о функциональном диагнозе как о системе целостной клинической оценки психического состояния больного, описываемой в рамках триединого подхода (биологический блок, психологический блок, социальный блок), каждая составляющая которого формулируется в присущих ей компактных диагностических категориях. Характер их определяется в конечном счете особенностями адаптационно-компенсаторных возможностей пациента (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пенчул Н. А., 2005, 2006).

С нашей точки зрения, функциональный диагноз — целостная характеристика функциональных особенностей больного и его потенциальных адаптационно-компенсаторных возможностей с учетом самоощущения пациента, его ожиданий и пожеланий относи-



Рис. 9. Схема функционального диагноза

тельно своего здоровья и жизнедеятельности. Предлагаемая авторами система функциональной диагностики позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом и социальном уровнях, т. е. является системой многосторонней оценки состояния больного, основанной на единых теоретических позициях. Системообразующим фактором функционального диагноза является процесс адаптации, и его осмысления как главенствующего показателя жизнедеятельности, уровня здоровья индивида. В целостной адаптационно-компенсаторной характеристике функционального диагноза выделяют определяющие её три различные формы: клинко-биологическую, психологическую и социальную. При этом функциональный диагноз позволяет точнее оценить потенциально имеющиеся адаптационно-компенсаторные возможности пациентов и конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения.

Схема функционального диагноза представлена на рисунке 9.

3.4.1. Функционально-динамические показатели биологической адаптации

Характеристики биологического блока функционального диагноза направлены на фиксацию особенностей биологической адаптации (динамики заболевания у конкретного пациента), что определяет стратегию в отношении клинического прогноза и направления психофармакологического воздействия.

Как известно, психическое состояние каждого конкретного больного с течением времени претерпевает ряд изменений, как «спонтанных» (т. е. вызванных непосредственным действием пока неизвестной нам «ноксы», самодвижением болезни), так и обусловленных различными причинами: лечением, влиянием психотравмирующих факторов, соматическим состоянием и т. д. Если при опре-

делении **стратегии** терапевтических воздействий клиницист руководствуется, прежде всего, клиническим диагнозом пациента, то при выборе **тактики** лечения он опирается на представление о текущем этапе заболевания своего подопечного, т. е. учитывает динамику его состояния.

В западной литературе при описании динамики психического состояния широко используются такие термины, как **реакция/ответ (response)** на лечение. При этом понятие «респонс» получило новое и ограниченное понимание: этот термин, по мнению специально созданной для рассмотрения этого вопроса комиссии (Frank E., Prien R. F., Jarret R. B. [et al.], 1991), отражает не результат терапии, а только меру улучшения состояния и должен использоваться в клинических испытаниях, чтобы оценить преимущество активного препарата над плацебо (Аведисова А. С., 2008). Обычно реакция/ответ на лечение — понятие, которое относится к динамике симптомов на фоне лечения, — измеряется с помощью шкал CGI (Clinical Global Impression — шкала общего клинического впечатления), PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale — шкала позитивных и негативных синдромов), BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale — краткая психиатрическая рейтинговая шкала). В клинике непсихотических расстройств может успешно использоваться шкала SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms) (Miller T., McGlashan T., Woods S., Stein K., Driesen N., Corcoran C., Hoffman R., Davidson L., 1999), которая предназначена для выявления скрытой или кратковременной шизофреноподобной симптоматики. Она является «непсихотическим» аналогом шкал PANSS и BPRS и позволяет оценить степень выраженности симптоматики продромального этапа с выделением позитивных, негативных симптомов, степени дезорганизации и общих симптомов. Шкала состоит из 19 пунктов, каждый из которых градуируется от 0 (отсутствие расстройства) до 6 баллов (крайняя степень выраженности). Для выявления депрессивных симптомов, которые могут обусловить ложноположительный результат по негативным субшкалам, используется MADRS (Montgomery — Asberg Depression Rating Scale — рейтинговая шкала депрессии Монтгомери — Асберг), HAMD — шкала депрессии Hamilton; этими шкалами оценивают как быстрый, так и долгосрочный ответы (Kane J., 2006).

Самый распространенный способ учета реакции на лечение — определение в исследуемой выборке доли или процента пациентов, у которых происходит снижение или повышение активности симптоматики на некую величину (например, на 20 %, на 50 % и более и т. п.). При индивидуализированном подходе реакция определяется тем, насколько снижается (или повышается) интенсивность симптоматики в процессе лечения у каждого отдельного пациента.

В клинической практике для оценки динамики состояния пациента используется термин «исход/результат (outcome)» (цит. по: N. С. Andreasen [et al.], 2005).

Термин **«исход/результат» (outcome)** не имеет конкретного определения, можно только отметить, что слово это употребляется в двух значениях. Одно значение — исход заболевания в целом, например: «исходное состояние при шизофрении» (Andreasen N. С. [et al.], 2005), другое — исход отдельного эпизода или этапа заболевания, который может быть как его ухудшением, вплоть до рецидива, так и улучшением, с формированием ремиссии и даже выздоровления с восстановлением полноценного функционирования (Kane J., 2006).

В последние годы высказывается точка зрения, что такой подход к определению исхода/результата (outcome) требует совершенствования диагностики психосоциальной и когнитивной функций больного. Разработка этих новых критериев должна способствовать успеху исследований результата/исхода (Andreasen N. С. [et al.], 2005).

С нашей точки зрения (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., 2006), если исключить спонтанное движение заболевания, наиболее последовательная позиция состоит в том, что исход/результат (outcome) заболевания (или его этапа) может быть в форме ухудшения (worsening) или улучшения (improvement) состояния (рис. 10).

Ухудшение (worsening) состояния. В этом случае необходим учет остроты состояния, под которым понимается степень выра-

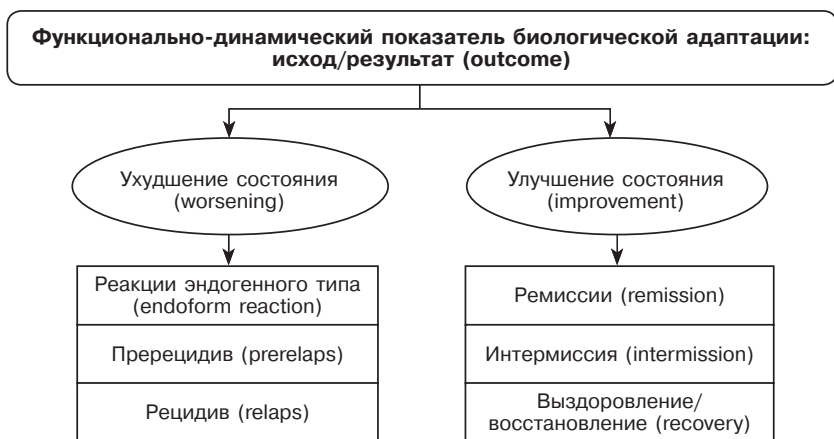


Рис. 10. Функционально-динамические показатели биологической адаптации

женности психопатологических расстройств, требующая той или иной формы медицинского вмешательства. В этом случае исследователи различают следующие градации: острое состояние, подострое состояние, обострение амбулаторного уровня, хроническое проявление психопатологической симптоматики, резидуальные явления перенесенного психотического заболевания, отсутствие психопатологических нарушений.

Более детализированное рассмотрение представлений об ухудшении (*worsening*) психического состояния делает необходимым выделение терминов «*реакции эндогенного типа*» и «*пререцидива*» (при незначительно выраженной симптоматике) в качестве самостоятельных понятий, а также непосредственно «*рецидива*» (*relapse*).

Представление о реактивном возникновении *психических* реакций экзогенного типа (делирий, аменция, сумеречные состояния и др.), которые представляют собой ответ организма на действие острых инфекций и интоксикаций, опосредованный конституциональным предрасположением, обосновано в работах К. Bonhöffer (1910). Исходя из этих представлений, А. Б. Смулевич и Э. Б. Дубницкая (2005) предложили использовать концепцию *пределикционных* (от лат. *deliquis* — недостаточный, но предопределенный) *типов реагирования*, которые могут протекать в форме непсихотических реакций эндогенного типа. Именно в рамках такого понимания Н. А. Ильина (2006), основываясь на собственных наблюдениях и данных целого ряда исследований, рассматривает шизофренические реакции как эндоформные. Итак, под реакциями — психогенно/соматогенно спровоцированными проявлениями эндоформного типа — понимаются состояния, характеризующиеся эпизодическими (транзиторными) феноменами искаженного восприятия, деперсонализацией или дереализацией, а также краткосрочными эпизодами со слуховыми или другими галлюцинациями, бредаподобными идеями. Возникают эти реакции при воздействии как объективно тяжелой (потеря близких, угроза жизни, банкротство, тяжелое соматическое заболевание), так и условно-патогенной травмы, опосредованной неадекватной оценкой реальных событий (акцентуация малозначимых, второстепенных фактов, возводимых в ранг невыносимых или катастрофических). С нашей точки зрения, отличительной особенностью такого рода реакций является их кратковременность (от нескольких часов до 1–2 нед.).

Пререцидив, по литературным данным, представляет собой такой вид ухудшения состояния, которое возникает вне связи с психотравмирующим воздействием. Являясь, по сути, инициальным этапом рецидива, пререцидив может быть достаточно продолжительным, характеризуясь умеренно выраженной симптоматикой непсихотического или даже психотического регистра, не достигаю-

шей степени выраженности острого психоза. Место для этих явлений в существующей классификации МКБ-10 не определено.

Понятие о *рецидиве* (*relapse*, от лат. *recidivus* — возвращающийся) как ухудшения состояния, судя по имеющимся данным литературы, разработано гораздо меньше, чем представление о ремиссии и выздоровлении. Рецидив, эксацербация, обострение — это ухудшение состояния, которое может напоминать имевшийся ранее активный этап заболевания или в определенной степени отличаться от него, что обусловлено как характером болезни, так и применяемой терапией. При этом клиническая картина рецидива может характеризоваться значительной стойкостью с выраженностью симптоматики непсихотического уровня или, при достаточной краткости, — психотического уровня.

Формализованные критерии эндоформных реакций, пререцидива и рецидива отсутствуют. Остается пользоваться формальными критериями, которые установлены для ремиссии, только логически «перевернув» их, отсчитывая начало ухудшения состояния от того момента, когда соответствующие шкальные оценки начинают превышать ремиссионный порог. Правда, при этом остается открытым вопрос о временном критерии. Но этот вопрос вряд ли можно считать закрытым и для существующих критериев ремиссии.

Улучшение (improvement) психического здоровья может быть эпизодическим, кратковременным, а может быть началом периода еще неустойчивого, но с явным преобладанием тенденции к положительной динамике, состояния, которое в таком случае называется этапом «становления ремиссии». В случае успешного лечения (и/или благоприятного течения заболевания) этот этап сменяется *ремиссией* (*remission*), *интермиссией* (*intermission*) или *выздоровлением* (*recovery*).

Интермиссия (от лат. *intermissio* — задержка, прекращение, промежуток) — состояние между двумя психотическими приступами, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности. С этой точки зрения понятие интермиссии близко представлению о выздоровлении, однако, в отличие от него, предполагает временный характер достигнутого улучшения психического состояния и возможность в будущем его рецидива. По умолчанию исследователи считают, что, помимо клинического улучшения психического состояния, в периоде интермиссии восстанавливаются и функциональные возможности пациентов. Интермиссию можно диагностировать только при полном отсутствии каких-либо проявлений болезни на протяжении, превышающем 6 мес., а выздоровление — при полном клиническом и социальном благополучии в течение не менее 5 лет.

Выздоровление/восстановление (recovery, по: E. Frank [et al.], 1991) также оценивается при помощи многомерных шкал; например, MARS (Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness), MSIF (Multidimensional Scale of Independent Functioning), PSP (Personal and Social Performance), критерии разработаны и валидизированы J. Kane (2006). В этом случае, помимо симптоматических оценок, учитываются также и критерии социального функционирования; в качестве последних предлагаются, например, так называемые «UCLA recovery criteria», объединяющие симптоматические оценки ремиссии и социального функционирования (Kane J., 2006). Иными словами, синдромальная ремиссия, сопровождающаяся хорошей социальной адаптацией, оценивается западными исследователями как выздоровление, что вряд ли является правомочным. В отечественной литературе проблема recovery (личностно-социального восстановления) при аутохтонных психических расстройствах впервые освещалась И. Я. Гуровичем, Е. Б. Любовым и Я. А. Сторожаковой (2008), отметившими необходимость разработки международно согласованных критериев этого понятия, однако, как позднее указали И. Я. Гурович, Н. Г. Пашкова, Л. Я. Висневская [и др.] (2013), и сегодня можно констатировать недостаточную разработанность и дискуссионный характер критериев его определения. Необходимость их уточнения обусловлена тем обстоятельством, что многочисленные катamnестические исследования указывают на то, что не менее 12–25 % больных шизофренией (это касается и наиболее тяжелого стационарного контингента пациентов) выздоравливают (Bleuler M., 1972; Ciompi L., 1980; Harrison G., Hopper K., Craig T [et al.], 2001; Harrow M., Jobe T. H., 2010; Robinson D. G., Woerner M. G., McMeniman M. [et al.], 2004).

*Ремиссия*¹ в соответствии с дефиницией этого слова (лат. *remissio* — уменьшение, ослабление) представляет собой временное ослабление симптомов активного периода заболевания. В этом определении уже заложены основные характеристики выделяемых вариантов ремиссий: полная и частичная, спонтанная и терапевтическая, кратковременная и длительная, стабильная и нестабильная, а также подчеркивается принципиальное отличие ее от выздоровления. Таким образом, ремиссия — необходимый, но недостаточный этап на пути к выздоровлению.

При формировании ремиссий происходит активация и развитие saniрующих механизмов, направленных на восстановление нарушенных функций, в результате чего наступает вначале клиническое, а затем возможно и полное выздоровление.

¹ Раздел «Ремиссия» подготовлен совместно с младшим научным сотрудником К. А. Лукмановой.

При этом реституционные механизмы обеспечиваются появлением у больного так называемых *истинных компенсаторных реакций* в понимании Д. Е. Мелехова (1963), обозначаемых другими авторами как защитные силы (Волков П. П., 1979) или невродинамические изменения репаративного и реституционного характера (Морозов В. М., 1953), которые «вытесняют» наблюдаемые в активном периоде заболевания *патологические компенсаторные процессы* (патогенные компенсаторные процессы, по: И. В. Давыдовский, 1962).

В результате такого «вытеснения» происходит восстановление нарушенного «равновесия», которое включает как нивелировку психопатологической симптоматики (Семенов С. Ф. [и др.], 1979), так и восстановление функций, обеспечивающих определенный уровень социальной деятельности больного (Воловик В. М., Вид В. Д., 1989). По сути, истинные компенсаторные реакции представляют собой результирующую неких внутренних механизмов, направленных на преодоление психопатологических расстройств и проявляющихся в разной степени осознания болезни и критики к психопатологическим ее феноменам.

На примере расстройств шизофренического спектра выделено пять типов «истинных компенсаторных реакций», ранжируемых по степени своей «зрелости»:

1) *полная переработка патологических переживаний* в соответствии с требованиями реальной действительности, ее «диссимилиция и ассимиляция» (Зеневич Г. В., 1964);

2) *двойственная оценка патологических переживаний* за счет включения построений, конкурирующих с основной их фабулой (Сальникова Л. И., 1995), «сосуществование бреда с известным адекватным отношением к действительности» (Huber G., Gross G., 1977);

3) *«рационализация»* (Малкин П. Ф., 1962; Воловик В. М., Вид В. Д., 1976), когда имеет место неадекватное, но формально логичное толкование больным причин, характера и сущности отдельных проявлений болезни;

4) *«вытеснение» психотического содержания* на периферию сознания (Stransky E., 1909; Müller M., 1949), с которым связано частичное осуществление контроля пациентом над некоторыми феноменами своей болезни, но не полное отделение от нее, признание в качестве болезненных только некоторых особенностей состояния, «бредовая критика или компромиссные суждения в отношении своего психотического состояния» (Сальникова Л. И., 1995); это же явление обозначается как «инкапсулирование» (Schneider K., 1925; Mayer-Gross W., 1932; Перельман А. Л., 1944; Альтман А. Л., 1971) или «инкапсуляция» (Елгазина Л. М., 1962), «изоляция» психопатологического содержания.

тологических переживаний «от адекватных сторон психики» (Рабинович В. И., 1940), «изоляция психотического от сохранного» (Зеневич Г. В., 1964, 1965), «отчуждение», отслоение от личности болезненных явлений (Свердлов Л. С., 1980), а также как «дезактуализация», «отступление» бреда за счет побледнения и потускнения связанного с ним аффекта (Vie J., 1939), т. е. угасание психотических феноменов с утратой чувства их актуальности для личности (Корнетов А. М., 1956), «уменьшение или утрата эмоциональной значимости и оценки бреда как чего-то реального» (Huber G., Gross G., 1977);

5) «амальгамирование» (Ястребов В. С., 1987; Wetzel A., 1932), т. е. слияние патологических переживаний с личностью, способствующее изменению ее болезненной установки и формированию сквозной внутренней переориентировки; попытка дать своему аномальному состоянию паралогическое объяснение, к которому фактически отсутствует критика («патологическое объяснение патологического»).

В результате динамической и меняющейся во времени деятельности различных адаптационно-компенсаторных механизмов на синдромальном уровне наблюдается динамика, описанная Л. С. Свердловым (1986): редукция ведущего синдрома, затем его деструкция и далее трансформация с переходом на аффективный, а потом на невротический уровень и, наконец, формирование ремиссии. Общая картина в принципе едина для случаев острых приступов и хронического непрерывного развития заболевания; различия касаются только степени растянутости событий во времени.

При этом в частных случаях отдельные элементы этой цепи могут по некоторым пока не известным причинам выпадать из общей картины.

Анализ механизмов развития психопатологической симптоматики и ее редукции с позиций адаптационно-компенсаторных реакций способствует лучшему и более глубокому пониманию сущности психических расстройств и дифференцированному рассмотрению составляющих их продуктивных, аффективных, негативных и когнитивных нарушений, что в определенной степени обуславливает тактику психофармакологических воздействий.

При этом принципиально важным обстоятельством является тот факт, что психические расстройства представлены в населении преимущественно в виде ремиссионных состояний.

В связи с этим диагностическое определение состояния больного как ремиссии (вместо постоянного и неизменного диагноза психического заболевания) существенно меняет положение пациента по отношению к болезни и способствует оптимизации процесса социального восстановления, не на словах, а на деле демонстрируя

прогресс в состоянии пациента, его продвижении по пути избавления от симптомов. Дифференцированная оценка ремиссии (полная или неполная, стабильная или нестабильная и т. д.) поддерживает установку пациента на возможность и необходимость «управления болезнью».

В то же время существующий в современных классификациях DSM-IV-TR (2000) и МКБ-10 (1994) формальный подход отличается высоким уровнем субъективности и не только не квалифицирует уровень (глубину) ремиссионного улучшения, но и не характеризует ремиссию как основную цель антипсихотической терапии, в связи с чем не предоставляет сведений о возможных терапевтических мишенях в длиннике постпсихотического периода заболевания.

В общем виде можно сказать, что ремиссии, как известно, разделяют на «спонтанные» (т. е. вызванные непосредственным действием пока неизвестной нам «ноксы», самодвижением болезни) и обусловленные различными причинами: лечением, влиянием психотравмирующих факторов, соматическим состоянием и т. д.

Проводимые отечественными авторами концептуальные исследования касались преимущественно анализа динамики и типологии ремиссий при различных формах шизофрении (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Морозов В. М., 1953; Жариков Н. А., 1961; Мелехов Д. Е., 1963; Зеневич Г. В., 1964; Смулевич А. Б., Измайлова Л. Г., Ястребов В. С., 1976; Свердлов Л. С., 1980; Вовин Р. Я., 1986; Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004; Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007), в течение долгого времени оставляя в стороне рассмотрение их особенностей при аффективных расстройствах.

В отечественной литературе ремиссия понимается как улучшение психического состояния, характеризующееся снижением его остроты или выраженности, возникающее либо в результате сано-генеза, либо (гораздо чаще) благодаря влиянию медикаментозной терапии (Вовин Р. Я., 1986). Из всех многочисленных категориальных определений ремиссии наиболее устоявшимся является то, которое предложено Г. В. Зеневичем (1964): «ослабление и смягчение всей симптоматики, обеспечивающее в той или иной степени социальное и трудовое приспособление больного и обнимающее (охватывающее — А. К.) широкий диапазон состояний от граничащих с практическим восстановлением до тех, при которых уже отчетливо выступают симптомы дефекта».

В западной литературе ремиссия определяется как «низкоумеренный уровень интенсивности симптома», когда «отсутствующие, пограничные или мягкие (mild) его проявления не влияют на поведение индивида» (Frank E. [et al.], 1991; Ninan P., 2001). «Рабо-

чая группа по ремиссии при шизофрении» (The Remission in Schizophrenia Working Group) определяет ремиссию как состояние, при котором пациенты чувствуют улучшение в отношении основных признаков и симптомов заболевания до такой степени, при которой у них не наблюдается расстройств поведения и нет достаточных критериев, необходимых для подтверждения первоначального диагноза шизофрении. Иными словами, выраженность симптомов при ремиссии оказывается ниже порога, который необходим для постановки диагноза «шизофрения» (Andreasen N. C. [et al.], 2005).

Практическое использование понятия «ремиссия» применимо и к больным шизофренией, у которых отмечается непрерывное течение заболевания (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Альтман А. Л., 1965; Серебрякова З. Н., 1972), при этом Р. А. Наджаров (1972) специально подчеркивает, что непрерывное развитие заболевания «не означает <...> невозможности развития ремиссии». Последнее становится понятным, если учесть, что так называемое непрерывное течение шизофрении в действительности представляет собой ряд ограниченных во времени сдвигов, отчего характеризуется чередованием периодов ухудшения и стабильности (Шмаинова Л. М., Либерман Ю. И., Ротштейн В. Г., 1985; Свердлов Л. С., Скорик А. И., Галанин И. В., 1991).

Однако дальнейшее развитие изучения ремиссионных состояний связано с тем, что в последнее годы доминируют два направления, касающиеся подхода к содержательному определению состояния ремиссии:

- 1) клинико-психопатологический или типологический (категориальный), традиционный для отечественной психиатрии;

- 2) дименсиональный (операциональный или стандартизированный), основанный на оценке выраженности ряда показателей различных шкал, которые в совокупности обеспечивают количественно верифицированные рамки данной дефиниции.

Категориальный (типологический) подход к классификации ремиссий, учитывающий качественные признаки резидуальной позитивной, негативной (дефицитарной) и личностной симптоматики, а также дифференцированные пороги социального и личностного функционирования, основан на феноменологической характеристике расстройств, сохраняющихся вне обострения, или характере наблюдающихся после их уменьшения или исчезновения изменений личности.

Категориальный подход позволил дифференцировать ремиссии в зависимости от стойкости достигнутого терапевтического эффекта и по параметрам тяжести остаточных позитивных расстройств. Косвенно такой подход лишь частично отражен в существующих современных классификациях DSM-V и МКБ-10 (Международная

классификация болезней 10-го пересмотра, 1994), в рамках которых ремиссии, в зависимости от наличия или отсутствия резидуальных симптомов, подразделяются на *частичные* и *полные*. Однако при этом никак не отражается связь формирующихся ремиссий с особенностями процессуального заболевания. В связи с этим отечественные исследователи уточняют представления о полноте достигаемой ремиссии и выделяют качественно различные ее варианты при шизофрении (в значительной степени характерные и для шизотипических расстройств), отражающие, в первую очередь, клинические особенности аутохтонного процесса (Смулевич А. Б., Андрущенко А. В., Бескова Д. А., 2007). Перспективным в этом отношении представляется разработанная А. Б. Смулевичем [и др.] (2006, 2009б) концепция о дифференциации ремиссий в зависимости от характера их связи с предшествующей психопатологической симптоматикой активного периода заболевания.

В том случае, когда психопатологическая симптоматика в период ремиссии в определенной, хотя и сглаженной форме, отражает остаточную симптоматику предшествующего этапа заболевания, ремиссии квалифицируются как *симптоматические*, так как в них в какой-то, хотя и сглаженной, степени представлена позитивная симптоматика активного периода заболевания (тимопатическая, обсессивная, ипохондрическая, а также параноидный ее вариант, который, по понятным причинам, связанным с клиническими особенностями активного периода заболевания, при шизотипических расстройствах не встречается). Симптоматический тип ремиссий характеризуется наличием разного рода резидуальных расстройств активного периода заболевания (отдельные «застывшие» бредовые идеи, транзиторные галлюцинации и иные позитивные симптомы) на фоне существенной редукции других нарушений острого периода и недостаточно критичного отношения к сохраняющимся болезненным проявлениям.

1. Тимопатический вариант (Жариков Н. М., 1961), называемый также гипертимическим (Забродин Д. Г., 1982). При относительной сохранности работоспособности, темпа и подвижности психических процессов, незначительные личностные изменения у таких пациентов характеризуются утратой прежней продуктивности, исчезновением прежних желаний и угасанием побуждений, редукцией соответствующих им аффектов, неспособностью испытывать соответствующие переживания, недостаточной удовлетворенностью жизнью, сужением эмоциональных контактов, эгоизмом, обеднением выразительности, гипертрофированными реакциями на условия, требующие напряжения. Больные указывают на снижение способности радоваться, огорчаться, испытывать эмоциональный отклик на происходящее, отмечают утрату прежней впечатлительности.

На этом фоне наблюдаются характерные для этого рода больных эмоциональная неустойчивость и более или менее систематическое возникновение фаз эмоциональной подавленности и оживленности различной длительности. В структуре этих фазных состояний можно отметить черты подозрительности, отдельные ипохондрические жалобы. При этом требуется дифференциальная диагностика аффективных расстройств как проявлений стойких постпроцессуальных изменений типа нажитой циклотимии, от периодов обострения и затухания собственно заболевания как активного текущего процесса (Мазаева Н. А., Абрамова И. В., 1986).

2. Обсессивный вариант (Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007) — близкий к ананкастному (Сухарева Г. Е., 1933; Морозов В. М., Наджаров Р. А., 1956). Для таких пациентов характерно появление (или значительное усиление преморбидно имевшихся) следующих качеств: неуверенности в себе; нерешительности; склонности к сомнениям и тревожным опасениям по любому предмету (возврат болезни, здоровье близких, принятие того или иного решения и т. п.); сенситивности вплоть до развития в трудных ситуациях рудиментарных сенситивных идей отношения (проходящих при перемене обстановки); патологического перфекционизма (утрированного педантизма, бытовой перепроверки); привычных, лишенных защитных функций, ритуалов; агорафобии и других форм избегающего поведения; транзиторных навязчивостей (хульных мыслей, навязчивого счета, навязчивостей проспективного и повторного контроля вне реальных ситуаций).

Несмотря на относительно хорошую эмоциональную сохранность таких пациентов, общение с людьми вызывает у них заметное затруднение, в связи с чем больные стараются избегать шумных многолюдных компаний, ограничивая свои контакты пределами семьи и работы.

Таким образом, характерологическая трансформация при этом типе ремиссии происходит в сторону гиперэстетического полюса психэстетической пропорции (Кречмер Э., 1930) с ограничением функциональных возможностей личности и перестройкой системы отношений с окружающими.

3. Ипохондрический вариант — близкий к астеническому (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Жариков Н. М., 1960; Зеневич Г. В., 1964). Он возникает после неполной редукции ипохондрической симптоматики острого периода заболевания, сочетающейся нередко с сенестопатическими проявлениями, или в результате ипохондрической фиксации после редуцирования иных психопатологических проявлений острого периода. Тем не менее, несмотря на разные механизмы формирования этого варианта ремиссии, характерной для его клинической картины является еди-

нообразная установка и форма поведения больных, рыхлость и незавершенность ипохондрических переживаний, наличие в редких случаях рудиментарных сенестопатий. Имеют место стойкие ипохондрические высказывания (но без пышного бредообразования) и упорные соматические жалобы, сопровождающиеся стремлением непрерывно лечиться и постоянными сетованиями на то, что никто им не поможет. Нет сознания истинного заболевания и критики к своему состоянию. Основные интересы таких пациентов сосредоточены на вопросах собственного соматического или психического здоровья, а сама ипохондрическая фиксация приближается по характеру к истерической установке. В то же время менее всего такие больные напоминают истероидных личностей: они эмоционально уплощены, замкнуты и интровертированы, а образ их жизни укладывается в формулу ипохондрической аутизации.

4. Параноидный вариант (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Авруцкий Г. Я., 1957; Жариков Н. М., Попова М. С., Станкевич Л. А., 1966), к которому относятся также варианты галлюцинаторный (Волкова Р. П., 1974) и галлюцинаторно-параноидный (Жариков Н. М., 1960). Этот вариант ремиссии обусловлен в первую очередь резидуальной психопатологической симптоматикой активного периода, которая, потеряв свою актуальность и приобретя черты торпидности и окаменелости, лишь до некоторой степени влияет на особенности поведения и образ жизни больных. Критика к своему состоянию характеризуется двойственностью, а сами переживания приобретают оттенок обсессивности. Наблюдаются идеи преследования, отношения, толкования, иногда — изобретательства, переоценки собственной личности, редко — ревности. Несмотря на бредовые идеи, больные бывают годами полностью или частично социально компенсированы и трудоспособны.

В том случае, когда такая связь с симптоматикой активного периода заболевания не прослеживается, ремиссии квалифицируются как *синдромальные*, исчерпывающиеся дефицитарной негативной симптоматикой и личностными нарушениями (стеническая, астеническая, псевдопсихопатическая, апатическая). Синдромальные ремиссии предполагают завершенность обратного развития проявлений острого периода, стабильное отсутствие позитивных симптомов при одновременном наличии негативной симптоматики.

1) Стенический вариант (Татаренко Н. П., 1960; Зеневич Г. В., 1964; Скрыль Э. Н., 1972), включая гиперстенический (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Морозов В. М., 1953; Елгизина Л. М., 1962; Забродин Д. Г., 1982) и гипертимостенический (Твердохлеб В. П., 1979). Он характеризуется наличием стеничности, высокого уровня деятельности, достаточно продуктивного контакта с окружающими, активности, расчетливой целенаправленно-

сти в работе. Этому сопутствуют неизменно обращающие на себя внимание: отсутствие тонкой эмоциональной нюансировки и гибкости (откуда примитивная прямолинейность), утрированная «правильность» и «социальность» установок, педантизм в работе (напоминающий гиперстенический тип, описанный В. М. Морозовым и Ю. К. Тарасовым, (1951), эмоциональный эгоцентризм, холодный расчет, узость интересов, локальный характер деятельности, которая превращается в самоцель, в ущерб решению существенных жизненных проблем (профессиональных, семейных, сексуальных). При этом «сверхправильные» взгляды на жизнь теряют адекватность и входят в противоречие с реальностью, отчего затрудняют полноценное социально-трудовое продвижение пациентов вместо того, чтобы ему способствовать. Такие больные часто работают в условиях обычного производства. Нередко у них отмечается критическое отношение к своему болезненному состоянию в прошлом. Важно отметить, что при стенической ремиссии всегда можно говорить о «новом модуле функционирования» этих пациентов, отличающемся от имевшегося у них ранее.

2) Астенический вариант (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Зеневич Г. В., 1964; Твердохлеб В. П., 1979). Для него характерны: повышенная реактивность пациентов, ранимость, хрупкость, лабильность и быстрая истощаемость нервной системы, невыносимость (преимущественно в напрягающей обстановке психологического стресса), сопровождающаяся возникновением эмоциональной неустойчивости со склонностью к депрессивно-ипохондрическим реакциям или явлениям интенциональной несостоятельности, быстро проходящим при перемене ситуации. Жалобы таких пациентов напоминают невротические: общая слабость, разбитость, головные боли, недостаточный сон с частыми пробуждениями и отсутствием чувства отдыха после него, снижение аппетита, безразличие к еде. При этом всегда отмечается более или менее выраженная замкнутость, снижение интенсивности социальных контактов, однако недостаточность широты и разнообразия контактов с внешним окружением сочетаются с сохранением диапазона основных интересов в социальной действительности.

3) Псевдопсихопатический или психопатоподобный вариант (Жариков Н. М., 1963; Зеневич Г. В., 1964; Цуцульковская М. Я., 1967; Твердохлеб В. П., 1979). В одних случаях клинические особенности состояния больных определяются эмоционально-волевыми нарушениями, которые проявляются:

а) в неспособности тормозить свои желания и подчиняться требованиям окружения, отсутствию чувства долга, ответственности, стойких последовательных интересов, неразборчивости в контактах

и привязанностях, частой смене работы, систематическом безделье или бродяжничестве;

б) в аффективной уплощенности, эмоциональной поверхностности, неспособности к сопереживанию, нравственном огрубении, циничности, чрезмерной эгоцентричности в сочетании с безразличным по существу отношением к ближайшему окружению и постоянным недовольством им;

в) в повышенной эмотивности, взрывчатости, эксплозивности и требовательности, уверенности в справедливости любых своих претензий (вплоть до кверулянских тенденций).

Зачастую обращают на себя внимание их претенциозный внешний вид, неряшливость и/или недостаточное внимание к санитарно-гигиеническим требованиям, манерность. Эти больные склонны к алкоголизации, наркотизации, сексуальной обнаженности и беспорядочным сексуальным эксцессам, нелепым поступкам. Мышление большинства пациентов характеризуется интровертированностью и непоследовательностью.

В других случаях состояние пациентов характеризуется отчетливыми проявлениями аутизации (Башина В. М., 1964; Зеневич Г. В., 1964). Такие больные отличаются низкой потребностью в контактах, снижением эмоциональной привязанности, сужением диапазона аффективных переживаний, регламентацией собственной активности. Общение больных ограничено кругом семьи, но и там они оказываются малоразговорчивы. Формально сохраняя социальные связи, они остаются по существу отгороженными от внешнего мира, малодоступными, замкнутыми и манерными, но при этом справляются с жестко регламентированными обязанностями, хотя и не проявляют инициативы. Не реагируя живо на окружающее, они, производя впечатление людей «нелюдимых», «угрюмых», «вне коллектива», по сути, живут внутренним миром и не могут быть расценены как апатичные (напротив, бывают даже повышеном сенситивными). Мышление этих пациентов характеризуется аутистической направленностью, склонностью к отвлечению от конкретного в сторону общих тем, расплывчатостью суждений и резонерством, а речь — вычурностью. Их социальные интересы ограничены, как правило, аутистическими хобби (коллекционирование, фотографирование, компьютер, радиолюбительство, изобретательство). В то же время их «одержимость» является скорее внешней и не сопровождается подлинной увлеченностью, творческим подходом. Отсутствие гибкости и такта в решении сложных жизненных задач, прямолинейность и ригидность снижают способность этих пациентов к адекватному приспособлению в социальном окружении.

Таким образом, при данном варианте ремиссий характерологическая трансформация происходит в сторону анестетического полюса психастетической пропорции (Кречмер Э., 1930).

4. Апатический вариант (Зеневич Г. В., 1964), он же — **олиготимический** (Жариков Н. М., 1960). В этих случаях отмечается побледнение и уплощение аффективных проявлений вплоть до эмоциональной тусклости. В отличие от пациентов с аутистическим вариантом, которые хотя бы внешне, формально проявляют интерес к окружению, при апатическом варианте отмечается бедность интересов, слабость побуждений, нежелание познавать новое, малая доступность, отсутствие друзей, пассивность (вплоть до полного равнодушия к окружению), внушаемость. Если такие больные все-таки работают, что встречается при малопрогрессирующей шизофрении (при этом в целом уровень их активности в производственной сфере очень низкий), то работу выполняют чаще «по инерции» и не стремятся ни к продвижению по службе, ни к смене работы, даже если она им в тягость. В более тяжелых случаях такие больные не работают, но в домашних условиях полностью или частично себя обслуживают. Наконец, в ряде случаев аффективное опустошение бывает выражено до такой степени, что пациенты неспособны даже к самообслуживанию.

В недавнем клинко-эпидемиологическом исследовании А. Б. Смудевича с сотрудниками (Смудевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007), посвященном, в том числе, разработке систематики ремиссий при расстройствах шизофренического спектра, была отмечена высокая частота параноидного, тимопатического и апатического вариантов. При этом отечественные исследователи оценивали ремиссию, исходя из трех критериев — клинического, социального и трудового, отказываясь тем самым от только операционального подхода и пытаясь найти ему адекватную «поддержку» в виде функциональной характеристики состояния пациента, лишь одной из составляющих которой является симптоматическая психометрическая положительная динамика (Аведисова А. С., 2004).

Таким образом, в основе большинства отечественных категориальных классификаций ремиссий лежит наиболее яркий и характерный ведущий признак, обуславливающий поведение больного. При этом подчеркивается сущность ремиссии как качественной синдромальной характеристики клинического восстановления, а о социальной адаптации говорится лишь вскользь: ремиссия рассматривается не с точки зрения особенностей ее социальных характеристик, а скорее как условие для реализации индивидуумом еще сохраняющихся (хотя и ограниченных болезнью) возможностей существования во внешнем окружении.

Однако категориальный подход к ремиссиям имеет ряд недостатков:

- 1) субъективизм в оценке типа ремиссии;
- 2) отсутствие квалификации уровня ремиссии;
- 3) отсутствие характеристики степени социальной дезадаптации;
- 4) лишь косвенное упоминание об аффективной и когнитивной составляющих структуру ремиссии;
- 5) отсутствие единого мнения о необходимости выделения и границах временного критерия.

Ремиссии в рамках *дименсионального* (лат. *dimensio* — измерение, размер, протяжение) подхода изучались преимущественно западными исследователями (Penn D. L., Mueser K. T., 1996; Andreasen N. C. [et al.], 2005; Van Os J., Burns T., Cavallaro R. [et al.], 2006; Van Os J., Drukker M., Campo J. [et al.], 2006; Van Os J., Kahn R., 2007; DeHert M. [et al.], 2007; Docherty J. P. [et al.], 2007; Mortimer A. M., 2007; Opler M. G. A. [et al.], 2007). При этом подчеркивается, что в этом случае речь идет о количественных характеристиках именно симптоматического, а не функционального (социального) улучшения, более близкого к понятию «recovery» (выздоровление). В связи с этим под ремиссией западные авторы подразумевают только ослабление ядерных психопатологических симптомов (Van Os J., Drukker M., Campo J. [et al.] 2006).

Преимуществами дименсионального подхода являются: стандартизация и единообразие получаемых данных с возможностью их использования для мета-анализа, ориентированность оценок на стабильность и долгосрочный прогноз. Ключевым моментом, по мнению авторов, разрабатывавших базовые характеристики ремиссий, является временной критерий, т. е. длительность улучшения. Из обзора работ становится понятным существующий разброс мнений: предлагалось считать достаточным период от одного месяца до двух лет. По мнению рабочей группы, **6-месячный период** стабильности является минимальным, чтобы диагностировать собственно ремиссионное состояние (Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005).

Для количественной оценки этих показателей был определен ряд наиболее широко используемых шкал:

1. SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) — шкала (34 пункта) для оценки позитивных симптомов и SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) — шкала (25 пунктов) для оценки негативных симптомов (Andreasen N. C., 1982; Andreasen N. C., Olsen S., 1982). Эти две шкалы используются вместе, диапазон оценок каждого пункта «0 (no) — 5 (severe)». Шкалы SAPS и SANS разделены на три измерения: психотизм (галлюцина-

ции и бред); негативные симптомы (аффективное уплощение, алогия, абулия — апатия, ангедония — асоциальность); дезорганизация (неадекватный аффект, странное поведение, формальные расстройства мышления).

2. PANSS (Kay S. [et al.], 1987) — шкала, диапазон оценок каждого пункта которой: «1 (absent) — 7 (extreme)». Шкала позволяет вычислить: тяжесть позитивных синдромов (пункты P1—P7, описывающие галлюцинаторное поведение, бред, концептуальную дезорганизацию); негативные синдромы (пункты N1—N7, которые описывают эмоциональный аутизм, снижение коммуникационных способностей, социальную отгороженность, нарушения абстрактного мышления, снижение спонтанности и непрерывности речи, стереотипное мышление); общие психопатологические синдромы (пункты G1—G16); риск возможной агрессии (три дополнительных признака вместе с анамнестическими данными).

3. BPRS (Overall J., Gorham D., 1962) — шкала, диапазон оценок каждого пункта которой: «0/1 (non present) — 6/7 (most severe)». В этой методике для диагностики ремиссии учитывается снижение выраженности следующих параметров (в скобках приводятся номера вопросов методики BPRS): идеи величия (8), подозрительность (11), мысли необычного содержания (15), галлюцинации (12), концептуальная дезорганизация (4), манерность и вычурность (7), аффективное уплощение (16).

N. Andreasen [et al.] (2005) предложила для верификации ремиссии использовать отсутствие или низкий порог выраженности 8 основных симптомов шкалы PANSS: 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 (N5) (Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A., 1987). Таким образом, предлагаемая оценка ремиссий базируется на критериях уменьшения выраженности 5 позитивных и 3 негативных симптомов (по PANSS) при относительной стабильности ассоциированных симптомокомплексов и минимальном влиянии остаточных болезненных проявлений на социальную адаптацию (Фляйшхакер В., Лашо Б., Канн Дж. М., 2006; Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005; Dunayevich E. [et al.], 2006; Leucht S., Lasser R., 2006).

Вместе с тем следует подчеркнуть, что в результате определение ремиссии, основанное только на оценке психического 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 (Mortimer A. M., 2007), лишь в ограниченной степени позволяют оценить

исходы при шизофрении, оказывается недостаточным. К тому же в повседневной клинической практике психометрические шкалы, как правило, не используются, что требует в новой международной классификации болезней представления клинических характеристик ремиссии в описательном виде. Это со всей необходимостью ставит вопрос о целесообразности расширения набора стандартов, используемых при отграничении и характеристике ремиссий при разных вариантах течения аутохтонного заболевания.

В то же время со специфичностью и достаточностью именно этих критериев симптоматической ремиссии согласны далеко не все авторы, так как оказалось, что даже по отношению к ремиссиям при шизофрении правомерность выделения конкретных характеристик представляется спорной. В еще большей степени это касается ремиссий при шизотипических расстройствах.

Подвергается сомнению *специфичность* конкретных 8 выделенных критериев ремиссии. Так, J. Eberhard [et al.] (2009) показали, что не все предложенные 8 симптомов по PANSS специфичны для диагностики ремиссии при шизофрении. Наиболее нехарактерным симптомом являлось при этом «нарушение спонтанности и плавности речи» (N6), а наиболее отличительными симптомами являлись «депрессия» (G6) и «загруженность психическими переживаниями» (G15). Продолжая этот ход рассуждений, ряд авторов указывает, что *симптоматические оценки международных критериев ремиссий* (МКР) носят в большей мере *неспецифический* характер и мало чем отличаются, например, от глобальной оценки тяжести психоза по шкале CGI-SCH (Haro J. M. [et al.], 2006; Leucht S. [et al.], 2007).

С другой стороны, перечень симптомов PANSS, предложенных для диагностики ремиссии, не охватывает всю полноту клинической картины, оставляя без внимания некоторые другие признаки, в связи с чем предлагается использовать для целостной оценки улучшения состояния некоторые дополнительные шкалы PANSS. Исследование А. В. Потапова (2010) позволило выявить ряд симптомов, которые также не были учтены международными критериями ремиссии. Это: а) позитивная симптоматика, которая у многих стабильных пациентов не достигает предложенного симптоматического уровня по PANSS: б) негативная симптоматика (астенический синдром, апато-абулические проявления, уплощение эмоциональных проявлений, малая доступность, аутистичность, волевые нарушения в виде нерешительности, амбивалентности при изменениях типа «зависимой личности», нарушения контроля импульсивности и внутренних побуждений при псевдопсихопатической ремиссии, малоконтактность и эмоциональная отгороженность при аутистической ремиссии, а также дизбулические нарушения при псевдоп-

сихопатической ремиссии и изменениях типа «фершробен»); в) нарушения мышления и речи.

Кроме того, существенное значение имеет *аффективная симптоматика* (депрессия и нажитая циклотимия), которая представляется обязательной для включения в разработку стандартизированных критериев (Потапов А. В., 2010). Важное место 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 (Мосолов С. Н., Кузавкова М. В., Калинин В. В. [и др.], 2003). В многочисленных описаниях ремиссионных состояний у больных шизофренией, сделанных отечественными авторами (Морозов В. М., 1953; Жариков Н. М., 1961; Зеневич Г. В., 1964; Смулевич А. Б., Андриященко А. В., Бескова Д. А., 2007; Вишневская О. А., 2013; Петрова Н. Н., Вишневская О. А., 2014), также 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 (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2008).

В понятие ремиссии могли бы быть включены *когнитивные нарушения*, однако это положение поддерживается далеко не всеми исследователями. На важность учета когнитивных нарушений в критериях ремиссии указывалось во многих работах (Helldin L. [et al.], 2006; Buckley P. F. [et al.], 2007; Lambert M. [et al.], 2010). В то же время, хотя признается, что у больных шизофренией в структуре расстройств существенное место занимают когнитивные дисфункции, 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.

Как отмечают многие исследователи (Потапов А. В., 2010; Потапов А. В. [и др.], 2010; Мосолов С. Н., Потапов А. В., Ушаков Ю. В. [и др.], 2012), наличие компенсаторных механизмов, характерных для определенных типов ремиссий и форм шизофрении, указывает на необходимость выделения ***психологических критериев ремиссии*** и, в частности, осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям как одного из важных компонентов ремиссии.

В то же время предложенные в международной классификации критерии ремиссий не учитывают такие важные ***психологические параметры***, как особенность приспособительного поведения (Кочубинский А. П. [и др.], 2004), комплаентность больных (Незна-

нов Н. Г., Вид В. Д., 2004), самооценка, удовлетворенность жизнью, переживание дистресса (Смулевич А. Б., Козырев В. Н., Дубницкая Э. Б. [и др.], 2006), представляющих собой различные параметры качества жизни, и субъективную оценку переносимости длительной фармакотерапии (удовлетворенность терапией). Иными словами, исследователями все чаще ставится вопрос о необходимости диагностического учета параметров, связанных с психологической адаптацией больных.

Следует отметить, что рабочая группа, разработавшая симптоматический критерий ремиссии, признала, что различные не учитываемые ими симптомы влияют на результаты лечения и дальнейшее благополучие пациента. В связи с этим был достигнут консенсус, касающийся необходимости проведения в дальнейшем целенаправленных диагностических мероприятий по расширению основных критериев симптоматической ремиссии. Кроме того, рабочая группа предложила описывать отдельные критерии ремиссии для положительных и отрицательных симптомов, чтобы в дальнейшем учитывать их независимо от общей оценки симптоматической ремиссии.

Авторы рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении (Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005) в качестве облигатного используют показатель *выраженности* расстройств: суммарное снижение учитываемых шкальных оценок по шкале PANSS не должно превышать 20 % от выраженности исходной симптоматики, а все квалифицирующие ее симптомы должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выраженными (1–3-й уровень по шкале PANSS, во всех других уровнях игнорируется динамика относительно исходного уровня) и определяться как низкими (недостаточными) лишь тогда, когда не влияют на поведение пациента. В то же время цель практического врача не ограничивается 20 % редукцией симптомов или снижением их балльной оценки в тех или иных психометрических шкалах; она состоит в достижении *максимальной редукции* симптомов и *восстановлении функционирования* больного (Rupnow M. [et al.], 2005).

При таком подходе частное понятие «ремиссия» противопоставляется более общему понятию «терапевтическая реакция/ответ» — «response». Вместе с тем оказалось, что для некоторых форм шизофрении предложенный *порог в 3 балла и менее* по шкале PANSS недостижим, несмотря на длительную стабильность состояния и лечение наиболее современными препаратами (Потапов А. В., 2010; Потапов А. В. [и др.], 2010; Mosolov S. N., Potapov A. V., Ushakov U. V., 2012). Таким образом, использование критерия симптоматической ремиссии в качестве варибельности исхода оказалось целесообразным, прежде всего, для клинических исследований пациентов с острым психозом (Peuskens J., Kaufman L., Van Vleymen B.,

2007) и охватывает лишь относительно благоприятный вариант течения заболеваний, оставляя в стороне состояния стабилизации процесса с более выраженными нарушениями.

Это подтверждают результаты исследования, проведенного С. Н. Мосоловым, А. В. Потаповым, Ю. В. Ушаковым [и др.] (2012), которые свидетельствуют, что чаще критерии ремиссии в полном объеме достигались при эпизодическом (39,6 %) и ремитирующем (15,0 %) типах течения параноидной шизофрении, а также шизоаффективного расстройства (17,0 %). В группе больных со стабильным, но не соответствующим симптоматическому критерию состоянием, преобладали пациенты с более тяжелыми формами течения заболевания: непрерывным (41,0 %) и эпизодическим со стабильным дефектом течением (29,5 %), а также были представлены пациенты с гебефренией (1,9 %) и кататонической (2,9 %) формами шизофрении.

Таким образом, результаты натуралистического исследования показали широкую вариабельность оценок международных критериев ремиссий (МКР) в различных популяциях больных шизофренией, но в целом этому уровню соответствовало лишь около $1/3$ амбулаторных больных (Haro J. M., Novick D., Suarez D. [et al.], 2006; Helldin L., Kane J. M., Karilamp U. [et al.], 2006; De Hert M., Van Winkel R., Wampers M. [et al.], 2007; Leucht S., Beitingner R., Kissling W., 2007; Li C. T., Su T. P., Chou Y. H. [et al.], 2010; Wolter A [et al.], 2010; Zimmermann J. [et al.], 2011).

Обращалось также внимание на то, что предлагаемые критерии ремиссии унифицируют представление о неодинаковых возможностях для ее достижения, заложенных в самой природе основного заболевания. Так, T. Wobrock [et al.] (2009) выявили, что при различных вариантах диагноза по МКБ-10 наибольший шанс достижения ремиссии имеется у пациентов с диагнозом параноидной шизофрении (OR=1,54), а наименьший — при резидуальной шизофрении (OR=0,41).

При этом из числа этих пациентов, достигших ремиссионного психопатологического уровня, лишь около 70–80 % удерживают этот статус более 6 мес. (Van Os J., Drukker M., Campo J. [et al.], 2006; Buckley P. F., Harvey P. D., Bowie C. R. [et al.], 2007; De Hert M. [et al.], 2007; Kane J. M., Grandall D. T., Marcus R. N. [et al.], 2007; San L., Ciudad A., Alvaez E. [et al.], 2007; Kurihara T., Kato M., Reverger R. [et al.], 2011), а по данным S. Z. Levine [et al.] (2011) — 11,7 % от всех больных. Больше же года симптоматическим критериям международной классификации ремиссии соответствовало — по данным недавнего немецкого натуралистического исследования — только от 10,3 до 13,2 % от всех больных (Wolter A. [et al.], 2010; Zimmermann J. [et al.], 2011).

Таким образом, с одной стороны, в среднем предложенный пороговый уровень для выбранных симптомов был достижим только примерно для 20 % клинически стабильных пациентов, а с другой, как справедливо комментируют эти показатели С. Н. Мосолов, А. В. Потапов, Ю. В. Ушаков [и др.] (2012), если придерживаться полноты предлагаемых оценок как критериев ремиссии при шизофрении, то следует предположить, что подавляющее большинство амбулаторных больных шизофренией находятся в постоянном обострении, что не отвечает клинической реальности. Иными словами, значительное количество ремиссионных состояний при использовании вышеприведенных критериев остаются *не диагностированными* (Мосолов С. Н., Потапов А. В., Шафаренко А. А. [и др.], 2011).

Указанные критерии, естественно, могут быть расширены или уточнены. Рабочая группа также считает, что требуется расширить знания о связи ремиссии с *восстановлением функционирования*. В связи с этим она признала необходимость проведения дальнейших исследований, направленных на внедрение дополнительных критериев.

Решение этих задач отражено в комплексном многоплановом исследовании, проведенном С. Н. Мосоловым, А. В. Потаповым, Ю. В. Ушаковым [и др.] (2012), результатом которого явилось формулирование стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии (СКФКР). Сущность этого исследования заключается в неодинаковости критериев ремиссии при разных вариантах течения психотической шизофрении. Предложенные этими авторами новые стандартизированные критерии ремиссии учитывают, с одной стороны, крепелиновские формы шизофрении и типы течения по МКБ-10, клинические (категориальные) особенности различных дефицитарных состояний при шизофрении и уровень социальной и личностной адаптации пациента, а с другой стороны, опираются на современную дименсиональную модель шизофрении и используют валидизированные операциональные дефиниции и градации выраженности симптомов по PANSS и квантифицированную оценку уровня функционирования по шкале PSP (Приложение 1).

Совокупность полученных с помощью СКФКР данных способствует, как считают С. Н. Мосолов, А. В. Потапов, Ю. В. Ушаков [и др.] (2012), уточнению клинического и социального прогноза и позволяет выделить группу риска — нестабильные состояния, несущие информацию о возможности рецидива психоза, — в отношении которой становятся особенно актуальными задачи сохранения и углубления ремиссии, предотвращения эксацербации процесса. Как считают авторы, недостижение критериев ремиссии должно на-

целивать врача на смену или интенсификацию терапии для получения более глубокого эффекта.

В отличие от исследований, подчеркнуто ориентированных только на выработку и уточнение критериев психотической шизофрении, и как попытку преодоления противостояния категориального и дименсионального подходов И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер [и др.] (2008) предлагают операционально-диагностические критерии ремиссии при всех расстройствах шизофренического спектра. Авторы включают в содержательные характеристики ремиссии не только выраженность позитивной и негативной симптоматики (в том числе выраженность личностных изменений), но и критическое отношение к болезненному состоянию, а также социально приемлемое поведение.

Резюмируя изложенное выше, можно сказать, что международный симптоматический критерий в структуре дименсионального подхода является лишь отправной точкой на этапе первых признаков ремиссии, холистическая структура которой представлена на рис. 11.

Биологическая адаптация в холистической структуре ремиссии рассматривается с точки зрения категориальной или дименсиональной характеристик.

Категориальная характеристика — клинический тип ремиссии, учитывающий позитивные, негативные, когнитивные и аффективные компоненты, предопределяющие оценку степени осознания болезни и критику к психопатологическим проявлениям, а также некоторые психологические характеристики пациентов. Используемый при этом подход предполагает также анализ ремиссии в аспекте общих закономерностей течения шизофрении (длительность заболевания, тип течения, количество перенесенных приступов и др.).

В этих рамках целесообразен также предлагаемый И. Я. Гуровичем и А. Б. Шмуклером (2014) учет этапа течения ремиссионного состояния (который авторы обозначают как «стойкость ремиссионного состояния»): этап становления или консолидации ремиссии, этап сформированной (стойкой) ремиссии, этап декомпенсации ремиссии. Применительно к аффективным расстройствам целесообразным представляется использование разработок А. Б. Смулевича [и др.] (2014) о симптоматических и синдромологических типах ремиссии.

Дименсиональная характеристика — соответствие международным стандартам, т. е. **симптоматическому** и **временному** критериям ремиссии, характеризующим психопатологическую выраженность и стабильность состояния пациентов.

Дименсиональная характеристика требует реорганизации в плане уточнения учитываемых для определения ремиссии параметров

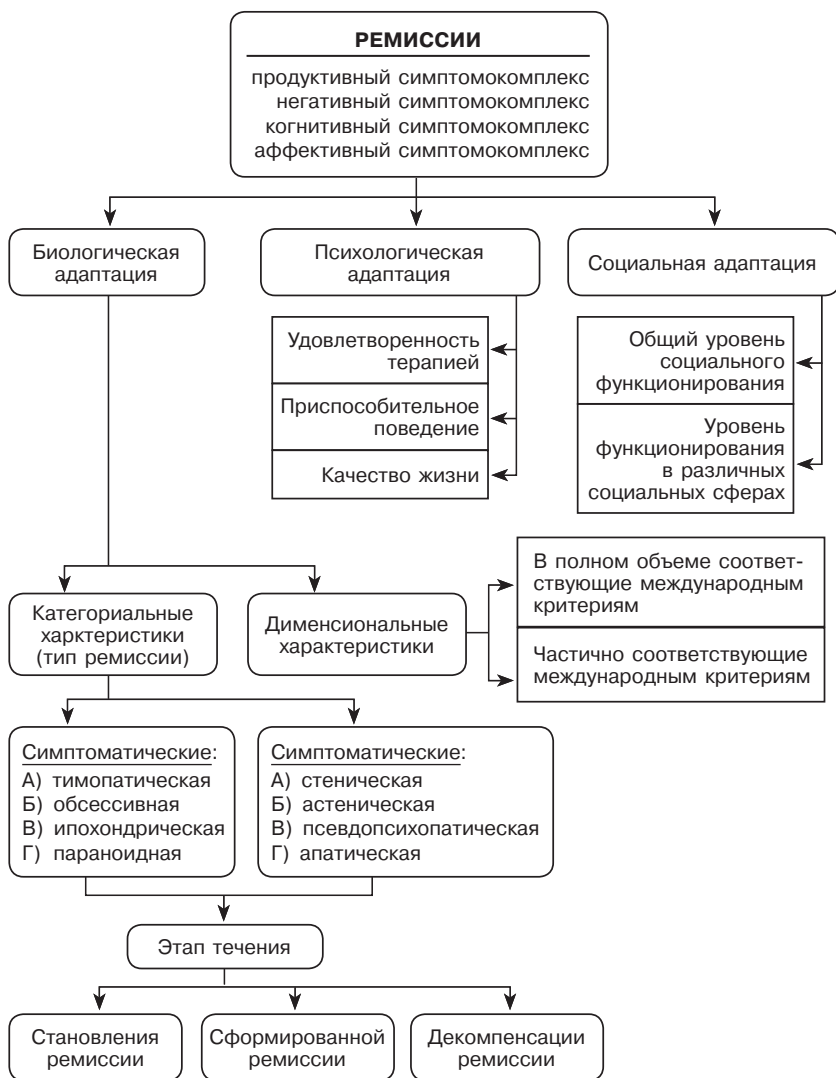


Рис. 11. Схема холистической структуры ремиссии

психометрических шкал. При этом, применительно к аффективным расстройствам, важным представляется принять предложения А. С. Аведисовой (2004) об использовании как симптомологических шкал, так и глобальной клинической оценки состояния боль-

ного с учетом некоторых субъективных характеристик этих пациентов (например, шкалы качества жизни).

Это, в свою очередь, позволило бы, как представляется, квалифицировать ремиссии как **«в полном объеме соответствующие дименсиональным критериям ремиссии»** (соответствие как критерию степени выраженности симптоматического улучшения состояния, так и стабильности этого улучшения) или **«частично соответствующие дименсиональным критериям ремиссии»** (состояния улучшения, в том числе и на этапе формирования ремиссии, одновременно не соответствующие степени выраженности симптоматического улучшения и/или временному критерию стабильности достигнутого результата лечения).

3.4.2. Функционально-динамические показатели психологической адаптации¹

Схема функционально-динамических показателей психологической адаптации представлена на рис. 12.

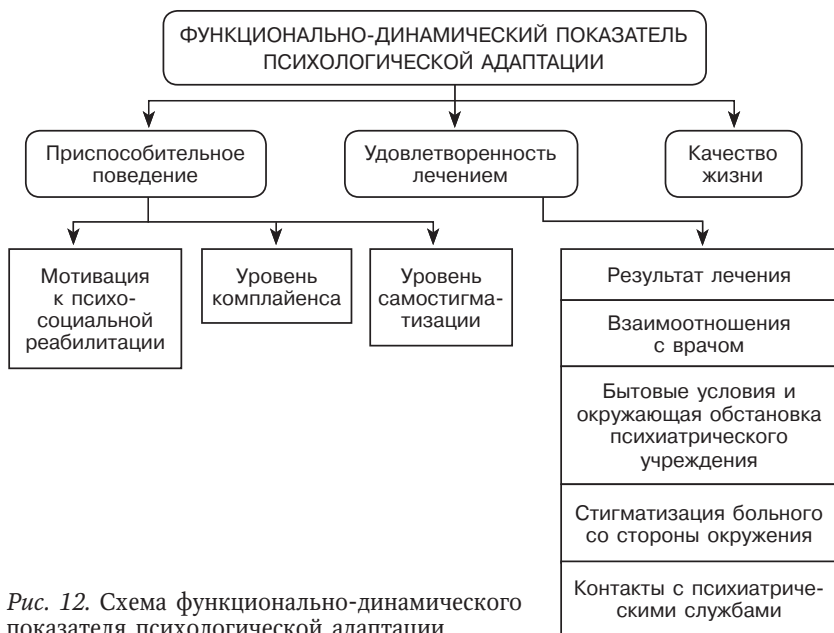


Рис. 12. Схема функционально-динамического показателя психологической адаптации

¹ Раздел монографии написан совместно с доктором медицинских наук Н. Б. Лутовой.

Приспособительное поведение. Первоосновой представления о приспособительном поведении в психиатрии является концепция отношений В. Н. Мясищева, который подчеркивал, что «выражением личности и ее отношений является, прежде всего, практическое действие» (Мясищев В. Н., 1960). В основе приспособительного поведения, как считал В. М. Воловик (1981), лежат сложные интрапсихические процессы, вытекающие из общебиологической способности к приспособительному реагированию на средовые изменения и согласованию своих потребностей с требованиями окружения.

Понятие приспособительного поведения в контексте деятельности человека (Рубинштейн С. Л., 1946; Леонтьев А. Н., 1975) подвергается критике как атрибут функционалистской и особенно необихевиористской психологии, в которой не получает отражение преобразующая деятельность активного субъекта, избирательного в своих отношениях с действительностью (Schöder H., Vorwerg M., 1978, по: К. Вайзе, В. М. Воловик, 1980).

В противовес необихевиористской точке зрения можно привести утверждение Н. А. Бернштейна (1966), что «поведение, осуществляемое в рамках приспособления сколько-нибудь высокоорганизованного существа, не может рассматриваться как серия простых актов уравнивания со средой, а всегда представляет собой активный поиск, направленный на освоение, преодоление и подчинение среды обитающему в ней живому существу».

Различные авторы (Lysaker P. H., Leonhardt B. L., Brune M., Buck K. D., James A., Vohs J., Francis M., Hamm J. A., Salvatore G., Ringer J. M., 2014; Lysaker P. H., Leonhardt B. L., 2012) отмечают, что люди не являются пассивной территорией, где встречаются биологические и социальные силы, они интерпретируют свой жизненный опыт, обнаруживают желания, принимают решения действовать, совершать поступки (например, вернуться к работе или отстаивать свои права), ведут активный образ жизни (Keefe R. S., Roe M., Walker T. M. [et al.], 2006).

И. Я. Гурович и О. О. Папсуев подчеркивают: «Нельзя не видеть границу между теми лицами, которые зависят от других, остаются отключенными от окружающего мира, сохраняют позитивную и негативную симптоматику, и теми, которые добились относительно нормальной работы и социального функционирования» (Гурович И. Я., Папсуев О. О., 2015).

К представлению о приспособительном поведении близко понимание некоторыми авторами термина «копинг». Нередко понятия «копинг» и «приспособительное поведение» вообще используются синонимично (Залуцкая Н. М., 2003), что представляется спорным. На наш взгляд, копинг (наряду с другими интрапсихическими механизмами) является лишь одной из составляющих

сложного феномена приспособительного поведения. Кроме того, при диагностировании копинга используется психологический, а приспособительного поведения — клинический метод исследования.

В отечественной литературе различными исследователями уже предпринимались попытки классификации типов приспособительного поведения (Амбрумова А. Г., 1981; Логвинович Г. В., 1990; Семке А. В., 1995; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. [и др.], 2008).

А. Г. Амбрумовой (1981) было выделено 7 вариантов адаптации пациентов с точки зрения качественной стороны их устойчивого стиля жизни и поведения:

1) интегрированный (не отдают значительного предпочтения ни одной из основных сфер деятельности);

2) компенсаторно-адаптированный (компенсированной оказывается не главная сфера деятельности);

3) дискордантно-адаптированный (неуспехи в одной из социальных сфер не компенсируются успехами в другой);

4) ригидно-конформный (усвоение «буквы», а не «духа» социальных правил с требовательностью в отношении их выполнения);

5) ограниченно-конформный (ригидное усвоение социальных норм и правил, без стремления к самостоятельным решениям);

6) социально ведомый (с социально одобряемой и социально неодобряемой деятельностью);

7) патологически дезадаптированный (лица с изначальными грубыми дефектами социализации или ее невозможностью под влиянием болезни).

Г. В. Логвинович (1990) выделила 6 индивидуально-психологических приспособительных типов поведения: пластический, гипертонический, гипотонический, атонический, избирательно-эгоцентрический и искаженно-тонический. В основу этой типологии положена направленность приспособительных процессов, определяемая тремя базисными характеристиками:

1) социальная ориентированность;

2) морбидозависимость;

3) эгоцентричность.

А. В. Семке (1995) описал 4 типа компенсаторно-приспособительной защиты, которые формируются на основе конституционально-преморбидных и измененных болезнью адаптационных возможностей личности и связаны с совокупностью социально-средовых влияний:

1) «гуттаперчевая защитная капсула»;

2) «экологическая ниша»;

3) «социальная оппозиция»;

4) «укрытие под опекой».

На наш взгляд, критерии личностно-социального восстановления И. Я. Гуровича, Е. Б. Любова и Я. А. Сторожаковой (2008), по сути, также представляют собой типы приспособительного поведения. В приведенных ниже операционально-описательных критериях личностно-социального восстановления выделяются: выраженное, умеренное и слабое личностно-социальное восстановление. При определении самостоятельной диагностической категории восстановления, указанная дифференцированная оценка могла бы отражаться дополнительной осью.

1. Выраженное личностно-социальное восстановление (5–4 баллов).

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

Б. Считает, что теперь жизнь определяется не только 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).

2. Умеренное личностно-социальное восстановление (3 балла).

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 к врачу и принимает меры для предупреждения обострений болезни.

3. Слабое личностно-социальное восстановление (2–1 балл).

А. 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.

Б. 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.

Предлагаемая нами систематика типов приспособительного поведения базируется на многолетних клинических исследованиях основных адаптационно-компенсаторных тенденций личности в формировании социального поведения (Воловик В. М., Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1984). При этом выделены следующие типы приспособительного поведения психически больных (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. [и др.], 2004):

- конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты);
- регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты);
- морбидный.

Рассмотрим их детально.

I. Конструктивный тип. Важной характеристикой конструктивного поведения является наличие у пациентов установки на сознательную мобилизацию своих «жизненных ресурсов» при решении поставленных задач, готовность к принятию ответственности за разрешение трудной ситуации, наличие достаточной самостоятельности и преимущественного расчета на собственные силы в преодолении повседневных трудностей. Характерной особенностью является установка на достижение социально одобряемых целей, получение полезных результатов. У больных с этим типом приспособительного поведения отмечается развитие чувства долга и ответственности перед своим социальным окружением, желание быть ему полезным. Основные устремления этих больных соответствуют объективным требованиям жизни, что свидетельствует о достаточной сохранности у них способности к целеполаганию и саморегуляции. Диапазон приспособительного поведения, относимого к конструктивному: от присущего поведению здоровых людей до соответствующего таковому лишь в своих стержневых чертах.

Этот тип приспособительного поведения разделяется на два варианта: А) социальный и Б) гиперсоциальный.

А) Социальный вариант (с подвариантами избирательно активным и напряженно-астеническим). Пациентов с таким типом приспособительного поведения объединяет стремление к удержанию достигнутых социальных позиций.

При этом они, как правило, стремятся их развить, т. е. стараются достичь более высоких результатов, что обычно проявляется в учебе, стремлении к овладению новыми профессиональными навыками, приобретению смежных специальностей, совершенствованию

в качестве специалистов и т. д. Их поведение не выглядит чем-то чужеродным, надуманным, насильственным, как правило, соответствует общепринятым нормам и производит впечатление естественного процесса развития и совершенствования личности; в известной степени, его можно рассматривать как выражение своеобразной активной жизненной позиции. Это выражается, в частности, в содержательных взаимоотношениях с окружающими, продуктивных и взаимно полезных контактах. У данной категории больных хорошо развито чувство долга перед социальным окружением. В сложных (в том числе конфликтных) жизненных ситуациях они, как правило, принимают на себя ответственность за решение проблем.

Следует особо подчеркнуть, что пациенты данной группы обычно не производят на окружающих впечатление психически нездоровых, и только осведомленность окружающих о том, что они находились на лечении по поводу какого-то психического заболевания, делает отношение к ним несколько настороженным. В ситуациях, когда общение или иное социальное взаимодействие происходит между людьми малознакомыми, каких-либо затруднений или недоумений, как правило, не возникает. Надо сказать, что подобные больные обычно стремятся сменить место работы или учебы и круг общения, чтобы не пользоваться репутацией душевнобольного. Иногда эти их действия не встречают понимания со стороны ближайшего окружения, что может быть источником конфликтов.

В некоторых случаях приспособительный эффект достигается за счет сознательного ограничения больным многообразия точек приложения своих сил, «стремления к ограничению нагрузок, ответственности, проявляемых к себе ожиданий и требований» (Чайка Ю. В., Тартаковская А. Б., Котляр Р. А., 1988). Однако и при сужении области деятельности они обычно проявляют вполне адекватные социальные установки. Это избирательно-активный субвариант (Кельмишкейт Э. Г., 1974).

В других случаях даже ограниченное функционирование достигается за счет значительного напряжения сниженных возможностей пациента, однако и в этом случае их реализация определяется социальной направленностью. Это напряженно-астенический субвариант, близкий к «замещающей форме приспособляемости» (Кельмишкейт Э. Г., 1974).

Б) Гиперсоциальный вариант. Больные с гиперсоциальным вариантом приспособительного поведения характеризуются односторонней гипербулией и ригидной одержимостью в достижении целей, склонностью к рационализации и педантизму. Стремление удержать завоеванные позиции или развить их осуществляется в форме односторонне повышенной социальной активности, резкой интенсификации деятельности (в том числе и за счет значительного

напряжения сил). Такие действия, как правило, происходят в ущерб иным сторонам жизни больного и нередко вызывают разнообразные конфликты как с ближайшим окружением (семья, знакомые), так и в производственных (или учебных) коллективах. Эти пациенты производят впечатление фанатично настроенных, поражают окружающих своей ригидностью, полной приверженностью какой-либо идее, отсутствием в душевной жизни нормального многообразия жизненных красок, модулированной игры эмоций.

Если у больных с социальным типом приспособления стремление удержать свои социальные позиции или развить их выглядит вполне адекватным, достаточно естественным и гармоничным, то при гиперсоциальном варианте ситуация значительно отличается. При общем сходстве целей для больных с гиперсоциальным приспособлением характерно, прежде всего, искаженное поведение, самой характерной чертой которого является ригидность гиперсоциальной установки, односторонняя повышенная социальная активность. Эта характерная особенность обычно связана с резкой интенсификацией деятельности (в том числе и за счет значительного напряжения сил) и осуществляется, как правило, в ущерб иным сторонам жизни больного, нередко вызывая конфликты как с ближайшим окружением, так и в производственных или учебных коллективах. Такие пациенты производят впечатление фанатично настроенных и поражают окружающих своей ригидностью, полной приверженностью какой-либо идее, отсутствием в душевной жизни нормального многообразия жизненных красок, тонко модулированной игры эмоций.

Однако в данной категории больных, близкой по психологическим характеристикам к фанатикам и стоикам, встречаются не только индивидуумы, ориентированные преимущественно на профессиональные достижения и производственный успех (что в какой-то мере компенсирует им социально-психологические ограничения, создаваемые фактом психического заболевания), но и пациенты с иной гиперсоциальной структурой, которую можно было бы назвать «квазигуманистической».

Речь идет о немногочисленной категории больных, для которых делом жизни становились действия, направленные на благо окружающих и помощь им, причем эта помощь включает самые разнообразные аспекты: от чисто материальной (денежной) до правовой (составление обращений к властям и общественности, хождение по различным юридическим инстанциям и т. п.). Гиперсоциальность этого типа выглядит особенно гротескной и искусственной, поступки таких больных подчас приводят к результатам, грубо расходящимся с изначальными намерениями; они действуют объективно в ущерб родным и близким, их «филантропическая» деятельность

адресуется явно недостойным людям, манипулирующим своими «благодетелями».

Особенно конфликтные ситуации возникают тогда, когда больные данной категории начинают опекать лиц, которые не требуют опеки и даже протестуют против нее: в этих случаях пациенты склонны игнорировать позицию насильственно опекаемых, заявляя, что лучше знают, как действовать. При изучении этих больных обращает на себя внимание достаточно ярко выступающая эмоциональная измененность: за декларацией о необходимости помощи окружающим часто стоит чисто рационалистическая идея, лишенная специфического эмоционального аккомпанемента; скорее наоборот, данная «филантропическая» деятельность в ее особенно гротескных проявлениях может быть рассмотрена как компенсация ощущения своей эмоциональной (в данном случае эмпатической) несостоятельности, попытка восполнить ее деятельностью, имеющей, как уже сказано, чисто рационалистический характер. Нередко поведение этих лиц носит характер социально полезной деятельности по патологическим мотивам (Рохлин Л. Л., 1973).

По сути, гиперсоциальный вариант приспособительного поведения близок к «гиперстеническому» типу Э. Г. Кельмишкейта (1974), при котором подчеркивается организующее значение имеющейся у таких больных склонности к рационализации и педантизму. Этот вариант включает в себя приспособление «со стойким продуктивным увлечением сверхценного характера» (Ковалев В. В., 1975) и «гипертонический» тип (Логвинович Г. В., 1990).

II. Регрессивный тип в целом характеризуется пассивной жизненной позицией, отступлением от достигнутых социальных успехов, отказом от борьбы за социально значимые цели, наличием феноменов «психической ригидности» (Залевский Г. В., 1994), фиксацией ограниченного числа поведенческих стереотипов и отказом «от расширения их числа за счет новых, либо за счет активации неиспользующихся» (Беребин М. А., Вассерман Л. И., 1996), индифферентным отношением к окружающему. В системе ценностей у этих больных преобладают индивидуалистические и эгоцентрические интересы, ориентированные преимущественно на достижение физического и психологического комфорта. Такая направленность способствует формированию пассивной жизненной позиции с формальными, малыми по глубине и бедными содержательно контактами с социальным окружением и проявляется либо в отчетливо потребительском отношении к близким и попытках манипулировать ими, либо в деятельности, ценность которой определяется лишь аутистическими интересами самих пациентов. Обычно цели, которые ставят перед собой больные с регрессивным типом приспособительного поведения, нереалистичны. Этим пациентам свойственно бегство от

трудностей: уход от разрешения психологических конфликтов, мифификация действительности, боязнь неудач.

В рамках этого типа приспособительного поведения выделены следующие варианты: А) защитно-ограждающий; Б) искаженно-деятельный; В) зависимый.

А) Защитно-ограждающий вариант позволяет больным добиться самостоятельной реализации ограниченных целей при условии сознательного уменьшения объема деятельности и общения. Для таких пациентов характерно «отступление к малой жизни», что ведет к становлению консервативного уклада жизни с исполнением облегченных обязанностей, непереносимостью малейших перемен и уклонением даже от незначительных трудностей, если они непривычны. Наблюдается своеобразная перестройка всей жизненной позиции, стиля жизни, отношений с окружающими.

Нередко стержнем нового существования становится культ здоровья, понимаемого как физическое благополучие, обеспечивающее максимальную продолжительность жизни. Вся жизнь и деятельность подобных больных сосредоточена вокруг физического закаливания, физкультурных и спортивных занятий, гигиенических мероприятий, диеты. Все это имеет особый, утрированный характер: больные тщательно следят за качественной и количественной стороной своего питания (подсчет калорий, содержания витаминов, аминокислот и т. п.), определяют необходимое время пребывания на воздухе (при этом выбираются районы, где нет вредных для здоровья промышленных выбросов). Особой популярностью у этих пациентов пользуются всевозможные «нетрадиционные» рецепты и рекомендации: употребление в пищу сырых злаков (сыроедение), «раздельное питание», обязательное ежедневное хождение босиком («связь с землей»), заземление во время сна через отопительную систему (борьба со статическим электричеством) и т. п. Подобного рода идеи доморощенного ортобиоза часто полностью овладевают больными, не оставляя места для иных интересов (профессиональных, культурных и др.). Попытки коррекции подобного образа жизни со стороны близких или представителей медицины обычно наталкиваются на упорное сопротивление. Как правило, подобный вариант поведения формируется у лиц, прежде деятельных, и является своего рода «заместителем» их прошлой активности. Педантичное следование догматам культа здоровья подается пациентами как новое и самое важное положительное приобретение, направленное на сохранение и продолжение жизни здорового человека, при этом упор делается именно на физическом здоровье.

Этот вариант приспособления более всего соответствует дефензивной (оборонительной) форме приспособляемости Э. Г. Кельмишкейта (1974), защитно-ограждающему типу Г. В. Логвинович

(1990), компенсаторно-приспособительной защите типа «гуттаперчевой защитной капсулы» А. В. Семке (1995), ипохондрическому развитию В. В. Ковалева (1971) или нозофобному варианту ипохондрического развития В. И. Кашкарова (1977). В. И. Максимов (1987) описал защитно-ограждающий тип приспособления в рамках постпроцессуального психического инфантилизма.

Б) Искаженно-деятельный вариант. У пациентов с этим вариантом приспособительного поведения отмечается особое смещение всех ресурсов личности на реализацию комплекса интересов, имеющих ярко выраженный аутистический характер: особое литературное или художественное творчество, написание специальных философских трактатов, изучение иностранных языков (без планов их дальнейшего практического использования), коллекционирование необычных предметов (ключей, гардеробных номерков и т. п.). Причем в области этих интересов больные проявляют высокую стеничность и активность. Профессиональная деятельность, если она сохранена, как правило, непродуктивна.

Зачастую этот вариант поведения сочетается с особым искажением социальных связей: больные тяготеют к участию в асоциальных группах, в «тусовках», где предпочтительным времяпрепровождением являются бессодержательные «философские» диспуты на крайне отвлеченные «теоретические» темы, и привычны алкоголизация, наркотизация, сексуальная «раскрепощенность». По существу, в этих случаях у больных наблюдается модус поведения, свойственный незрелой личности с неформальными еще социальными установками и не определившейся социальной стратегией.

К этой же группе относятся так называемые «хронически больные шизофренией «нового типа» (Красик Е. Д., Смольянинова В. Ф., 1985), для которых сам факт психического заболевания, а не конкретные его проявления, резчайшим образом изменяет модус поведения: не будучи глубоко дефектными, они не в состоянии существовать в условиях обычного общества, легко начинают злоупотреблять алкоголем, бродяжничать, криминализироваться. Антисоциальные формы поведения таких больных, по наблюдениям В. М. Шумакова (1988), обусловлены (особенно в случаях малой прогрессивности заболевания) не только, а часто и не столько эндогенным процессом, сколько общей направленностью личности больного, системой его отношений и социальных навыков.

Данный вариант поведения напоминает «эмансипаторное развитие» В. И. Кашкарова (1977) и компенсаторно-приспособительную защиту типа «социальной оппозиции» А. В. Семке (1995).

В) Зависимый вариант (включая рентно-потребительский подвариант) наблюдается у больных с особой жизненной позицией, которая отличается, прежде всего, тем, что такие пациенты посто-

янно склонны перекладывать все виды ответственности на окружающих. Их продуктивная деятельность чрезвычайно низка, отношение к социальной деятельности отличается индифферентностью. Соответствует таким установкам и образ жизни, который в целом направлен на удовлетворение чисто утилитарных личных потребностей. Времяпрепровождение этих больных представляет всю гамму пассивного потребительского образа жизни: от полного равнодушия до интереса лишь к развлекательной стороне жизни. При этом игнорируются интересы ближайшего окружения, хотя они подчас и приходят в грубое противоречие с поведением и установками пациентов. Характерным является и полный уход от сложных жизненных ситуаций (своеобразный эскапизм, убежание, игнорирование): больной ждет, что все трудности и конфликты будут разрешены окружающими.

В части случаев при этом варианте приспособительного поведения имеет место внешне как будто неплохая трудовая адаптация, но на поверку она оказывается следствием замаскированных от окружающих усилий близких (родных, знакомых) пациента. Так, для больного организуются особые условия на работе, где фактически он только числится, или трудовая деятельность его ограничивается приходом на место работы, а основные его обязанности выполняют другие лица, либо ему предоставляется работа облегченного типа. Окружающие (чаще всего члены семьи) в таком случае являются своеобразным буфером, в значительной степени смягчающим недостатки социального функционирования больных и в определенной степени маскирующим их несостоятельность (Шмуkler А. Б., 1998).

В качестве подварианта зависимого поведения можно рассматривать рентно-потребительское, отчасти совпадающее с нозофильным вариантом ипохондрического развития (по: В. И. Кашкаров, 1977) и искаженно-тоническим (по: Г. В. Логвинович, 1990). В системе ценностных ориентаций этих пациентов преобладают индивидуалистические и эгоцентрические интересы, направленные преимущественно на достижение для них материальных благ, физического комфорта и т. п. другими лицами, которых они используют достаточно настойчиво и умело. Такая личностная направленность способствует формированию пассивной жизненной позиции с социальными контактами сугубо формальными и неглубокими, но зато удобными для манипуляции партнерами, и проявляется в форме четко выраженного потребительского отношения к людям при низкой собственной жизненной активности.

В структуру этого варианта приспособления входит и неогоспитализм, включающий, как и госпитализм, снижение инициативы и возникновение зависимости (Кабанов М. М., 1977). Разумеется,

формирующиеся при неогоспитализме рентные установки пациентов возникают не только в лечебных учреждениях, но и в домашних условиях, характеризующихся теплой обстановкой и отгороженностью от внешнего мира.

Зависимый вариант приспособления напоминает компенсаторно-приспособительную защиту типа «укрытия под опекой» (Семке А. В., 1995).

III. Морбидный тип приспособления характерен для больных, у которых актуальная психопатологическая симптоматика достигает такой выраженности (тяжелые обсессивно-фобические проявления, аффективные расстройства психотического уровня, расстройства восприятия и синдром психического автоматизма, бред, расстройства сознания, кататонно-гебефренные проявления, формальные расстройства мышления, тяжелый дефект и т. д.), когда в основном она, а не особенности личности, определяет поведение, которое становится уже «одной из форм биологической и социальной дезадаптации в широком смысле слова» (Морозов Г. В., Шумаков В. М., 1974).

Правильное определение клинически выделенных типов и вариантов приспособительного поведения позволяют врачу не только понять основное направление адаптационно-компенсаторной деятельности конкретного больного, но и в определенной степени прогнозировать социальную адаптацию пациента.

Особенности типологии приспособительного поведения во многом определяют три важные психологические характеристики: **мотивация к психосоциальной реабилитации, уровень комплайенса** (англ. compliance — выполнение, соблюдение) и **уровень самостигматизации**.

Уровень мотивации. Мотивация — система внутренних факторов, вызывающих и направляющих ориентированное на достижение цели поведение человека или животного (Философский энциклопедический словарь, 1983, с. 201).

В практике представляется целесообразным понимать мотивацию пациента не как взаимосвязь внешних стимулов и реакций на них индивидуума, а как внутреннее относительно устойчивое стремление пациента к преодолению болезни, обусловленное потребностью сберечь и сохранить социальные достижения и позиции, а в случаях их утраты — предпринять усилия к их восстановлению (Гурович И. Я., Любов Е. Б., 2003; Семенова Н. Д., 2009; Семенова Н. Д., Гурович И. Я., 2014); как сумму взаимодействия нескольких мотивов, которые могут формироваться на базе одной или нескольких осознаваемых или неосознаваемых потребностей и определять:

- а) стремление (желание реализовать потребности);
- б) намерения (процесс формулирования цели);

в) конечную цель (сознательный процесс, направленный на определение конкретного поведения для реализации намерений).

Проведенные исследования особенностей мотивации, предопределяющих включенность психически больного в лечебный процесс, позволили обнаружить, что одна их часть статична и трудно поддается изменениям, в то время как другая — более динамична и подвержена влияниям интервенций, направленных на улучшение включенности больного в процесс лечения. Одним из таких динамичных факторов является мотивация больного к лечению (Centorino F. [et al.], 2001; Ryan R. M. [et al.], 1995; Mulder C. [et al.], 1995; Drieschner K. [et al.], 2004). Значимость мотивации к лечению обусловлена тем, что ее недостаточный уровень — одна из самых частых причин самостоятельного прекращения больным лечения, недостаточной приверженности выполнению медицинских предписаний, обострений и общего негативного исхода заболевания (Красик Е. Д. [и др.], 1987; Torrey E., Zdanovicz M., 2001; Ryan R. M. [et al.], 1995). Уровень мотивации к лечению является важным предиктором ремиссии при шизофрении, предопределяет успешность психотерапии (Sechnicki A. [et al.], 1986) в рамках биопсихосоциальной модели лечения. Кроме того, понимание врачом уровня и структуры мотивации пациентов оптимизирует их отбор для включения в различные виды социо-психотерапевтических программ, предлагаемых в рамках стандартов оказания психиатрической помощи.

Мотивация к психосоциальной реабилитации имеет особое значение именно в тех случаях, когда собственно лечение предполагает изменение жизненного стереотипа, поведения и стиля жизни пациента, его социальных функций, когда важны видимые (оbservable) показатели его образа жизни. Именно в этих случаях лечение, имеющее целью поведенческие изменения, требует от пациента немалых встречных усилий — регулярного посещения занятий, активного участия в них, воздержания от проблемного поведения, практики на занятиях и в жизни новых видов поведения и т. п. (Семенова Н. Д., Гурович И. Я., 2014). Именно такое поведение, контролируемое волевыми усилиями пациента, необходимо, чтобы собственное лечение стало эффективным (Drieschner K. H., Lammer S. M. M., van der Staak C. P. F., 2004).

При этом различные потребности (лежащие в основе формирования мотива) преформируются накопленным личным опытом и сформированными на его основе установками пациента, с одной стороны, и средовыми условиями его существования — с другой.

Это взаимодействие определяет процесс прогнозирования поведения, который, в ходе анализа условий для его выполнения, корректируется и формирует в конечном счете план действий до-

стижения цели с предвосхищением результата (ожиданием). В дальнейшем реализация плана находится в динамическом взаимодействии с ожиданиями и корректируется по ходу его выполнения для достижения поставленной цели оптимальным образом.

Однако сложность проблемы мотивации к лечению заключается в том, что, казалось бы, естественное желание человека избавиться от болезни, приложив для этого определенные усилия, на практике не всегда реализуется. Не случайно З. Фрейд никогда не говорил о воле больного к выздоровлению, подчеркивая **нужду** в выздоровлении, обозначенную им словом *Leidensdruck* (давление страданием). При этом даже субъективно воспринимаемое страдание и декларированная больными мотивация к лечению не гарантируют успех терапии (Froese M. [et al.], 1983; Goeth N., 1984).

Известно, что многие пациенты, страдающие эндогенными психическими расстройствами, как с персистирующим, так и хроническим течением, не мотивированы на поиск медицинской помощи (Torrey E. F., Zdanowicz M., 2002) или не соблюдают предписанные лечебные программы (Nose M., Barbui C., Tansella M., 2003; Killaspy H., Banerjee S., King M., Lloyd M., 2000). И в большинстве случаев это сопряжено с мотивационными нарушениями.

Установлено, что достоверно больший процент психотических пациентов, по сравнению со здоровыми индивидами, демонстрирует снижение мотивации (Choi J., Mogami T., Medalia A., 2010). Известно, что нарушения мотивации к продуктивной деятельности носят при шизофрении центральный характер. Еще К. Конрад (1971) верил, что если бы удалось найти возможность пополнить энергетические ресурсы больных, вводя их извне, подобно гормонам, то болезнь можно было бы вылечить.

Клинически мотивационные расстройства разнообразны: разноплановость, бессистемность мотивации, сужение круга мотивов, перестройка смысловой иерархии и их побудительной функции, отсутствие гибкости в перестройке мотивов. При этом снижение мотивации соотносится с высоким уровнем не позитивной, а негативной симптоматики: отвлекаемостью, ухудшением вербальной памяти (Gard D. E., Fisher M., Garrett C. [et al.], 2009). Острота и прогредийность сопутствующей продуктивной симптоматики не оказывают существенного влияния на качественную структуру мотивации (Гайлене Д. [и др.], 1980).

Мотивация играет важную посредническую роль между нейрокогнитивным дефицитом, социально-когнитивным снижением и исходом шизофрении (Schmand B., Kuipers T., van der Gaag M. [et al.], 1994). Обнаружены: широкая актуализация в процессе мышления второстепенных признаков, свидетельствующих о мотивационных нарушениях — снижение эффективности принятия решений, ори-

ентировка на операциональные стороны при выборе стратегии поведения, игнорирование или меньшая актуализация социально-нравственных ориентиров (Коченов М. М., Николаева В. В., 1978.).

Нарушения мотивации начинаются рано: очень часто имеют признаки снижения побудительной функции мотивации, при том у пациентов не выявляется достоверно снижения когнитивных способностей, операционной памяти и внимания (Murray G. K. [et al.], 2008). В дальнейшем, по мере развития болезненного процесса, нарушения мотивации носят различный характер: при астенических типах ремиссий мотивационный, побудительный компонент страдает тотально; при стеническом типе ремиссий происходит парциальное снижение произвольной регуляции сложных видов психической деятельности (Абрамова Л. И. [и др.], 1987).

Исследование мотивации у больных депрессией показало, что у данной категории пациентов отмечается преобладание социально-нравственных мотивов над деятельными, имеют место сложности в ситуационной ориентировке и актуализации альтернативных стратегий социального поведения. Для мотивации таких пациентов свойственна ригидность, затрудненность динамических перестроек, в результате чего терминальные цели оказываются утрированно конформными (Драгунская Л. С., 1987).

На мотивацию к лечению, помимо собственно морбидных, оказывают влияние и экстраморбидные факторы:

а) система социального обеспечения, способствующая усилению у части больных нозофильных установок;

б) вторичная выгода от болезни, позволяющая избежать ответственности и активной деятельности;

в) моральные характеристики больных, когда моральные принципы не являются регуляторами поведения;

г) искажение представления о модели лечения, когда больной ждет «чуда», «волшебной таблетки», «сеанса гипноза», т. е. исключает собственное активное участие в процессе лечения;

д) психологические механизмы мотивационных нарушений (нежелание признать ментальный характер симптомов, патологические личностные черты, семейные влияния, нарушения идентичности, особенности приспособительного поведения);

е) страх стигматизации и попытки избежать ее негативных проявлений.

Значимость феномена мотивации и его сложность способствовали созданию теорий мотивации к лечению. Наиболее известными и распространенными являются:

А) *Транстеоретическая модель* (Prochaska J. O., DiClemente C. C., 1983). В рамках этой гипотезы детерминанты мотивации к лечению оказываются следующими: давление извне, опознание проблемы,

дистресс, стоимость лечения, пригодность лечения, ожидаемый результат.

В соответствии с ней человек меняет свое поведение стадийно, проходя через стадии:

- 1) преднамерений;
- 2) размышления;
- 3) подготовки к изменению;
- 4) активных действий и
- 5) поддержание изменений.

На каждой из стадий индивидуумом оцениваются преимущества изменений и необходимые для них затраты (баланс решения), уверенность в собственной способности к здоровому поведению и способность возврата к нездоровому (самоэффективность).

На ранних стадиях особую роль играют процессы увеличения сознательности, значительного облегчения, самопереоценки, переоценки среды, самоосвобождения. На более поздних этапах повышается роль помощи со стороны окружения, контркондиционирования (выбора более здорового альтернативного поведения и/или распознавание нездорового поведения), управления подкреплением, контроля стимула и социального освобождения.

Транстеоретическая модель получила широкое распространение в исследованиях и лечебной работе с зависимыми пациентами, применялась к лицам с делинквентным поведением, страдающим паническими расстройствами, нарушениями питания и др.

Б) *Теория самодетерминации* Е. L. Deci и Р. М. Ryan (2008). Постулирует наличие у человека способностей и возможностей для здоровой и полноценной жизни. Авторы рассматривают самодетерминацию в контексте развития регуляции поведения, которое идет в направлении от полной определяемости внешними силами до определяемости внутренней саморегуляцией. Различные стадии этого процесса и уровни проявления могут быть представлены в виде континуума. В соответствии с особенностями развития мотивации у человека формируется индивидуальный локус каузальности, который отражает, на что именно ориентируется индивид в своем поведении. Если поведение основывается на собственном автономном выборе — это *внутренний* локус каузальности, если на *внешних требованиях* — это *внешний* локус каузальности, если же пациент исходит из невозможности достижения желаемого результата, в силу чего его поведение носит случайный, хаотичный характер — это *безлигный* локус каузальности.

Каждому локусу каузальности соответствует мотивационная подсистема — тип преобладающей мотивации.

Люди с *автономной каузальной ориентацией* оперируют внутренней мотивационной системой. У них появляется тенденция вос-

принимать локус каузальности как внутренний и испытывать чувство самодетерминации и компетентности. Налицо высокая степень осознания базовых потребностей и четкое использование информации для принятия решений о поведении. Человек способен обращать автоматизированное поведение в самодетерминированное, перепрограммировать его или управлять им.

Люди с доминирующей *внешней каузальной ориентацией* оперируют внешней мотивационной системой. В основе этой личной ориентации лежит недостаток самодетерминации, что компенсируется сильной потребностью получить ее извне. В результате мотивы определяются внешними обстоятельствами, а при совершении выбора решения индивидуума базируются на внешних импульсах и критериях. Это ведет к негибкости поведения и переработке информации, а также характеризуется стремлением людей к сверхдостижениям, под которыми они имеют в виду внешние признаки успеха.

У людей с *безлигной каузальной ориентацией* имеет место минимум самодетерминации при доминировании амотивационной подсистемы, характеризующейся некоторыми проявлениями внешней мотивации, что реализуется в автоматическом и беспомощном поведении. В результате у таких индивидуумов возникает феномен «выученной беспомощности», т. к. они научаются на своем опыте, что среда не реагирует на их действия.

Существуют несколько инструментов для оценки мотивации к лечению, но анализ представленных в литературе опросников обнаруживает ряд недостатков, которые искажают оценку уровня мотивации или не позволяют оценить ее структуру, поскольку:

а) предлагаемые инструменты в большинстве являются самоотчетами пациентов, что снижает их диагностическую значимость и на что указывает ряд авторов (Kemp R. [et al.], 1996; Drieschner K. [et al.], 2004; Severtson S. [et al.], 2010; Heinrichs D. [et al.], 1984);

б) мотивация исследуется с помощью инструментов, адаптируемых авторами под конкретное исследование больных с определенной нозологией и сформированных на основании конкретной теоретической модели, что не позволяет проводить сравнительные исследования.

Таким образом, в настоящее время остается актуальным вопрос дальнейшего изучения структуры мотивации к лечению, механизмов ее формирования, методов измерения.

Уровень комплайенса. Медикаментозный комплайенс — проблема согласия и следования больным лечебным назначениям, предписанным врачом. Активное изучение феномена комплайенса в психиатрии обусловлено рядом причин. Во-первых, нарушения соблюдения больными предписываемого режима лекарственных

назначений во многом обуславливает сохраняющиеся в нашей стране высокие показатели регоспитализаций психически больных в стационары, увеличение длительности пребывания пациентов на койке и рост первичной инвалидизации, что приводит к значительным финансовым затратам на лечение. В связи с этим современная парадигма оказания психиатрической помощи во всем мире направлена на последовательное долгосрочное лечение больных преимущественно не в стационарных, а в амбулаторных условиях. Это придает ведущее значение в процессе терапии улучшению уровня комплайенса, так как последний в значительной мере обуславливает предупреждение обострений психических расстройств и максимально возможную для этих пациентов социальную адаптацию. Во-вторых, у психически больных нарушения режима приема лекарств приводят к особенно тяжелым последствиям, затрагивающим течение и прогноз самого заболевания, одновременно также увеличивая материальные затраты общества.

Соблюдение больными режима приема лекарственных назначений, предписанных врачом, является одним из важнейших аспектов психиатрического здравоохранения. При этом многие авторы отмечают, что в рутинной клинической практике врачи уделяют явно недостаточное внимания этой проблеме. Сложившийся стереотип входит в противоречие с современной парадигмой в психиатрии, направленной не только на редукцию психопатологических симптомов, но и на предотвращение обострений и улучшение социальной адаптации больных. Именно этот подход делает решение проблемы комплаентности психически больных особенно важной.

Очевидно, что антипсихотическая терапия является базисом для лечения психических расстройств и направлена не только на купирование острой психопатологической симптоматики, но и на поддерживающее лечение и профилактику обострений, в связи с чем конечный успех лечения во многом зависит от того, как пациент будет принимать лекарства.

На протяжении последних десятилетий в психиатрической науке широко изучается проблема согласия и выполнения больными лечебных назначений, предписанных врачом, что в отечественной научной литературе стало общепринятым обозначать термином «комплайенс» (англ. compliance — выполнение, соблюдение) (Лапин И. П., 2000). Хотя это в принципе относится к любым рекомендациям врача, включая советы по здоровому образу жизни, под комплаенсом, прежде всего, подразумевают следование больного лекарственным назначениям.

Зарубежные авторы определяют «комплайенс» как «степень совпадения поведения пациента с предписанными ему медицинскими советами» (Misdrachi D. [et al.], 2002) или как «поведение пациен-

та, проявляющееся в том, как он принимает лекарства, следует диете или образу жизни в соответствии с медицинскими рекомендациями или советами здорового образа жизни» (Awad A., Voruganti L., 2004), или как «...уровень соответствия между поведением пациента в ходе лечебного процесса и терапевтическими стандартами» (Lindström E., Bingleförs K., 2000).

В настоящее время в зарубежной литературе все чаще употребляется термин «adherence» (англ. adherence — приверженность, сцепление, соблюдение *согласованных* с врачом рекомендаций, принципов терапии, норм и т. д.). Замена термина «compliance» на «adherence» обусловлена попыткой подчеркнуть активную роль пациента в лечебном процессе в противовес пассивному подчинению авторитету врача. Британские авторы, используя понятие «concordance» (соответствие), акцентируют внимание на процессе **обсуждения** с пациентом врачебных рекомендаций (Sackett D. L., Haynes R. B, 1976; Эсмануэль Е., Эсмануэль Л., 1992).

В отечественной литературе нередко термин «комплайенс» заменяется существительным «приверженность», что толкуется как «преданность кому- или чему-нибудь...» (Ожегов С. И., 1968). П. В. Морозов (2010) отмечает, что приверженность подразумевает готовность и способность пациента принимать препараты и соблюдать режим лечения на постоянной основе. Несоблюдение больным приема лекарственных средств может проявляться в его несогласии с рекомендациями врача, нерегулярности посещения медицинских учреждений, прекращении лечения, отказе от психотерапии и других психосоциальных программ. Наблюдаемые нарушения часто имеют общие причины и оказывают взаимное влияние.

В идеале больной должен в полном объеме принимать лекарства так, как предписано врачом, но на деле это все обстоит во многом иначе, и в реальном терапевтическом процессе его усилия сталкиваются с внутренней самотерапевтической активностью больного, который интегрирует свой «субъективный клинический опыт» переживания болезни в свою собственную установочную программу борьбы с ней. И эта его внутренняя установочная и в значительной мере неосознаваемая программа зачастую вступает в противоречие с врачебной и в определенной мере блокирует ее в форме некомплайенса. Подобного рода расхождения между активностью врача и больного сами становятся предметом исследования, а их результаты используются в лечебных программах. В частности, выяснено, что комплаиенс не может рассматриваться дихотомически «комплаиенс/некомплаиенс», поскольку поведение больного в процессе выполнения лечебных предписаний может быть разнообразным, что позволило J. Cramer (1991) выделить разно-

видности комплайнса: полный, парциальный, нулевой и неустойчивый. Большинство экспертов по проблеме комплайнса стали считать, что в том случае, если пациент принимал лекарства как минимум 80 % рассчитанного времени — он признается как больной с высоким уровнем комплаентности; если этот показатель колеблется от 50 до 80 % — пациент считается частично комплаентным, и в случае, если прием лекарств составляет менее 50 % от рассчитанного времени — его относят к категории больных с низким уровнем комплайнса.

Исследования, посвященные *распространенности* нарушений соблюдения режима приема лекарств в психиатрии, преимущественно касаются больных шизофренией. Например, J. Svestka и I. Bitter (2007), проанализировав 21 исследование, выполненные с 1983 по 2002 гг., которые включали 2861 больных шизофренией, обнаружили нарушения соблюдения режима терапии в среднем у 44 % пациентов. Несмотря на то, что проблема комплайнса особенно актуальна при хронически текущих заболеваниях, было установлено, что некомплаентность возникает уже на инициальных стадиях шизофрении. Так, в двух исследованиях первого эпизода шизофрении некомплаиенс установлен у 37–41 % больных (Mojtabai R. [et al.], 2002; Coldham E. [et al.], 2002). При этом известно, что некомплаиенс увеличивается со временем. Это наглядно продемонстрировано в ряде исследований: по меньшей мере, 25 % больных шизофренией прекращали прием лекарств уже через 10 дней после выписки из стационара (Lam Y. [et al.], 2002). E. Coldham [et al.] (2002) отмечали, что в течение первого года после начала заболевания 39 % больных шизофренией были полностью некомплаентны и 20 % — лишь частично соблюдали режим терапии. После двух лет некомплаентность среди больных достигала 75 % (Weiden P., Zygmunt A., 1997; Lam Y. [et al.], 2002).

Что касается исследований уровня комплаентности среди больных, страдающих *аффективными расстройствами*, то таких исследований гораздо меньше по сравнению с исследованиями больных шизофренией и, как отмечено в обзоре R. Lingam и J. Scott (2002), только в 1–2 % из всех публикаций, касающихся лечения аффективных расстройств, изучалась комплаентность больных. Исследования больных с биполярным аффективным расстройством (БАР), получавших соли лития или антиконвульсанты, показало, что 54,1 % из них были полностью комплаентны, 24,5 % — частично комплаентны и 21,4 % — некомплаентны. В другом исследовании при опросе больных, страдающих БАР, 34 % из них сообщили о пропуске одной или более доз в течение 10 дней, 20 % пропускали прием лекарств, по меньшей мере, один день из 10 и 2,5 % — вообще не принимали лекарств за этот период.

Приведенные данные отчетливо обозначают масштабы распространенности данного явления, которые нельзя игнорировать ввиду тяжести их *последствий*. Прежде всего, отказ от приема лекарств ведет к возрастанию *частоты обострений* заболевания. Изучая частоту и тяжесть обострений у больных шизофренией, D. Johnson [et al.] (1983) показали, что 65 % больных, прекративших прием препарата, испытывали симптомы обострения, в то время как среди пациентов, продолжавших прием антипсихотических средств, обострения наблюдались только у 16 %. D. Robinson [et al.] (1999) приводят данные, что среди пациентов с первым эпизодом шизофрении или шизоаффективного расстройства, которые не принимали рекомендованных лекарств, риск нового обострения возрастал в 5 раз. В публикации D. Misdrahi [et al.] (2002) указывается, что у больных шизофренией в течение года после первой госпитализации 40 % рецидивов являются результатом частичного комплайенса, а без лекарств рецидивы отмечаются у 70 % больных. R. Emsley [et al.] (2012) показали, что в течение первого года 79 % больных, прекративших прием лекарств после первого эпизода шизофрении, переносили обострение симптоматики, после второго года — 94 % и после трех лет — 97 %.

Последствиями обострений, которые в подавляющем числе случаев связаны с нарушениями пациентами медикаментозной терапии, становятся *регоспитализации* больных: D. Misdrahi [et al.] (2002) приводят данные о том, что в $\frac{2}{3}$ случаев регоспитализации является следствием частичного или полного некомплайенса. В частности, исследование коэффициента приверженности терапии (КПТ) у большой когорты больных, получавших антипсихотические препараты, показало, что пациенты с КПТ < 80 % госпитализировались в 2,4 раза чаще, чем больные с удовлетворительным показателем соблюдения терапии (Valenstein M. [et al.], 2002), и достоверно удлинялся срок их пребывания в стационаре по сравнению с когортой пациентов, которые до госпитализации регулярно принимали лекарства.

Помимо этого, само лечение некомплаентных пациентов становится затруднительным в силу большей остроты симптоматики, полиморфизма клинических проявлений и наличия лекарственной резистентности, что приводит к его удорожанию. Это подтверждается исследованием A. Grogg [et al.] (2002), которые установили, что пациенты, лишь частично (не регулярно) соблюдавшие режим приема лекарств до госпитализации, на 64 % чаще требуют замены или назначения дополнительных лекарственных средств, а затраты на их госпитальное лечение на 53 % выше, чем у комплаентных больных. Подобные данные были представлены B. Svastad [et al.] (2011), которые, исследовав больных шизофренией и биполярным

аффективным расстройством, показали, что помимо того, что 33 % nonкомплаентных больных госпитализировались в течение года против 18 % комплаентных, их госпитальные расходы составили 3500 долларов США против 1800 долларов у комплаентных больных. Таким образом, хотя исследование экономических потерь, обусловленных низким уровнем комплаенса, затруднены из-за отсутствия единого инструмента для его оценки, получена определенная взаимосвязь между уровнем комплаенса и экономическими затратами (Thied P. [et al.], 2003).

Кроме прямых медицинских проблем, выделяют *социальные и поведенческие последствия* nonкомплаентности. R. Herings и J. Erkens (2003) выявили, что среди пациентов, прекративших прием лекарств, в 4 раза чаще отмечались суицидные попытки по сравнению с теми больными, которые продолжали регулярный прием лекарств. Кроме того, nonкомплаентные больные чаще имеют семейные и производственные проблемы, снижающие качество их жизни. D. Johnson [et al.] (1983) обнаружили достоверно большее количество случаев суицидального поведения и более низкий уровень социального функционирования у больных, прекративших прием поддерживающей терапии антипсихотиками, по сравнению с пациентами, продолжавшими прием лекарств.

Таким образом, нарушения комплаенса приводят к тому, что с каждым последующим обострением ремиссия достигается медленнее и становится менее полной, труднее восстанавливается прежний уровень социального функционирования больного, нарастает его социальная отгороженность и возрастает бремя семей и финансовая нагрузка для общества в целом.

Рассматривая причины нарушений медикаментозного комплаенса, ученые пришли к выводу, что многообразие факторов, имеющих отношение к соблюдению пациентом режима лекарственной терапии, образуют несколько подсистем (Fleischhacker W. [et al.], 2003; Osterberg L., Blaschke T., 2005), которые в свою очередь тесно взаимодействуют друг с другом.

Рассматривая совокупность этих факторов, можно выделить следующие подсистемы:

- подсистема, характеризующая самого больного, внутри которой отдельные факторы группируются в социально-демографические, клинические (психопатологические и динамические), личностные характеристики и убеждения пациента, связанные с отношением к лечению;

- подсистема, связанная с терапией, учитывающая побочные эффекты лекарств, пути введения препарата, схемы дозирования, длительность и стоимость лечения, а также полифармацию;

— подсистема, включающая видение больным врача и характер взаимоотношений врач — больной;

— подсистема, характеризующая взаимодействие пациента с окружающей средой, под которой подразумевается семья больного, его социальная и финансовая поддержка, взаимодействие с системой здравоохранения и отношение общества.

Однако, несмотря на то, что в различных исследованиях выявлено множество разрозненных факторов, их трудно связать в единую систему, поскольку наиболее проблематичным остается вопрос об инструменте оценки собственно комплаентности.

Прежде всего, оценку комплаенса затрудняет то обстоятельство, что больные зачастую имеют тенденцию к завышению его уровня, избегая порицания врача и возложения на себя ответственности за ухудшение состояния. Так, J. Urquhart (1997), проведя исследование с использованием электронного мониторинга, показал шесть основных паттернов поведения при приеме лекарств среди пациентов с хроническими заболеваниями, которым была предписана лекарственная терапия. В результате было установлено, что лишь $\frac{1}{6}$ часть из них практически безупречно придерживалась режима приема лекарств. Y. Lam [et al.] (2002) приводят данные, где 67,5 % больных утверждали, что принимали все дозы препарата, но по результату подсчета таблеток только 10,3 % не пропускали прием лекарств. Имеет также значение то обстоятельство, что зачастую и врачи, полагаясь лишь на свои представления, не привлекают дополнительных данных, завышая уровень комплаенса. M. Byerly [et al.] (2005), прибегнув к помощи микроэлектронной мониторинговой системы (МЕМС), вмонтированной в крышку лекарственной упаковки, установили, что, по оценкам врачей, 95 % больных были комплаентными, а по оценкам МЕМС только 38 % пациентов соблюдали режим терапии.

Вместе с тем, оценка уровня комплаенса затруднена из-за отсутствия адекватного инструмента его измерения. Разработанная в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева *шкала оценки медикаментозного комплаенса в психиатрии* (ШМК) (Лутова Н. Б., 2013) принципиально отличается от имеющихся аналогов отсутствием искажений, свойственных самоотчетам больных, и высокой структурированностью данных, отражающих систему комплаенса, поскольку Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК) заполняется врачом на основании полученной полной информации о больном. При этом количественной оценке подвергаются факторы, относящиеся к различным подсистемам, образующим структуру комплаенса: факторы, связанные с медикацией, пациентом, врачом и близким окружением больного.

Оценка комплайенса позволяет прогнозировать степень устойчивости установки больного на следование рекомендациям лекарственной терапии, его дальнейший контакт со сферой психиатрической помощи и, в известной мере, течение заболевания. При заполнении шкалы медикаментозного комплайенса (приложение 2) могут использоваться бланки произвольной формы. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены содержательными характеристиками различий.

Характеристики градаций Шкалы по возможности приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного. Более сложной может оказаться идентификация вариантов психологически обусловленного саботирования медикации (прил. 2, п. 1.4), связанных с особенностями реагирования на врача, внутренней картиной болезни и наличием субъективной (не всегда осознаваемой) выгоды от болезни, а также инсайта на психологические механизмы заболевания (прил. 2, п. 2.1). Успех здесь определяется клинической квалификацией эксперта и полнотой предварительного обследования больного.

Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики (прил. 2, пп. 2.2, 2.3) оценивается с помощью несложных и общеизвестных инструментов — шкал BPRS и SANS. Для BPRS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле до 40, средний — 40—60, высокий — свыше 60. Для SANS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний — 30—60, высокий — свыше 60.

Низкая частота рецидивирования (прил. 2, п. 2.4) кодируется при наличии по данным анамнеза не свыше одного рецидива в год, средняя — при 2—3, высокая — свыше 3 рецидивов в год.

Общий уровень функционирования на производстве, в учебе, семье (прил. 2, п. 2.7) оценивается при помощи также несложной и широко распространенной шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Низкий уровень нарушений кодируется при общем показателе свыше 60 баллов, средний — 40—60 баллов, высокий — менее 40 баллов.

Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств (прил. 2, п. 2.7) соответствует возможность приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему — некоторых из них, низкому — лишь недорогих общедоступных лекарственных средств.

Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплайенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением пп. 1.10 и 1.11, относящихся к пути введения препарата, где существенным представляется учет того, используется ли

данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом 0 означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения, так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу. Общий балл выводится простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

Уровень самостигматизации. Обсуждая показатели психологической адаптации психиатрического пациента нельзя игнорировать проблему стигматизации, поскольку, как показало исследование W. Löffler [et al.] (2003), каждый десятый пациент, страдающий шизофренией, отказывается от лечения из-за страха стигматизации. Причем наиболее уязвимыми по параметру стигмы являются женщины.

В Древней Греции стигмой обозначали метку или клеймо на теле преступника. В дальнейшем этот термин стал ассоциироваться с постыдным статусом человека. В настоящее время под «стигматизацией» понимается вся совокупность существующих в обществе стереотипов, предубеждений, проявлений дискриминации и социального отторжения определенной группы лиц, т. е. негативное выделение обществом индивидуума или социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной группы). М. М. Кабанов (2006) определил стигму как «...ярлык, этикетку, как бы накладываемую обществом на пациента, пользующегося психиатром ... при лечебно-диагностических и экспертных процедурах, особенно проводимых в больничных условиях». Проведенные исследования позволяют подчеркнуть особую негативную роль фактора стигматизации для социального функционирования больных (Некрасов М. А., Хритинин Д. Ф., 2014).

«Психически больные люди, как правило, с одной стороны — ощущают свою неполноценность, с другой — сохраняют стремление к самореализации и саморазвитию (несмотря на болезнь) и страдают от отношения к себе как к людям «второго сорта». Потери, которые сопровождают психическое заболевание — образовательные, профессиональные, личные и семейные — происходят в атмосфере стигматизации и дискриминации больных. Жизнь с психической болезнью — это еще и жизнь с сопровождающими эту болезнь серьезными социальными утратами и невозполнимым дефицитом социальных возможностей и перспектив» (Гуляевская Н. В., Одарченко Е. М., Дорофеева О. В.).

Р. Уорнер (2004), проведя обзор публикаций, посвященных исследованиям стигматизации психически больных, установил, что это очень устойчивый феномен, поскольку с 1960-х до 1990-х гг. произошло очень незначительное ослабление стигмы психически

больных. Люди с психическими заболеваниями вызывают у широкой публики страх, недоверие и часто неприязнь. Например, опрос населения по выяснению предпочтений, проведенный в Великобритании, выявил, что статус, приписываемый психически больным, оказался ниже, чем у бывших заключенных и лиц с дефектами развития (Trigno J., 1970). Опрос 46 психически больных выявил, что все они в той или иной степени страдали от стигмы, и это оказывало влияние на восприятие диагноза и следование курсу лечения (Dinos S. [et al.], 2004).

Всего идентифицировано более 40 негативных последствий, связанных со стигматизацией (Byrne P., 1997). Прежде всего, из-за ярлыка психической болезни людям труднее найти жилье (Page S., 1977), у них возникают трудности при трудоустройстве (Wolff G., 1977) и получении образования. Кроме того, несмотря на большую отягощенность психически больных соматической патологией, «они недостаточно получают медицинскую помощь по соматическим заболеваниям из-за стигмы и дискриминации, а также демедиализации психиатрии» (Бурлаков А. В., 2008). При том, что современная психофармакотерапия способна помочь психически больным нормализовать поведение и улучшить их функционирование, не приходится ожидать, что ослабление стигмы автоматически последует за уменьшением выраженности симптоматики. Как было показано в работе B. Link [et al.] (1997), исследовавших психически больных мужчин с двойным диагнозом, под влиянием лечения произошло значительное ослабление симптомов по сравнению с исходным уровнем, но они по-прежнему ощущали пренебрежение и дискриминацию со стороны общества, что приводило к попыткам справиться с проблемами посредством утаивания и самоизоляции.

Данная ситуация приводит и к обратному явлению, когда сам индивид, перенесший психическое расстройство принимает на себя определенный «ярлык» и роль «душевнобольного». Термин «самостигматизация» введен B. Link [et al.] (1997) для обозначения реакции больного на стигматизацию. Говоря об уровне самостигматизации, следует отметить, что сам больной, являясь членом данного общества, оказывается носителем пренебрежительного отношения к душевно нездоровым людям (Manis M., Houts P. S., Blake J. B., 1963) и считает подобные реакции окружающих на душевное нездоровье вполне объяснимыми и неадекватными лишь по отношению к нему. Это обстоятельство способствует непризнанию больным собственного душевного расстройства с последующими многократными отказами от лечения, а в случае признания у себя болезни — появлению представлений о дефектной «инакости», недостойной уважительного к нему отношения со стороны окружающих, т. е. — «самостигматизации» (Гурович И. Я., Кирьянова Е. М., 1999).

В другом случае имеющаяся у больных негативная социальная установка на «душевную инакость» способствует требованию особо щадящего к себе отношения (по механизмам «вторичной выгоды» от болезни), в соответствии с которыми они начинают настаивать на исключительности своего жизненного невезения, уникальности имеющихся страданий и ожидать от окружения безмерного сочувствия, полного подчинения и выполнения любых прихотей. Усваивая стереотипы роли неадекватного и никчемного человека, они становятся вследствие этого социально отгороженными, зависимыми от помощи других, адаптируются в роли инвалида, что ведет к углублению социальной дезадаптации (Docherty E. G., 1975).

Наконец, в ряде случаев больные, возвращаясь после лечения в психиатрическое учреждение и опасаясь встретить чрезмерное любопытство и предвзятое к себе отношение со стороны товарищей по работе, начинают вести себя в общении с ними незаметно, «прячась в раковину» (по образному выражению одной больной), надеясь таким образом не стать объектом пересудов. В результате в производственной среде, окружающей больного, формируется мнение, что, несмотря на сохранную работоспособность, он после психиатрического лечения изменился: стал замкнутым, отгороженным, боится высказывать свое мнение, стал излишне конформным. Таким образом, «печать» душевнобольного сначала накладывает на себя сам больной, а вслед за ним и окружающие.

Понятно, что все три варианта «самостигматизации» являются препятствием как для проведения лекарственного лечения, так и психотерапии и реабилитации в целом.

Удовлетворенность лечением. Проблема повышения качества оказания медицинской помощи является актуальной как в нашей стране, так и во всем мире. Свидетельством тому является огромное количество статей в Интернете, посвященных этой проблеме. К настоящему времени выявлены характеристики, которые определяют качество оказываемой медицинской помощи и сформулированы требования, предъявляемые к ней. Считается, что медицинская помощь должна быть оказана с максимально возможным эффектом, при этом иметь минимальную стоимость, быть обоснованной, законной, соответствовать ожиданиям пациентов и инвесторов и распределяться по справедливости (Назаренко Г. И., Полубенцева Е. И., 1990). Данные требования предполагают широкое участие пациентов в управлении качеством медицинской помощи, которое реализуется путем повышения информированности потребителей медицинских услуг, сбора их мнений относительно организации работы лечебного учреждения и учета их субъективной удовлетворенности лечением [Вид В. Д., Лутова Н. Б., 2006]. В последние годы данный подход распространяется и на психиатрическое здравоохранение.

ранение (Любов Е. Б., Бурьгина Л. А., Бояров В. Г. [и др.], 2009), поскольку необходим не только для многосторонней оценки качества психиатрической помощи, но и важен для привлечения пациентов к системе психиатрического здравоохранения, улучшения их приверженности соблюдения медикаментозной терапии (Лутова Н. Б., 2013) и, в итоге, оказывает влияние на течения и исход заболевания (De Millas W., Lambert M., Naber D., 2006).

В российской психиатрии интерес к проблеме субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре возник относительно недавно, но привлекает все больший интерес, стимулируемый происходящими реформами здравоохранения. Ориентировка на динамику психопатологической симптоматики как на единственный критерий удовлетворенности обслуживанием представляется сейчас слишком узкой концепцией. Собственное видение пациента (потребителя услуг системы здравоохранения) становится центральным в оценке качества реформируемого медицинского обслуживания. Подход, который врач находит к больному, является важным фактором в обеспечении привлечения пациента к сфере медицинского. Неудовлетворенность больного полученным лечением нельзя игнорировать даже если она объективно совершенно необоснованна, поскольку это — предиктор прекращения последующего обращения больного за медицинской помощью. Субъективная удовлетворенность больного лечением — важный ориентир для организаторов здравоохранения, планирующих введение дифференцированной оплаты труда сотрудников и заинтересованных выявлением причин неудовлетворенности больных лечением, а также поиском ресурсов их устранения. Этот показатель учитывается также при оценке сравнительной эффективности поступающих на рынок лекарственных препаратов. Оценка субъективной удовлетворенности практически важна тем, что является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни, существенно сказываясь на положительном или отрицательном compliance пациента после выписки. Тем самым удовлетворенность позволяет прогнозировать успех терапии и частоту регоспитализаций. Изучение факторов, влияющих на удовлетворенность лечением, позволяет формировать оптимальную стратегию развития психиатрического учреждения.

В связи с громоздкостью или, напротив, слишком большой упрощенностью в ущерб информативности, Н. Б. Лутовой, А. В. Борцовым и В. Д. Видом (2006) был создан опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре (СУЛ), характеризующийся компактностью, информативностью и соответствием современным психометрическим стандартам

(Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вид В. Д., 2006; Вид В. Д., Лутова Н. Б., 2010; Лутова Н. Б., 2011).

Опросник (Приложение 3) позволяет получить дифференцированные данные об удовлетворенности результатами лечения, взаимоотношениями с врачом, бытовыми условиями и окружающей обстановкой учреждения, а также о степени стигматизации больного контактом со сферой психиатрии, которая может серьезно повлиять на его социальную ситуацию и жизненные планы.

Опросник СУЛ в психиатрическом стационаре заполняется самим пациентом накануне выписки или вскоре после нее. Он включает 40 пунктов, составляющих следующие субшкалы, соответствующие основным компонентам структуры субъективной удовлетворенности — удовлетворенность:

- а) результатом лечения;
- б) взаимоотношениями врач — больной;
- в) бытовыми условиями;
- г) окружающей обстановкой.

Несколько особняком стоит еще одна — субшкала стигматизации, отражающая степень болезненности восприятия статуса психиатрического пациента.

Под удовлетворенностью *результатами лечения* понимается удовлетворенность улучшением самочувствия, устранением психопатологической симптоматики и ряда психологических проблем (трудности общения, решения жизненных задач, проблемы самооценки), достигаемых различными лечебными подходами. В нее включены общая удовлетворенность, соответствие результатов ожиданиям, оценка действия лекарств и переносимости побочных эффектов, оценка динамики самочувствия, включая физическое состояние, демистификация терапии (отрицание ее чудодейственной природы), оценка динамики самооценки, своего коммуникативного и проблемно-решающего поведения в результате лечения, динамика взгляда на будущее в результате терапии, восприятие будущего.

Под удовлетворенностью *взаимоотношениями врач — больной* понимается реакция на комплекс параметров, определяющих восприятие врача и взаимодействие с ним. Субшкала «врач — больной» включает такие компоненты, как оценка вклада врача в результат лечения, наличие или отсутствие страха перед психиатром, доверия к нему, желания иметь с ним дело в дальнейшем, согласия с курсом проводимого им лечения, понятности и прозрачности общения с ним, достаточности уровня его профессиональной компетентности и эмпатического потенциала, восприятия врачом пациента как человека, а не только как носителя симптомов, поддержки со стороны врача в построении жизненных планов, его доступности для решения проблем пациента.

Субшкала удовлетворенности *бытовыми условиями и окружающей обстановкой* отражает восприятие пациентом инфраструктуры стационара и психологического климата в нем. Сюда относится, испытывает ли больной чувство оторванности от привычной домашней обстановки, как он воспринимает окружающих пациентов, испытывает ли интерес к общению с ними, тяготеет ли режимом пребывания, доволен ли питанием, имеет ли возможность достаточно содержательного проведения свободного от лечебных мероприятий времени; также сюда относятся опасения со стороны больного того, что контакт с психиатрией может негативно отражаться на учебной или производственной ситуации, жизненных планах, отношении окружающих, опасения возможных профессиональных и правовых ограничений.

Варианты согласия или несогласия с утверждениями представлены в виде четырех градаций: «неверно», «неверно в какой-то степени», «верно в какой-то степени», «верно». Этим градациям соответствуют баллы от 0 до 3. Во избежание оценки больным лечения только с позиции удовлетворенности или недовольства, что могло бы повлечь за собой искажение результатов обследования вследствие генерализации неосознаваемых установок, пункты опросника чередуются по форме, запрашивая у больного, доволен он или недоволен одним и тем же аспектом лечения. Совпадения по смыслу оценок, данных на полярные по форме утверждения относительно одного и того же аспекта лечения повышают их весомость и информативность.

Качество жизни¹. Интерес к качеству жизни (КЖ) впервые возник в 1960-е гг. в контексте измерения благополучия человеческого бытия, и уже в 1970-х гг. Римским клубом это понятие предложено использовать в научных исследованиях. «Качество жизни» — одна из самых общих категориальных характеристик человека, определяющих его место в мире. Это и не «уровень жизни», и не «благо-состояние», и не «образ жизни» и даже не «уровень функционирования», хотя все эти характеристики тесно связаны с качеством жизни и в значительной мере его определяют. Соотношение позитивных и негативных переживаний, которые человек испытал за определенный период, — вот то единственное, что важно при измерении качества жизни. Если человек, описывая свою жизнь, использует только позитивные оценки типа «удовлетворен» и «хорошо», то его качество жизни высокое, так как соответствует его индивидуальным потребностям и ценностям, в то время как другому

¹ Раздел «Качество жизни» написан совместно с кандидатом психологических наук Г. В. Бурковским.

жизнь с таким же благосостоянием, образом жизни и уровнем функционирования будет причинять одни страдания.

Качество жизни конкретного человека — это соотношение его позитивных и негативных эмоциональных реакций на все те аспекты жизни, которые определяют его предпочтения, т. е. его усилия по изменению своей жизни к лучшему.

В последние десятилетия во всем мире термин «качество жизни» используется чрезвычайно широко, что является показателем стремления к развитию целостного взгляда на индивида в медицине и в социальных науках (Kuyken W., Orley J., Hudelson P., Sartorius N., 1994).

Нарушения личностно-средового взаимодействия, социальные конфликты, невозможность реализации личности своих актуальных социальных потребностей играют существенную роль в психогенезе психических заболеваний. Можно солидаризироваться с точкой зрения Л. И. Вассермана, Б. В. Иовлева и М. А. Беребина (2004): «...длительное дестабилизирующее действие социально-фрустрирующих факторов формирует напряженность адаптивных механизмов и парциальную дезадаптацию (предболезнь), а при малоэффективной психологической защите и отсутствии социальной поддержки — тотальную психическую дезадаптацию (болезнь) и, как следствие, снижение качества жизни».

Медицинское определение термина «качество жизни» характеризует его как субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных со здоровьем. Существуют два основных способа измерения качества жизни в медицине — «объективный», т. е. предполагающий оценку качества жизни индивида, даваемую другим человеком (чаще всего — врачом), и «субъективный», предполагающий самооценку. Одним из побудительных мотивов разработки субъективных шкал качества жизни явились результаты исследований, где сравнивалось восприятие качества жизни пациента как им самим, так и его врачом. Оказалось, что соответствие (коэффициент корреляции) было весьма слабым.

Понятно, что недостаточная точность врачебных оценок качества жизни больного неизбежно влечет снижение эффективности врачебной деятельности. Но, в свою очередь, неэффективность использования врачом неформализованной субъективной информации, получаемой от самого пациента, обусловлена множеством общих причин, связанных не только с психопатологическими особенностями пациента, но и с меняющимися обстоятельствами его жизни. Действительно, для правильной оценки какой-либо величины измерительный инструмент (в данном случае — сама личность больного) не должен зависеть от измеряемой величины (интенсивности своих же переживаний). Однако в психиатрии при измерении

субъективного показателя качества жизни пациент ставится именно в такую парадоксальную ситуацию, когда он должен оценить свое пошатнувшееся благополучие, главным образом психоэмоциональное, с помощью такого оценочного инструмента (своей же психики), который сам в определенной степени поражен заболеванием. И при этом симптоматикой болезненного процесса часто является именно ощущение благополучия или удовлетворенности жизнью. Это очевидно для больных с аффективными расстройствами или для хронизированных больных, ведущих аутистический образ жизни, или для больных алкоголизмом и наркоманиями. Среди психологических факторов, создающих проблемы при прямой самооценке больным своего качества жизни, могут рассматриваться состояния апатии и безразличия, дефекты внимания, понимания, саморефлексии и мотивации, снижение уровня эмоционального реагирования. Трудности обычно возникают при обследовании лиц с садо-мазохистическими наклонностями, а также у лиц с социокультурально неадекватной системой ценностей и оценок, что характерно для асоциальных, девиантных и маргинальных личностей, субъективное благополучие которых может обуславливаться нанесением вреда другим людям.

К числу частных причин недоверности субъективной информации, получаемой от больного, относятся следующие:

1) недостаточная точность отдельных самооценок больного, так как в лучшем случае они делаются на основе расплывчатого бытового языка с явной или неявной опорой на грубую школьную 5-балльную систему оценок, что не позволяет ни своевременно обнаруживать малые скрытые эффекты терапевтических воздействий, ни получить представление о структуре переживаний больного и, следовательно, о его зонах неблагополучия;

2) ненадежность субъективных оценок больного, обусловленная неустойчивостью его состояния и зависимостью от всегда динамичного личностного и социального контекста взаимодействия с врачом;

3) недостаточная валидность субъективных оценок больного, обусловленная:

а) возможной неискренностью ответов больного, например, из-за желания угодить врачу, из-за страха перед ним, из-за желания соответствовать некоему образу выздоравливающего или, наоборот, недолеченного больного и т. п.;

б) несоответствием сознательных оценок больного его же бессознательным отношениям к своей жизни. В этом случае противоречивость системы отношений больного порождает случайные ответы (из противоречия следует все, что угодно — это логический «закон материальной импликации»);

в) несоответствием оценок данного больного оценкам других больных, что обусловлено культуральными различиями данного индивида и доминирующего контингента, закрепленными в языке.

Иными словами, на сегодняшний день понимание врачом адаптивных или реабилитационных потребностей пациента является явно недостаточным и требует дополнения в виде специальных измерительных инструментов.

В отличие от объективных показателей функционирования человека, которые отражают социально приемлемые нормы жизни, субъективные индикаторы пытаются установить относительную важность различных сфер жизни для каждого индивида в терминах его собственных норм и предпочтений.

Известно, что больной индивид может не страдать из-за ухудшения какой-либо функции вследствие заболевания и даже радоваться ему в случае получения вторичной выгоды. Поэтому в исследовании следует разделять измерять объективное функционирование, субъективное функционирование и удовлетворенность им, т. е. качеством жизни. Давая «объективную», а точнее сказать — внешнюю оценку уровня функционирования (но не качества жизни) больного, врач может, например, ставить перед собой цель увеличить количество контактов пациента, однако «субъективные» показатели могут указывать на полную удовлетворенность индивида тем низким с точки зрения усредненных социальных норм уровнем общения, который у него есть. В этом случае успешное выполнение поставленной цели — увеличение контактов — может ухудшить субъективное качество жизни пациента, повысить уровень стресса и способствовать ухудшению психического состояния, что противоречит целям лечения.

Таким образом, качество жизни психически больного понимается нами как та часть отношения индивида к своей жизни, которая достаточно сильно зависит от состояния его здоровья и его психологических особенностей. При этом предполагается, что именно отношение больного индивида к жизни мотивирует его участие в лечении, а также в восстановлении и совершенствовании его психологической адаптации.

Принципиальным отличием научно обоснованных инструментальных показателей качества жизни, используемых в психиатрии, от обычных субъективных мнений пациентов является их объективированность. Она означает, что на основе множества субъективных высказываний пациентов вычисляется ряд надежных и валидных числовых параметров, которые могут быть использованы совместно с объективными врачебными оценками различных клинических, психологических и социальных факторов. Указанная инструментальная объективация возможна потому, что множество

субъективных, изменчивых и случайных оценок индивидом своих внутренних эмоциональных процессов в измерительных инструментах целенаправленно организовано в устойчивые множества стандартизованных оценок так, что при случайном изменении каждой отдельной оценки больного сохраняются неизменными средние характеристики, которые и становятся показателями качества жизни индивида. И эти объективные инварианты (показатели качества жизни) могут быть эффективно использованы в работе врача с больным. Благодаря такой объективации субъективных оценок больным своих переживаний текущей жизни, лечебный коллектив получает возможность совершенствовать лечебный процесс.

На практике же необходимо сочетать объективные измерения с субъективными. Известно, например (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Шашкова Н. Г., 1994), что у части больных шизофренией удовлетворенность своей жизнью оказывается не соответствующей оценкам, даваемым их жизни другими людьми на основании объективного положения дел. Изучение факторов, влияющих на субъективную оценку качества жизни, показало, что она в большей степени зависит от особенностей личности больного, способности справиться со стрессовыми ситуациями, чем от выраженности психопатологических расстройств (Ritsner M. [et al.], 2003; по: М. А. Морозова, А. Г. Бениашвили, 2008).

К настоящему времени стало общепризнанным, что при выборе любых мер лечебного воздействия следует учитывать изменение субъективного ощущения благополучия пациента, т. е. его качество жизни. С точки зрения А. Б. Шмуклера (1998), качество жизни является надежной субъективной характеристикой социального функционирования больных, которую необходимо использовать в практическом здравоохранении. Но ни одну из многочисленных методик качества жизни нельзя признать оптимальной в отношении информации о больном и/или технологичности самого инструмента.

К настоящему времени в Российской Федерации используются или могут использоваться несколько измерителей КЖ психически больных, а точнее, психотикозависимого качества жизни.

ВОЗКЖ-100 (русская версия шкалы Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни; WHOQOL-100 — World Health Organization Quality of Life Measuring Instrument). Это ядерный инструмент КЖ, который был разработан непосредственно в русской культуре в соответствии с методологией ВОЗ в Санкт-Петербургском исследовательском центре ВОЗ на базе института им. В. М. Бехтерева. Этот инструмент измеряет показатели качества жизни больных общего профиля, включая психически больных, в следующих сферах: боль, активность, сон, положительные

эмоции, мышление, самооценка, образ тела, отрицательные эмоции, подвижность, повседневные дела, зависимость от веществ, работоспособность, личные отношения, социальная поддержка, сексуальная активность, свобода и защищенность, окружающая среда дома, финансы, медицинская помощь, получение новой информации, развлечения, окружающая среда, транспорт, духовность, глобальная оценка качества жизни (Бурковский Г. В., Кабанов М. М., Коцюбинский А. П. [и др.], 1998).

КЖСМ-44 (специфический модуль качества жизни, 44 вопроса). Это инструмент, который был разработан непосредственно в русской культуре в соответствии с методологией ВОЗ в Санкт-Петербургском исследовательском центре ВОЗ на базе института им. В. М. Бехтерева как модуль ВОЗКЖ-100. Он измеряет показатели качества жизни психически больных в следующих сферах: психическое здоровье, эмоциональная неадекватность, самопонимание, общение, сексуальное общение, лидерство, дисгармоничность мира, самоконтроль, самопомощь, право, стигматизация (Бурковский Г. В., Кабанов М. М., Коцюбинский А. П. [и др.], 1998).

ЛКОЛП (Ланкаширская шкала качества жизни; LQOLP — The Lancashire Quality of Life Profile). Это инструмент, который является стандартным измерителем КЖ психически больных, широко используется в Англии и Западной Европе. Он был переведен на русский язык в соответствии с методическими требованиями разработчиков и их участием. ЛКОЛП представляет собой вопросник, который измеряет объективные и субъективные показатели качества жизни психически больных в следующих сферах: работа, проведение свободного времени, религия, финансы, безопасность и законность, семейные взаимоотношения, социальные взаимоотношения, здоровье и глобальная самооценка качества жизни (Бурковский Г. В., Левченко Е. В., Тэйлор Р., 2008).

SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form, Health Status Survey — медицинская краткая шкала для оценки качества жизни, 36 вопросов) относится к неспецифическим опросникам для оценки КЖ, он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург). Составляющие опросник 36 пунктов сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье (Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M. [et al.], 1993).

КЖСД-46 (шкала качества жизни, основанная на семантическом дифференциале, 46 вопросов). Это неспецифический инструмент,

разработанный в русской культуре в Санкт-Петербургском исследовательском центре ВОЗ на базе института им. В. М. Бехтерева в измерительном формате биполярных определений семантического дифференциала. Он измеряет показатели качества жизни больных общего профиля, включая психически больных, в следующих 12 сферах: осмысленность, полнота, остроумие, уважение, красота, правильность, удачность, радость, ухоженность, энергичность, свобода, равноправие (Беркман А. М., Бурковский Г. В., Левченко Е. В., 2002).

Наиболее важные общие недостатки этих инструментов, послужившие стимулом для разработки *инструмента нового поколения ПКЖ2Ф* (Приложение 4), состоят в следующем.

1. Слабое соответствие между выявляемой структурой переживаний и доминирующими психологическими теориями в психиатрии, что препятствует использованию данных о качестве жизни психически больных в этиологически ориентированных исследованиях. Этот недостаток имеет свои методологические основания в несовершенстве методологических подходов, использующих априорно осознаваемые представления исследователей и привлекаемых экспертов, включая пациентов, о структуре переживаний больного человека. Однако совместное использование разных инструментов в сравнительных исследованиях обнаружило несколько важных свойств измерителей КЖ, не присущих каждому из них по отдельности, но соответствующих доминирующим психологическим теориям в психиатрии.

В сравнительном исследовании ВОЗКЖ-100 — ЛКОЛП (LQOLP) была выявлена древовидная структура показателей КЖ, свидетельствующая о том, что вся совокупность источников переживаний индивида в конечном итоге сводится к двум категориям: эндогенным (внутренним) и экзогенным (внешним). Соответственно, качество жизни индивида имеет две основные компоненты — *эндогенную* и *экзогенную*. Из всех результатов данного исследования выявление древовидной структуры, основанной на противопоставленности эндогенного и экзогенного, представляется наиболее важным фактом. С одной стороны, данное противопоставление эндогенного и экзогенного является надежно установленным и общепринятым в медицинской психологии и психиатрии, а с другой — именно оно практически отсутствует во всех шкалах качества жизни.

2. Слабая критериальная база каждого из перечисленных инструментов. Во всех широко используемых инструментах первого поколения (ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44, ЛКОЛП, СФ-36) используется только один формат измерения — в виде ответных шкал на стандартные вопросы об «удовлетворенности». Однако в обыденной

жизни большинства людей не менее интенсивно и взаимозаменяемо используется оценка «плохая/хорошая» жизнь (или любой ее фрагмент).

3. Несоблюдение требования фейс-валидности, (т. е. «очевидной валидности»), понятности и соответствии имеющихся вопросов основному предмету или ситуации, которых касается конкретная шкала. В качестве примера следует указать на нецелевое использование самооценочных функциональных шкал для изучения качества жизни пациентов. Так, при использовании SF-36 реально измеряется не качество жизни, а субъективный функциональный статус индивида, о чем свидетельствует и само название методики: Medical Outcomes Study Short Form, и названия отдельных субшкал (например, физическое функционирование), и содержание отдельных вопросов. При этом надо подчеркнуть, что в составе SF-36 нет ни одного вопроса на удовлетворенность индивида определенными аспектами жизни или жизнью в целом. Вследствие только одного этого обстоятельства SF-36 не может быть признан валидным измерителем именно качества жизни.

В связи с этим был создан новый инструмент качества жизни — КЖ2Ф (Бурковский Г. В., Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., 2011), детально представленный в монографии «Функциональный диагноз в психиатрии» (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бурковский Г. В. [и др.], 2013), которому присущи следующие особенности:

- использование в качестве исходных материалов несколько созданных ранее инструментов измерения качества жизни;

- двухформатность методического подхода, предполагающая использование как обычных вопросов опросника, так и подходов, характерных для семантического дифференциала;

- компактность методики (36 вопросов для определения морбидного качества жизни);

- информативность (древовидное рассмотрение структуры качества жизни).

Важное место в инструменте занимают показатели *глобального (универсального) качества жизни и морбидного (психотикозависимого) качества жизни*.

Глобальное качество жизни (ГКЖ) отображает всю совокупность жизненных переживаний во всех жизненных функциях и видах жизнедеятельности — от соматического или психического здоровья до материального достатка, образа жизни, личных взаимоотношений, политики, религии и т. п. В опроснике сведения о глобальном качестве жизни объединены в ответах на 6 глобальных вопросов о качестве жизни в целом, безотносительно к наличию болезни или другим особенностям личности или обстоя-

тельствам жизни. При этом использованы всего лишь два самых общих и практически взаимозаменяемых критерия: «удовлетворенности» и «хорошести». Суть глобального (универсального) качества жизни состоит в измерении тех его сторон, которые не зависят ни от каких условий — измеряется просто абсолютный поток позитивных и негативных переживаний, источником которых может быть все, что угодно, а не только изменение состояния, относящееся к психотикозависимой части жизни. Признаки качества жизни в этом контексте практически не содержат информации о том, каковы источники позитива и негатива в жизни респондента — только обобщенный итог оценок благополучия жизни в целом.

В результате определяются три показателя: обобщенный показатель глобального качества жизни (GKJ), а два других дифференцированных глобальных показателя, один из которых связан с СамоСохранением (Gsox), а второй — с СамоРазвитием (GRaz) жизнедеятельности человека.

1. Глобальное СамоСохранение (Gsox) представляет собой не ограниченный заболеванием процесс жизнедеятельности, в котором индивид поддерживает на определенном, относительно постоянном уровне те или иные жизненные параметры благодаря реакциям, компенсирующим влияние изменяющихся условий окружающей среды. Все три аспекта жизнедеятельности, отображающие благополучие глобального СамоСохранения, относятся к жизни в целом, а не к какой-либо ее части или компоненту, например к работе или отдыху.

2. Глобальное СамоРазвитие (GRaz) представляет собой не ограниченный заболеванием процесс жизнедеятельности, в котором индивид стремится к СамоОпределению своего творческого потенциала в виде жизненных целей, реализации этих целей в деятельности и к СамоУтверждению результатов своей деятельности в социуме. Все три аспекта жизнедеятельности, отображающие уровень глобального СамоРазвития, позволяют учитывать все виды переживаний индивида, которые определяют его жизненные предпочтения.

Схема морбидного (психотикозависимого) качества жизни представлена на рис. 13.

Определение «психотикозависимого качества жизни» (РКJ) осуществляется с помощью 36 вопросов, сгруппированных в 18 двухвопросных показателей-фасет, унаследованных от трех ранее созданных инструментов (ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44 и КЖСД-46).

Ниже дифференцированно рассмотрены основные показатели, относящиеся к «медицинскому (психотикозависимому) качеству жизни».



Рис. 13. Структура медицинского (психотикозависимого) качества жизни

Тотальный показатель медицинского (психотикозависимого) качества жизни (РКЖ) является самой общей (суммарной) характеристикой психотикозависимого качества жизни.

В дизайне данного инструмента операционально определяемое психотикозависимое качество жизни — это среднее (и, тем самым, объективированное, т. е. многократно подтвержденное самим респондентом) численно выраженное значение отношений индивида к различным аспектам жизни, которые достаточно сильно зависят от состояния его здоровья и тесно связаны с глобальной оценкой его отношения к жизни в целом. При этом предполагается, что именно эта часть отношения больного индивида к жизни мотивирует участие больного в лечении, а также в восстановлении и совершенствовании его психологической адаптации.

Данный показатель качества жизни измеряет интенсивность той части переживаний человека, которая связана с состоянием его психического здоровья. Именно эта связь отличает данный показатель

от показателя «Глобальное качества жизни» (GKJ), измеряющего качество жизни безотносительно к психическому здоровью респондента (и любым другим параметрам респондента).

1. Ценностно-мотивационные показатели процесса качества жизни

1.1. СамоСохранение (SSox) является одним из двух базовых сквозных ценностно-мотивационных процессов жизнедеятельности, различающихся по степени сложности и актуальности.

СамоСохранение представляет собой специфический процесс жизнедеятельности, который характеризует способность индивида восстанавливать нарушенное равновесие внутри организма и личности или баланс между индивидом и окружающей его средой. Такие «саморемонтные» работы являются естественным фоном жизнедеятельности любого человека, преодолевающего стрессы повседневной жизни.

1.2. СамоРазвитие (SRaz) представляет собой такой компонент жизнедеятельности, в котором индивид стремится к самоопределению своего творческого потенциала и предназначения в виде жизненных целей и самоутверждению реализованных задач в социальной реальности. В целом, СамоРазвитие направлено на творческое развитие индивида. СамоРазвитие (в отличие от СамоСохранения) характеризует способность индивида ценить и получать удовлетворение от воплощения в реальности результатов своей внутренней творческой преобразовательной активности.

2. Секторальные (основные) показатели качества жизни

Секторальные показатели характеризуют качество жизни в трех секторах, каждый из которых образован одной из трех сфер СамоСохранения и аналогичной сферой СамоРазвития. Три сектора являются следующие:

2.1. Индивидуальный сектор жизни (Ind), включающий самообеспечение индивида и поиск смысла существования и деятельности. Индивидуация — это комплексная приспособительная деятельность индивида, объединяющая СамоОбеспечение и СамоОпределение.

2.2. Микросоциальный сектор жизни (Mik), охватывающий общение и реализацию личности в деятельной активности ближайшего окружения. Микросоциализация — это комплексная приспособительная деятельность индивида, объединяющая компоненты самосохраняющей и развивающей активности, направленной на

ближайшее окружение как объект присоединения и коммуникативного взаимодействия. Сектор микросоциальной жизни характеризует такие родственные виды жизнедеятельности, которые включают общение и деятельную активность, обеспечивающую поддержание микросоциального статуса индивида. Они основаны на стремлении быть принятым ближайшим окружением и реализовать в нем свои способности и возможности.

2.3. Макросоциальный сектор жизни (Mak), к которому относится взаимодействие личности с макросоциумом и ее стремление к самоутверждению в нем. Макросоциализация — это комплексная приспособительная деятельность индивида, объединяющая компоненты самосохраняющей и развивающей активности, направленной на свое макросоциальное окружение как объект гармоничного взаимодействия с окружением в рамках социальных институтов и обеспечивающая макросоциальный статус уважаемого члена общества.

3. Сферальные (ядерные) показатели качества жизни

Следующие шесть сфер жизнедеятельности большого определяют шесть показателей инструмента, обозначенных как ядерные, так как они обладают оптимальным уровнем обобщенности, который позволил определить все основные смыслы всех показателей инструмента. Три из этих шести сфер жизнедеятельности относятся к процессу СамоСохранения, а оставшиеся три — к процессу СамоРазвития. Рассмотрим их последовательно.

Сфера Самосохранения (SSox)

Отдельные навыки и приемы «саморемонта» консолидируются в относительно автономную подсистему «СамоСохранения», решающую все разнообразие регулятивных задач: от восстановления физиологического комфорта в индивидуальном секторе активности («СамоОбеспечение»), навыков межличностного взаимодействия в микросоциальном секторе активности («СамоАффилиация») до поддержания здорового образа жизни, компенсирующего негативные влияния дисгармоничной внешней среды в макросоциальном секторе активности («СамоИнтеграция»).

Все три подсистемы сферы СамоСохранения представляют собой комплексные неоднородные факторы, отображающие структуру психологических адаптационных механизмов.

3.1. СамоОбеспечение (самообслуживание) (SObе) представляет собой активность самосохранения в индивидуальном секторе жизни. Деятельность СамоОбеспечения характеризует способность индивида обеспечивать себя и своих близких материальными

средствами к существованию и повседневными услугами и, следовательно, поддерживать важные психофизиологические, личностные и социальные параметры существования на жизнеспособном уровне.

СамоОбеспечение как активность означает, что индивид выполняет лишь наиболее простые, повседневные, рутинные автоматизированные функции, обеспечивающие определенный базовый уровень функционирования индивида. СамоОбеспечение является центральной и самой значимой подсистемой, обеспечивающей выживание индивида.

Этот показатель представлен тремя фасетами, характеризующими удовлетворенность больного своей способностью выполнять обычные повседневные дела, трудоспособностью и способностью преодолевать усталость. При высоких значениях этого показателя индивид не только выживает в мире, но и может быть готов как к успешной самореализации жизненных планов и устремлений, так и к самовосстановлению нарушенного болезнью или стрессами равновесия.

Фактически данный фактор отображает работу психологического адаптационного механизма, указывая как психоэмоциональный источник стресса (неудачи в самообслуживании), так и способы совладания с ним (совершенствование трудовых навыков и способности преодолевать усталость).

3.2. СамоАффилиация (общение) (SAfi) — это сфера самосохраняющей жизнедеятельности индивида, которая направлена на поддержание или восстановление нарушенных, утраченных или дефицитарных навыков межличностного общения в микросоциальном секторе активности. С одной стороны, она обеспечивается имеющимися сохранными коммуникативными навыками, а с другой — способностями преодолевать трудности общения, обусловленные неадекватными эмоциями или поведением.

СамоАффилиация представляет собой относительно сложную интеллектуальную и волевую деятельность, которая обеспечивается сознательной активностью «Я» индивида.

При высоких значениях этого показателя индивид не только выживает в социуме, но и способен как к успешному общению в непосредственном окружении, к успешной самоорганизации своей жизни для самореализации жизненных планов и устремлений, так и к самовосстановлению нарушенного болезнью или стрессами равновесия.

Этот показатель также представлен тремя фасетами, характеризующими удовлетворенность больного своей способностью продуктивно взаимодействовать со своим ближайшим окружением.

3.3. СамоИнтеграция (образ жизни) (SInt) — это сфера самосохраняющей жизнедеятельности индивида в макросоциальном секторе, которая направлена на восстановление и частичное совершенствование нарушенных, утраченных или дефицитных навыков взаимодействия с социальными институтами и производственными коллективами. СамоИнтеграция представляет собой относительно сложную интеллектуальную и волевую деятельность, которая обеспечивается сознательной активностью «Я» индивида, интегрирующего самопонимание и отношение к миру в здоровый и полноценный образ жизни.

Высокие значения этого показателя свидетельствуют о том, что респондент позитивно оценивает окружающий мир и свой способ взаимодействие с ним, высоко оценивает благоприятность внешних макросоциальных условий для своего существования. СамоИнтеграция отображает работу психологического адаптационного механизма, в котором источник страдания представлен неудовлетворенностью своим образом жизни, а стратегия преодоления данного страдания — самопониманием и самопринятием окружающего мира как упорядоченного и более или менее гармонично организованного и предсказуемого.

Сфера СамоРазвития (SRaz)

Жизнедеятельность СамоРазвития осуществляется в трех сферах жизни, которые необходимы для полного описания всей активности человека: СамоОпределение, СамоРеализация, СамоУтверждение. Действительно, статистическая структура данного показателя отображает реальный процесс творческой активности личности.

На первом этапе такой активности происходит формирование идеального образа желаемого будущего (самоопределение), наделенного определенным смыслом (связями с другими, более общими целями личности и ценностями общества). Второй этап состоит в приобретении индивидом достаточно высокого статуса в микро-социальной среде (самореализация), который обеспечит ему реальные возможности для достижения поставленных целей в совместной деятельности в макросоциальной среде и в достижении личностного и общественного признания ценности ее результатов (самоутверждение).

3.4. «СамоОпределение» (осмысленность) (SOpr) — это такая сфера саморазвивающей жизнедеятельности индивида в индивидуальном секторе его активности, которая направлена на осмысление действительности и выработку достижимых целей в имеющихся социальных обстоятельствах. Данная способность является условием возможности и успешности реальной деятельности общения и самореализации.

Высокие значения этого показателя свидетельствуют о том, что респондент позитивно оценивает выбранное направление своего развития, свою мотивированность на их выполнение и высоко оценивает свои интеллектуальные и эмоциональные ресурсы для будущей или текущей деятельности.

Этот показатель представлен тремя фасетами, характеризующими благополучие индивида в креативном компоненте своей *личностно-индивидуальной жизни*. Данный фактор отображает работу психологического адаптационного механизма, в котором указывается как психоэмоциональный источник стресса (поиски смыслов), так и способы совладания с ним: остроумное, т. е. креативное, творческое видение мира и захваченность жизнью (жизнелюбие).

3.5. «СамоРеализация» (деятельность) (SRea) представляет собой сферу саморазвития в виде самоактуализации внутреннего потенциала индивида, в которой он в активной совместной деятельности удачно воплощает в реальности осознанные им цели и задачи своего существования и утверждает их в отношении как себя, так и *микросоциальной* внешней среды.

«СамоРеализация» индивида может характеризоваться удовлетворенностью теми результатами своей активной деятельности, которые воспринимаются им и его окружением как удачное воплощение в реальности его осознанных целей и задач в совместной деятельности.

3.6. «СамоУтверждение» (уважение) (SYtv) — это сфера саморазвивающей жизнедеятельности индивида в *макросоциальном* секторе его активности, которая направлена на достижение высокого статуса уважаемого члена сообщества. Данная сфера активности является условием возможности и успешности реальной социально продуктивной деятельности.

Высокие значения этого показателя свидетельствуют о том, что респондент успешно реализует свои способности вызывать своим поведением позитивные оценки окружающих и навыки поддержания необходимых нормативов поведения.

Этот показатель представлен тремя фасетами, характеризующими благополучие индивида в творческом компоненте своей *макросоциальной* активности.

В заключение можно отметить, что полностью вернуть здоровье психически больному на современном уровне медицинских возможностей зачастую нельзя. А вот жить лучше, несмотря на остаточные проявления болезни и лечения, можно. И улучшение жизни человека, которого невозможно полностью вылечить, стало сегодня одной из законных целей лечения, основанного на понимании качества жизни.

3.4.3. Функционально-динамические показатели социальной адаптации

Социальная адаптация (социальное восстановление) рассматривается в литературе как показатель степени ее соответствия жизненным требованиям или как выражение искаженных болезнью взаимоотношений с окружающей действительностью (Альтман А. Л., 1965; Кельмишкейт Э. Г., 1974; Воловик В. М., 1980). При этом имеется в виду, прежде всего, количественная ее характеристика. Следует согласиться с замечанием В. И. Кашкарова, С. В. Днепровской и В. Д. Вида (1985) о том, что количественная характеристика социальной адаптации — оценка ее уровня — в значительной мере отражает степень социального принятия этого уровня и соотносится главным образом с существующими в обществе критериями социальной приемлемости человека. Таким образом, количественная оценка социальной адаптации — это мера успешности функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общественных норм.

Люди, имеющие психические нарушения, характеризуются снижением или нарушением личностных адаптационных механизмов в целом, что приводит, в свою очередь, к вытеснению пациентов психиатра из сферы производства, истощению персональных сетей социальной поддержки, утрате социальных связей (Власова Н. С., 2009). В некоторых социальных ситуациях негативное влияние на поведение оказывают тревога и страх; длительное преобладание этих чувств, аффектов приводит к формированию ограничительных или избегающих поведенческих стратегий. В других социальных ситуациях поведение избегания связано с отсутствием необходимых социальных навыков, что особенно характерно для больных, часто не имеющих самых необходимых навыков общения. Например, неразрешимой проблемой становится вопрос о назначении свидания с девушкой или просьба к преподавателю о разъяснении того или иного непонятного вопроса в рамках учебного процесса, или получение разъяснения по поводу работы какой-либо муниципальной службы. В третьем случае некомпетентное социальное поведение является результатом нарушения когнитивных процессов: проявлением нейрокогнитивного дефицита или когнитивных искажений (изъяны восприятия и интерпретации социальных ситуаций).

Социальное функционирование психически больных может быть оценено с помощью различных социометрических шкал, оценивающих социальное функционирование «в целом» (GAF, SOFAS, PSP) Для тяжелого контингента пациентов, находящихся длительное время в условиях психиатрического стационара или проживающих в резиденциальных психиатрических учреждениях, будет по-

лезно ориентироваться на такие шкалы как Шкала социального поведения (Social Behavior Schedule — SBS; Wykes T., Sturt E., 1986) и Шкала оценки поведения госпитализированных пациентов средним медицинским персоналом (Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation — NOSIE-30; Honigfeld G., Gillis R. D., Klett C. J., 1965).

Шкала общей оценки функционирования (Global Assessment of Functioning — GAF) (Goldman H. F., Skodol A. E., Lave T. R., 1992) представляет собой (Приложение 5) количественную шкалу, ранжированную от 0 до 100 баллов и отражающую субъективную оценку рейтера (т. е. человека, производящего измерение уровня социальной активности индивидуума) о социальном, трудовом и психологическом функционировании обследуемого. Шкала учитывает симптоматику пациента, поэтому не рекомендуется для оценки функционирования больных в остром состоянии. В шкалу не включена оценка физического состояния пациента, что вызывает критику некоторых авторов (Startup M., Jackson M. C., Bendix S., 2002).

С этой же целью может быть использована шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости «Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)» — шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости, которая фиксирует основные сферы социального взаимодействия больного:

- 1) социально полезная активность, включая работу или обучение на производстве, в школе или домашнем хозяйстве;
- 2) персональные и социальные взаимоотношения;
- 3) самообслуживание;
- 4) разрушительное и агрессивное поведение.

Шкале личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale — PSP) (Mauzer K. T., Bellack A. S., Morrison R. L., Wixlewd J. T., 1990) является более современным вариантом шкалы SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale — Шкала оценки социального и профессионального функционирования), которая, в свою очередь, пришла на смену шкале GAF. Перед заполнением шкалы рекомендуется использовать полуструктурированный опросник.

С помощью шкалы PSP (Приложение 1) оценивается степень затруднений, которые испытывал больной за последние 7 дней в 4-х основных областях социального функционирования: по 6-балльной шкале:

- 1) социальная полезная деятельность, включая работу и учебу, в том числе приготовление пищи, уборку помещений, уход за садом, шитье, добровольную работу, платную работу и т. д.;

- 2) личные и социальные взаимоотношения, в том числе взаимоотношения с партнером, родственниками, друзьями, а также способность устанавливать новые взаимоотношения;

3) самообслуживание, понимаемое как уход за собой, в том числе соблюдение гигиены, привычки в еде и сне, надлежащий и опрятный вид одежды;

4) вызывающее беспокойство и агрессивное поведение, в том числе грубые виды поведения, выкрики, бросание предметов, удары и другие формы агрессии или признаки будущей агрессии.

Каждая из первых трех сфер оценивается по степени выраженности следующим образом:

1 балл — нарушение отсутствует;

2 балла — слабая выраженность: трудности заметны только лицам, хорошо знакомым с пациентом;

3 балла — явная: затруднения очевидны всем, но существенно не мешают пациенту выполнять свою роль в этой области, принимая во внимание социокультуральную среду данного лица, а также возраст, пол и уровень образования пациента;

4 балла — значительная (выраженная): затруднение сильно препятствует выполнению функций в данной области; однако пациент все же способен совершать поступки без профессиональной или социальной помощи, хотя неадекватно и/или эпизодически; при посторонней помощи пациент может достичь предыдущего уровня функционирования;

5 баллов — сильная (тяжелая): затруднения, которые делают пациента неспособным исполнять любую роль в данной области без профессиональной помощи или приводят пациента к деструктивной роли; однако опасность для выживания отсутствует;

6 баллов — очень сильная (очень тяжелая): нарушения и трудности такой интенсивности, которые ставят под угрозу выживание пациента.

Четвертая сфера ранжируется следующим образом:

1 балл — нарушение отсутствует;

2 балла — слабая выраженность: пациент слегка груб, необщителен или постоянно недоволен;

3 балла — явная: разговаривает слишком громко или говорит с другими людьми в слишком фамильярной манере, либо принимает пищу социально неприемлемым образом;

4 балла — значительная (выраженная): публично оскорбляет других, ломает или портит вещи; поведение часто социально неприемлемо, но не опасно — например, публично обнажается или мочится;

5 баллов — сильная (тяжелая): частые вербальные угрозы или частые эпизоды физического насилия без намерения или возможности нанесения тяжелых повреждений;

6 баллов — очень сильная (очень тяжелая): частое агрессивное поведение, направленное на нанесение тяжелых повреждений или с большой вероятностью способное нанести такой ущерб.

По соотношению первых трех сфер с четвертой выводится цифровой балльный интервал от 1 до 100 в десятиуровневой системе, в рамках которого врач определяет конечный уточненный балл (Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L. [et al.], 2000), руководствуясь собственным опытом и знаниями о пациенте. Больные, набравшие от 71 до 100 баллов, испытывают небольшие затруднения, от 31 до 70 — более серьезные затруднения различной степени тяжести; у больных, набравших от 1 до 30 баллов, трудности в социальном и социально ориентированном функционировании настолько значительны, что такие больные нуждаются в постоянном надзоре.

Шкала PSP хорошо подходит для оценки динамики социального функционирования — как в результате лекарственной терапии, так и психосоциальных реабилитационных воздействий. При этом возможно оценивать не только изменения общего балла, но и показатели внутри 4-х оцениваемых областей социального функционирования.

Однако к недостаткам вышеперечисленных шкал следует отнести то, что одновременно является и их достоинством — слишком обобщенную оценку функционирования пациента, фактически сводящуюся к одной цифре. Детального представления о нарушении тех или иных составляющих социального функционирования данные инструменты предоставить не могут. Кроме того, некоторое смешение заложенных в них клинических и социальных параметров делает их недостаточно сфокусированными и дифференцированными для измерения именно социального функционирования.

Фиксация именно социального функционирования гораздо точнее отражена в шкале, предлагаемой И. Я. Гуровичем, А. Б. Шмуклером и Я. А. Сторожаковой (2008). Описываемые в ней уровни социального функционирования представляют собой следующее.

1. Отсутствие снижения социального функционирования. Отмечается доболлезненный 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 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.

Однако известно, что уровень социального функционирования может быть различным в разных сферах деятельности. Например, пациент может быть вполне успешным в профессиональной деятельности, но не способным к созданию семьи или самообслуживанию; и в таком случае однозначно определить предлагаемой уровень его социального функционирования представляется затруднительным.

Необходимость учета различных сторон социального функционирования пациентов для их целостной оценки подчеркивалась рядом авторов (Недува А. А., Нисс А. И., 1979; Коцюбинский А. П., Бажин Е. Ф., 1991; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 1998; Шмуклер А. Б., 1998; Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 1998; Katz M. M., Lyerly S. B., 1963). Она может быть представлена и измерена как профиль уровня функционирования в различных социальных сферах.

По уровню социального функционирования можно судить о результатах лечебно-восстановительного воздействия на больного и решать вопросы его трудоустройства, дееспособности и др. При этом, с точки зрения многих исследователей (Наджаров Р. А., Жариков Н. М., Циркин С. Ю. [и др.], 1987), при шизофрении особенно важна информация о коммуникативных дефектах, так как нарушение общения является наиболее часто отмечаемой патологией социального функционирования этих пациентов (Захарова Н. В., 1990).

Для изучения степени активности больных в научных исследованиях использовались различные шкалы, предназначенные чаще всего для фиксации функционирования больного в отдельных социальных сферах (Саарма Ю. М., 1973; Bergner M., Bobbit R. A., Carter W. B. [et al.], 1981; Möller H. J., Scharl W., von Zerssen D. V., 1984; Bellack A. S., Morrison R. L., Wixted G. T., 1990).

Динамическое изучение социальной адаптации с использованием различных оценочных шкал позволило изменить общее представление об односторонне отрицательной динамике уровня социального функционирования по мере роста длительности заболевания. Так, Л. А. Горбачевич (1990) при изучении больных малопрогредиентной шизофренией обнаружил, что нарушение характера

социального функционирования отмечается практически с самого начала заболевания и ухудшается до 4-6-го года болезни, а в дальнейшем надолго остается относительно постоянной величиной. 13-летнее катамнестическое изучение 67 больных шизофренией, проведенное Р. Mason [et al.] (1996), привело авторов к выводу, что социальная адаптация пациентов улучшается к концу 1 года болезни и лишь незначительно снижается в последующем.

З. Н. Серебрякова (1972) и З. А. Абдужабарова (1977), в противовес наблюдениям других авторов (Ураков И. Г., 1965; Гладкова К. И., 1974), отметили у многих больных шизофренией относительно неплохие адаптационные возможности и связанные с ними профессиональные перспективы: пациенты в большинстве случаев оказались способными к завершению образования, получению специальности, продуктивной профессиональной деятельности и даже профессиональному продвижению. Такая ситуация позволила А. Б. Смулевичу, Л. Г. Измайловой, В. С. Ястребову (1976) говорить о необходимости снятия ряда социальных ограничений, связанных с перенесенным заболеванием (возможность получения высшего образования; работы, связанной с администрированием, и т. д.).

Обобщая данные литературы, М. Gmür (1986) приходит к выводу, что из общего количества больных шизофренией относительно хорошая профессиональная адаптация сохраняется у большинства пациентов: хороший социальный прогноз при шизофрении отмечается в 20–30 % случаев, средний — в 40–60 %, плохой — только в 20–30 % случаев. При учете лишь однократных госпитализаций прогноз, по наблюдениям того же автора, оказывается еще более благоприятным.

Д. Е. Мелехов (1977) обратил внимание на то, что из числа больных шизофренией наименее адаптированными оказывались холостые. Ю. В. Ушаков [и др.] (1991) уточнили, что наименее успешными в жизни оказались холостые, разведенные и проживающие с родителями или родственниками. В этом случае авторы правомерно ставят вопрос о причине и следствии, отвечая на который приходят к выводу: тяжесть заболевания (выраженность дефицитарной симптоматики) резко снижает социальные возможности больных и препятствует их дальнейшей семейной и трудовой адаптации, что затрудняет вступление в брак, делает его непрочным и вынуждает больного существовать лишь в той социальной нише, где его принимают, — т. е. вместе со своими родителями или родственниками. Однако, как показывают другие исследования, этим вопрос о неудачах больных в браке не исчерпывается.

Так, Н. Häfner [et al.] (1998) выяснили, что у больных шизофренией, как мужчин, так и женщин, отмечается снижение брачности

еще до развития заболевания. А. Н. Богдан (1983) уточнил: больные мужчины позже и реже, чем в общей популяции, вступают в брак, а женщины — чаще разводятся. Последнее утверждение соответствует точке зрения D. E. Kreisman, V. D. Joy (1974), отмечающих, что психическое заболевание жены оказывает более разрушительное влияние на семью, чем возникновение психического расстройства у мужа при наличии здоровой жены. И. А. Жулина, Л. М. Анашкина и А. В. Яздовская (1998), также подчеркивая высокую частоту разводов у больных шизофренией, обращают внимание на то, что брак оказывается более устойчивым у больных приступообразной шизофренией, чем у больных непрерывной параноидной и вялотекущей шизофренией.

Низкой оказывается у больных шизофренией и фертильность (плодовитость), на что обратили внимание Л. М. Шмаонова [и др.] (1976), В. В. Канеп, Г. С. Попов и С. Л. Соломонов (1981), хотя это положение и отрицается некоторыми авторами (Burt W. A., Falek A., Strauss L. T. [et al.], 1979; Saugstad L. F., 1989). В последнее время обнаружено, что более низкий показатель «детности», достоверно не зависящий от формы заболевания, наблюдается у мужчин (Жулина И. В., Анашкина Л. М., Яздовская А. В., 1998). М. Е. Вартамян (1970), также подтвердив низкую фертильность больных шизофренией, объяснил этот феномен не только тем обстоятельством, что больные шизофренией реже (чем в популяции в целом) вступают в брак, чаще разводятся, но и тем, что у больных женщин относительно чаще отмечаются спонтанные выкидыши, мертворождение плода, уродства новорожденных. Можно предположить, что спонтанная элиминация генетически отягощенного потомства представляет собой проявление адаптации на уровне вида.

Рассмотрев сведения, приводимые разными исследователями, F. Haverkamp, P. Propping, T. Hilger (1982) сочли наиболее заслуживающими доверия следующие данные:

- 1) частота браков у больных шизофренией снижена (в пределах 30—40 % для мужчин и 50—60 % для женщин по отношению к общей популяции);

- 2) фертильность при наличии брака лишь несколько снижена и составляет 70—80 % от ожидаемой;

- 3) общая репродуктивность всех больных резко снижена (30—80 % от среднепопуляционной) за счет снижения вероятности вступления в брак;

- 4) внебрачные дети больных шизофренией не компенсируют этого снижения;

- 5) свыше 50 % браков больных шизофренией заканчиваются разводом.

Для того чтобы получить более подробную оценку социального функционирования пациента, следует пользоваться такими шкалами, как Шкала социального функционирования (Social Functioning Scale — SFS) (Birchwood M., Smith J., Cochrane R. [et al.], 1990), специально разработанная для оценки уровня социальной адаптации пациентов с шизофренией. Шкала состоит из 79 пунктов, охватывающих несколько разделов социального функционирования: социальная отгороженность, межличностные отношения, степень социализации, навыки независимого проживания, социально-приемлемое поведение, занятость. Шкала охватывает довольно широкий спектр факторов, влияющих на социальное функционирование, с большим акцентом на средовые характеристики, социальные навыки и компетентность. Таким образом, предоставляется возможность подробно оценить степень дефицита в нескольких конкретных областях социального функционирования, что важно при планировании психосоциальных реабилитационных воздействий, направленных на тренинг социальных навыков, работу с микросоциальным окружением пациента. Шкала может предъявляться или в виде самоопросника (что, как думается, снижает ее информативность) или в ходе интервью с информантом. Каждый пункт оценивается по 4-балльной системе. Однако эта шкала, являясь надежным и достоверным инструментом, в силу своей некоторой «громоздкости» и длительности заполнения (до 45 мин) рекомендуется для применения лишь в научных целях.

В связи с этим нами (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. [и др.], 2013) разработана категориально валидизированная шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах (Приложение 6). Успешность функционирования в каждой из семи сфер социального функционирования ранжируется по 5-балльной системе. Эти сферы следующие: 1) производственная; 2) межличностных отношений; 3) супружеских отношений; 4) воспитания детей; 5) отношений с родителями; 6) организации быта; 7) сексуальных отношений.

Апробация этой шкалы была осуществлена на большом числе больных шизофренией и аффективными расстройствами и показала свою пригодность для этого контингента психически больных. Так, средний балл успешности функционирования в каждой из социальных сфер оказался сопоставимым при разных сроках катamnестического наблюдения, оставаясь постоянно более высоким в одних сферах адаптации и более низким в других. При этом выявлено, что основные характеристики социальной адаптации пациентов отличаются определенной «константностью западений», особенно в сферах, связанных с различными аспектами семейного функционирования, где успешность приспособления определяется необхо-

димостью гибкого эмоционально-личностного реагирования с окружающими. Это позволяет говорить о «кривой» социального функционирования группы больных шизофренией с мало- и умереннопрогредиентным течением.

В результате совмещения использования нескольких методик, социальная адаптация психически больных может быть оценена не только по общему уровню социального функционирования, но и по ее успешности в различных социальных сферах. В результате совмещения использования нескольких методик, социальная адаптация психически больных может быть оценена не только по общему уровню социального функционирования, но и по ее успешности в различных социальных сферах.

Результаты множественной регрессии динамики *профессионального функционирования* больных шизофренией показали, что, независимо от типа течения и клинических особенностей заболевания, на протяжении первых 3 лет после выписки из отделения оно улучшалось, а затем, к шестому году катamnестического наблюдения, постепенно снижалось, пройдя максимум в течение четвертого года после выписки.

Функционирование пациентов в сфере *межличностных отношений* было относительно неплохим, хотя и претерпевало некоторое ухудшение со временем. Анализ временной динамики межличностного функционирования показал, что хотя оно и деградировало в первые три года, но затем, пройдя минимум в течение четвертого года после выписки, обнаруживало тенденцию к улучшению.

Между кривыми временной динамики уровней функционирования пациентов в профессиональной и межличностной сферах выявляются некие как бы реципрокные отношения, что позволяет сделать предположение о «перераспределении» у таких пациентов ограниченных адаптационных ресурсов (в том числе энергетических возможностей), которых хватает для относительно успешного функционирования только в одной из этих сфер — либо в профессиональной (учебной), либо в межличностных отношениях.

Подтверждением этого предположения являются клинические наблюдения, которые систематически показывают, что в одних случаях больные, сохраняя свой профессиональный статус, после дня рабочей или учебной нагрузки часто нуждаются именно в пассивном отдыхе, свободном от активных социальных контактов, в других же случаях активность больных в большей степени центрирована на неформальном общении, чем на профессиональной активности.

Но даже при формально высокой активности в сфере межличностных отношений, сами взаимоотношения зачастую претерпевают качественные изменения, становясь поверхностными, недостаточно

эмоционально окрашенными, и характеризуются своеобразием взаимодействия больных с окружением, занятием ими особой позиции в группе («неконгруэнтность» коммуникаций и эмоций, однообразная «заданность» и ригидность социальных ролей в контактах с другими людьми). Кроме того, характер самой неформальной группы оказывается нередко весьма специфичным — это могут быть, например, либо асоциальные, либо «псевдобогемные» группы, противопоставляющие себя «стандартному» социальному окружению. Очень часто взаимоотношениями с такими компаниями и ограничивалась социальная активность больных, в ущерб профессиональным (учебным) достижениям.

Относительно неплохим и лишь немного сниженным оказывался уровень функционирования в сфере *организации быта*.

В целом низким являлся уровень адаптации пациентов в сфере *отношений с родителями*. При этом следует отметить, что после выписки в течение некоторого времени больные предпринимают попытки жить отдельно от родителей, отделяются или предпочитают семью супруга (супруги), однако в дальнейшем в подавляющем большинстве (85,0 %) возвращаются в родительскую семью, в том числе и в связи с разводами.

Наихудшей оказалась адаптация в сфере *супружеских отношений*, прежде всего за счет низкой брачной активности больных, которые в течение долгого времени остаются холостыми или не умеют сохранить брачные отношения; это наблюдение совпадает с литературными данными (Сарсембаев К. Т., 1985). Так, в исследованной нами группе больных, к моменту выписки из отделения, в браке состояли 15,0 %, через 1,5 года — 24,0 %, через 3 года — 33,0 %, а через 6 лет уже только 10,0 %. При этом у лиц, состоявших в браке, дефект функционирования в супружеской семье прогрессивно рос, образуя монотонно возрастающую функцию от времени (средняя величина его балльной оценки при выписке составляла 3,6 балла, через 1,5 года — 3,9 баллов, а через 6 лет — 4,2 балла). Можно сделать вывод, что оставались в браке лишь такие пациенты, уровень функционирования которых был достаточно высоким, а остальные «вымывались» из супружеских семей. Явно недостаточно и функционирование в сфере *воспитания детей*.

Итак, социальная адаптация психически больных может быть представлена (и измерена) как вектор уровней функционирования в различных социальных сферах. По уровню социального функционирования можно судить о результатах лечебно-восстановительного воздействия на больного и решать вопросы его трудоустройства, дееспособности и др.

Количественная оценка социальной адаптации психически больных не является константной величиной и, в сопоставлении с

оценкой, отражающей ранее максимально достигнутый конкретным больным уровень социальных достижений, характеризуется неравномерностью успешности функционирования в разных социальных сферах, что является не только показателем имеющегося на момент обследования у больного уровня социальной адаптации, но и маркером «болевых адаптационных точек», требующих использования специально организованных реабилитационных мероприятий.

Итак, социальная адаптация психически больных может быть представлена (и измерена) как вектор уровней функционирования в различных социальных сферах. По уровню социального функционирования можно судить о результатах лечебно-восстановительного воздействия на больного и решать вопросы его трудоустройства, дееспособности и др.

Количественная оценка социальной адаптации психически больных не является константной величиной и, в сопоставлении с оценкой, отражающей ранее максимально достигнутый конкретным больным уровень социальных достижений, характеризуется неравномерностью успешности функционирования в разных социальных сферах, что является не только показателем имеющегося на момент обследования у больного уровня социальной адаптации, но и маркером «болевых адаптационных точек», требующих использования специально организованных реабилитационных мероприятий. В связи с этим, как подчеркивают И. Я. Гурович и О. О. Папсуев (2015), использование методик социального функционирования позволяет «отследить динамику нарушений социального функционирования и эффективность психосоциальной реабилитационной работы с больными»; методики могут успешно «применяться для интегрированной оценки социального функционирования больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Холистический диагностический подход позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом и социальном уровне, т. е. является системой многосторонней оценки функционирования больного, основанной на единых теоретических позициях. Это способствует проведению углубленного и дифференцированного анализа различных (а не только болезненно измененных) аспектов жизнедеятельности пациента.

Истоки представлений о таком подходе можно обнаружить в формулировании Г. А. Захарьиным (1910) необходимости использования при терапевтических мероприятиях двойственного диагноза — *diagnosis morbid et diagnosis aegroti* (лат.), т. е. диагноза болезни и диагноза больного. «Современное состояние клинической медицины, — отмечает Н. Г. Незнанов (2013), — показывает, что игнорирование индивидуальных характеристик больного существенно ухудшает терапевтический процесс и исход заболевания». Такое положение в известной степени соотносится с замечанием В. С. Ястребова [и др.] (2008) о том, что «в качестве необходимого условия оказания психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами все больше утверждается холистический подход, который предполагает проведение комплексных мер, дифференцированных на разных уровнях воздействия — индивидуальном, семейном, институциональном или общества в целом».

По мнению К. В. Ягнюк (2009), в данный момент такой подход считается широко принятым способом синтеза информации в психиатрии. Обзор литературы и исследование МакКлэйн и коллег демонстрируют, что, хотя владение современной методикой диагностики считается важнейшим навыком практикующих психиатров, начинающие специалисты явно недостаточно владеют способностью создавать биопсихосоциальную «формулировку случая» на достаточно компетентном уровне, особенно в части ее психологической и социальной составляющих. Хотя известно, что даже при аналогичных феноменологических проявлениях заболевания (и, соответственно, одинаковых нозологических диагнозах) социальное функционирование пациентов оказывается очень разным.

Исходя из вышеизложенного, программа лечения и реабилитации должна быть разработана для «каждого больного в каждом конкретном случае» (Александровский Ю. А., 2007) и базироваться на анализе индивидуальной структуры системы психической адаптации с выявлением ее проблемных областей («терапевтических

мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих **биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума**.

При холистическом подходе достигается системное понимание сущности психических расстройств, при котором соотношения биологического, психологического и социального «предстают более полными и многогранными, как реципрокные, взаимодействующие и взаимосодетствующие развитию психического заболевания» (Семичов С. Б., 1977). Использование целостного анализа обеспечивает стереоскопическое видение ситуации и позволяет преодолеть старую дихотомию «биологическое или психосоциальное», а также антиномию «первопричины» и четко обозначить природу заболевания с однозначным отнесением его к тому или иному классу психических расстройств. Можно сказать, что он является своего рода антитезой линейным (несистемным) моделям понимания психических расстройств, приводящим подчас специалистов одной из помогающих профессий (врачи-психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и т. д.) к попыткам необоснованного расширения сферы своей профессиональной активности в вопросах, требующих специализированной компетенции других членов терапевтической бригады. В результате использования холистического подхода появляется возможность всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и образе жизни пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения.

Это важно подчеркнуть потому, что при формулировании индивидуальной терапевтической программы требуется учитывать не только клинические, но и психологические особенности пациента, а также важные характеристики его социума, поскольку только совокупность санирующих факторов — усилий самого пациента, правильного поведения его семьи и квалифицированной помощи специалистов службы психического здоровья и социальных институтов — составляет максимальный потенциал восстановления пациента, что позволяет конструировать наиболее продуктивные программы реабилитации и ресоциализации психически больных и дает надежный инструмент взаимодействия различных специалистов в области психического здоровья.

В целом, холистический подход, являясь надежным индикатором эффективности терапевтических вмешательств, позволяет разработать методику выбора индивидуализированно соответствующих конкретному больному психофармакологических препаратов, видов психотерапевтических интервенций и социотерапевтических мероприятий, а также адекватного соотношения различных форм

специализированной медицинской помощи в зависимости от особенностей проявлений заболевания и этапов его течения.

При этом интегративные характеристики, используемые при холистическом диагностическом подходе, являются главными общающимися показателями, определяющими тактику фармако-, психо- и социотерапии в реабилитационной программе пациента на каждом этапе заболевания, и могут служить надежными индикаторами эффективности терапевтических вмешательств.

Это помогает сформулировать необходимую **персонализированную реабилитационную программу пациента**, составными компонентами которой являются **фармакотерапия, психотерапия и социотерапия**.

Фундаментальные положения холистического подхода к диагностике психических расстройств, заменившие бытовавшие ранее представления о «линейных» закономерностях процессов, участвующих в формировании психической патологии, на «объемное», «стереоскопическое», многомерное видение сложных механизмов ее этиопатогенеза и динамики, оказались особенно важными для организации целенаправленной работы при бригадных формах терапии психически больных, что становится особенно актуальным в настоящее время, так как ориентирует врачей на необходимость разграничения области компетенции каждого из членов терапевтической бригады (Черников А. В., 2010). Последнее обстоятельство актуализирует проблему организации работы различных специалистов в области психического здоровья с пациентом и его семьей, а именно — интеграции и одновременно целевой координации их усилий.

Современная биопсихосоциальная парадигма психических расстройств и перенесение основной части работы по реабилитации пациентов во внебольничные условия (Гурович И. Я. [и др.], 2007) вызвала к жизни так называемые полипрофессиональные бригадные формы помощи психически больным. Бригадная форма работы — терапевтическая деятельность полипрофессиональных бригад, которая считается одной из наиболее эффективных форм работы с психически больными. Бригады обеспечивают тесную координацию между различными дисциплинами и позволяют рационально распределить усилия разных специалистов — психиатров, психологов, специалистов социальной работы, социальных работников, медицинских сестер. Цель бригады — обеспечение психически больного специализированной помощью, как можно более гуманной и адекватной его состоянию при имеющихся у него условиях и ресурсах. На Западе на смену традиционной патерналистской медицинской модели лечения с доминирующей фигурой врача-психиатра уже

давно пришла модель команды специалистов-партнеров (Холмогорова А. Б., 2006).

В США медицинская и социальная помощь неразрывны и функционируют в виде мультидисциплинарных команд, осуществляющих регламентированные программы реабилитации психически больных, нуждающихся в ресоциализации. Наибольшее распространение получил «клинический вариант ведения индивидуального случая» (clinical case management), когда социальный менеджер (имеющий специальное образование и принимающий непосредственное участие в оказании помощи пациенту) покупает пакет услуг, в которых нуждается пациент, у персонала контрактных организаций. В Великобритании, где существует разделение помощи на медицинскую и социальную, функционирует «полипрофессиональная психиатрическая бригада», для более традиционной деятельности которой в одних случаях используется словосочетание «мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе» (СМНТ — multidisciplinary community mental health teams), а для более энергичной терапевтической помощи — бригада «интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе» (assertive community treatment).

И. Я. Гурович (2007) и соавт. (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004) также различают бригаду психиатрической помощи, осуществляющей лечение во внебольничных условиях, и бригаду настойчивого (ассертивного) лечения в сообществе. При этом под «сообществом» (community) имеется в виду население, проживающее в районе обслуживания комплекса психиатрических учреждений, проявляющих участие в проблемах психически больных. Собственно, эти два варианта бригад (клинический вариант «кейс-менеджмента» и «полипрофессиональная психиатрическая бригада») оказываются столь близкими, что некоторые авторы их практически не различают.

Итак, для полноценной помощи психически больным в современной службе психического здоровья лидирующим становится бригадный полипрофессиональный метод ведения больных специалистами смежных областей знаний и установка на интеграцию различных подходов. Бригадный полипрофессиональный метод ведения пациентов является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точки зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004; Latimer E. A., 1999; Lehman A. F., Dixon L., Hoch J. S. [et al.], 1999).

Модель междисциплинарной бригады базируется на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами, относящимися к разным, хотя и связанным дисциплинам и под-

чиненным общей пациент-обусловленной цели (Latimer E. A., 1999).

Это отличается как от мультидисциплинарной, так и от интердисциплинарной бригады. В мультидисциплинарной бригаде сотрудники работают независимо, с минимальным взаимодействием по отношению к пациент-обусловленной цели. В интердисциплинарной бригаде принимается больше согласованных попыток по достижении общей цели, но роль специалиста каждой дисциплины остается обособленной внутри своих устоявшихся границ. Это может привести к «профессиональному протекционизму» и к осязательной разнице в понимании состояния пациента.

Междисциплинарная бригада обеспечивает более интегрированный подход к оказанию помощи больному, поскольку в ней основой всего являются коммуникации и взаимодействие, и каждый член бригады способен привнести эффективный вклад в большинство сфер предоставляемых услуг (Хибберт Ш., 2007). Современный бригадный метод работы с психически больными предполагает постоянный контакт различных специалистов и понимание смысла того, что делает другой член полипрофессиональной команды.

В то же время, как отмечают В. С. Ястребов [и др.] (2008), в практической деятельности хорошо известны серьезные проблемы взаимодействия специалистов внутри этих бригад. В частности, указывается, что в бригаду входят специалисты с разными способностями и занимающие различные места в управленческой иерархии, в результате чего вопросы лидерства, подчиненности и подотчетности нередко приводят к потере эффективности работы как отдельных членов этих бригад, так и самих бригад в целом. В связи с этим указывается, что члены бригады должны придерживаться таких форм поведения, чтобы несовпадающие взгляды не вели к конфликтам и разделению ответственности (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004).

Таким образом, для комплексной диагностики состояния больного с целью оптимального выбора соответствующей программы реабилитации необходимо построить эффективное междисциплинарное взаимодействие членов полипрофессиональной бригады с учетом области профессиональной деятельности каждого. Как считают В. С. Ястребов [и др.] (2008), «решению этой проблемы может способствовать использование системного подхода, который широко применяется в различных отраслях науки и практики. Применение этого подхода в практике психиатрической реабилитации дает возможность разработать системно-ориентированную модель психосоциальной реабилитации, которая позволяет в максимальной степени учитывать ее современные стратегии, интересы всех

вовлеченных в реабилитационный процесс сил, а также совокупность актуальных для данной модели факторов и их иерархию».

В условиях психиатрической службы нашей страны, — подчеркивают И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова (2004), — «вероятно, наиболее целесообразно возложение лидерских функций на врача-психиатра. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую работу (при этом каждый член бригады ответственен за свое направление работы), функции эти должны быть, скорее, координирующими, а не властными. Только такой подход сохранит автономию каждого специалиста-участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей. Последние предполагают творческий подход, активность в совершенствовании работы, введение новых методик, вариантов социальных интервенций, поиска наиболее эффективных путей социального восстановления пациентов».

Взаимодействие психиатрических и психологических (психотерапевтических) служб представляет серьезную проблему не только в нашей стране. Как отмечают И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер и Я. А. Сторожакова (2004), она «вряд ли может быть решена повсеместно в короткое время. <...> Ее решение во многом будет зависеть от насыщения имеющихся вакантных ставок существующими специалистами». Тем более важным представляется, чтобы эти специалисты, начиная работать в психиатрических учреждениях, были изначально нацелены на продуктивную работу в полипрофессиональной терапевтической бригаде, ясно представляя свои цели, задачи и возможности, существующие для их реализации.

Важнейшей задачей становления бригадной модели в отечественной психиатрии является развитие института социальных работников.

Цель социальной работы — адаптировать пациента к жизни в семье и обществе. Существуют два основных аспекта социальной работы:

- 1) организация необходимой помощи нуждающимся в ней;
- 2) включение подопечных в определенный социальный контекст.

Это соответствует основной цели психиатрической реабилитации: интеграции психически больных в социальную реальность.

Социальный работник должен обладать исчерпывающей информацией о государственных, общественных и частных учреждениях, оказывающих помощь психически больным, и технике ее получения. Кроме того, эти специалисты занимаются изучением условий жизни семей с психически больными и предоставлением соответствующей помощи таким семьям. Государство обязано осуществлять социальную защиту населения, которая является системой гарантий, обеспечивающих, в частности, нетрудоспособным

(социально уязвимым) слоям преимущества в пользовании общественными формами потребления, прямую материальную и социально-психологическую поддержку.

Органы местного управления (муниципалитеты) обязаны осуществлять социальную поддержку: временные или постоянные меры адресной помощи отдельным категориям граждан в кризисной ситуации.

Фактический объем социальных услуг (имеющих отношение к психически больным), предоставляемых населению муниципалитетами:

- 1) комплексные центры социального обслуживания ветеранов и других социальных групп;
- 2) дома инвалидов и престарелых;
- 3) центры психолого-педагогической помощи.

Полномочиями муниципального управления в сфере здравоохранения являются:

а) создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими заболеваниями;

б) организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудоустройства;

в) создание специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов.

Итак, современные бригадные формы курации психически больных делают необходимым оценку состояния пациента не только с точки зрения наличия или отсутствия у него клинических проявлений заболевания, но и всего характера его существования в социальной действительности. Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей (Беляева Г. Г., Тарасова Л. А., 2000).

Организующим началом, объединяющим разнородные усилия различных членов бригады и делающим их конгруэнтными относительно друг друга, является концепция холистического диагностического подхода, поскольку только целостная оценка состояния пациента позволяет бригаде, руководимой врачом-психиатром и состоящей из специалистов разного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер) сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из ее членов. С этой точки зрения внедрение холистического диагностического метода в практику здравоохранения делает работу каждого из членов бригады, курирующей психически больного, и бригады в целом более слаженной и целенаправленной. Осуществляемое в его рамках совместное еженедельное обсуждение (Холмогорова А. Б., 2006) членами бригады

успешности решения различных клинико-биологических, психологических и социальных проблем, решает не только задачу осведомленности участников терапевтического процесса о методах лечения, но и тесного сотрудничества пациент-центрированных специалистов, объединенных общей стратегической целью.

* * *

Холистическая диагностика состояния психически больного — это целостная оценка его психического статуса в формате многоосевого подхода, каждая составляющая которого формулируется в присущих ему диагностических категориях: биологических, психологических и социальных, отражающихся на особенностях функционирования пациента в социальной реальности.

Системообразующим фактором при холистическом подходе являются адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер функционирования пациента.

Следует особо подчеркнуть, что имеется тесная взаимозависимость как между параметрами внутри каждого из блоков, так и между блоками, анализируемыми в рамках холистического диагностического подхода.

Анализ всех параметров, определяемых при холистическом диагностическом подходе, позволяет сформулировать реабилитационную программу конкретного больного. Интегративные характеристики, используемые при холистическом диагностическом подходе, являются главными обобщающими показателями, определяющими тактику фармако-, психо- и социотерапии в реабилитационной программе пациента на каждом этапе заболевания и могут служить надежными индикаторами эффективности терапевтических вмешательств.

При этом холистический диагностический подход делает возможным:

1) точнее оценить потенциально имеющиеся адаптивно-компенсаторные возможности пациентов;

2) конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения, направленные на:

а) устранение актуальных факторов, которые способствуют снижению адаптивных возможностей больных, хронизации болезни и инвалидизации пациентов;

б) оказание помощи больному в его адаптации к микросоциальной среде (производственной, семейной, бытовой и др.) и адаптации среды к нему, что способствует максимально возможному восстановлению уровня функционирования пациента в значимых социальных сферах;

в) достижение хорошего или удовлетворительного качества жизни больного.

Комплексный учет биологических, психологических, социальных и функциональных характеристик состояния человека позволяет индивидуализировать клиническую, психологическую и социальную диагностическую оценку, оптимизировать на этой основе тактику лечебных и реабилитационных мероприятий, уточнить социальный прогноз, что способствует преодолению «ярлыкового» характера психиатрической диагностики и, в конечном счете, — повышению уровня социального функционирования и качества жизни лиц с психическими расстройствами. Это позволяет рассматривать холистический диагностический подход в русле гуманистических тенденций современного этапа развития психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

Абдужабарова З. А. Особенности социально-трудовой адаптации больных вялотекущей шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1977. — 17 с.

Абрамова Л. И. [и др.]. Сравнительное клинико-психологическое исследование астенических и стенических ремиссий при приступообразной шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Вып. 7. — С. 1050—1056.

Абульханова-Славская К. А. Субъект — символ российского самосознания. // Сознание личности в кризисном обществе / под ред. К. А. Абульхановой-Славской, А. В. Брушлинского, М. И. Воловиковой. — М., 1995. — С. 10—28.

Аведисова А. С. Новые проблемы психофармакотерапии. — М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005. — 170 с.

Аведисова А. С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2004. — № 4. — Т. 6. — С. 156—158.

Аведисова А. С. Ремиссия при терапии антидепрессантами: признак стабилизации состояния или признак снижения активности процесса? // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2008. — № 2. — Т. 10. — С. 33—37.

Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — 272 с.

Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия). — М.: Литтерра, 2010. — 272 с.

Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия. — М.: РЛС, 2006. — 1280 с.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. — 720 с.

Алексеев Б. Е. Психически больной в семье // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1999. — № 2. — С. 78—80.

Альтман А. Л. Проблема выздоровления и компенсации при шизофрении. — М.: Медицина, 1971. — 127 с.

Альтман А. Л. Социально-клиническая характеристика шизофренических ремиссий // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров: Шизофрения. — М., 1965. — Вып. 2. — С. 434—437.

Амбрумова А. Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1981. — С. 35—49.

Амбрумова А. Г. Течение шизофрении по данным отдаленного ка-тамнеза. — М.: Институт психиатрии МЗ РСФСР, 1962. — 218 с.

Аммон Г. Динамическая психиатрия. — СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. — 198 с.

Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания. — М.: Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. — 384 с.

Андреева Г. М., Богомолова Н. Н., Петровская Л. А. Современная социальная психология на Западе. Теоретические ориентации. — М.: МГУ, 1978. — С. 269.

Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 448 с.

Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. — М.: Наука, 1980. — 196 с.

Аппельбаум П. С. Почти революция: международная ситуация с законом о недобровольной госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Т. 9. — Вып. 1. — С. 49–56.

Аристова Т. А., Петрова Н. Н., Шмидт Е. В. Исследование расстройств волевой сферы и смысложизненных ориентаций у больных с эндогенными психозами // Реабилитология: сб. науч. трудов. — М., 2003. — С. 496–499.

Ассаджоли Р. Духовное развитие и его кризисы // Психология человеческих проблем / сост. К. В. Сельченко. — Минск: Харвест, 1998. — С. 106–124.

Баев А. А. Очерки. Переписка. Воспоминания. — М.: Наука, 1998. — 520 с.

Бандура А. Теория социального научения. — М.: Евразия, 2000. — 320 с.

Башина В. М. Об особенностях клиники отдаленного периода шизофрении по катамнезам лиц, заболевших в подростковом возрасте: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1964. — 13 с.

Беляева Г. Г., Тарасова Л. А. Междисциплинарная интеграция как организационная форма новых технологий промышленной психиатрии // Российский психиатрический журнал. — 2000. — № 5. — С. 32–35.

Беребин М. А., Вассерман Л. И. Феномен психической ригидности в механизмах дезадаптивных состояний // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1996. — № 3. — С. 30–34.

Березанцев А. Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2011. — № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.04.2014).

Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л., 1988. — 268 с.

Беркман А. М., Бурковский Г. В., Левченко Е. В. Толерантность птербужцев к психически больным и их качество жизни // Теоретические и эмпирические подходы к изучению толерантных установок сознания и толерантности отношений: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. Санкт-Петербург, 22–25 октября 2002 г. — СПб., 2002. — С. 84–90.

Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движения и физиологии активности. — М.: Медицина, 1966. — 349 с.

Берталанфи Л. фон. История и статус общей теории систем // Системные исследования. Ежегодник. — М., 1973. — С. 20–36.

Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов / под ред. канд. мед. наук С. Н. Бокова. — Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1995. — 640 с.

Богдан А. Н. Семейный статус больных параноидной шизофренией с различной прогрессивностью // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1983. — Вып. 9. — С. 1376–1383.

Богомолов А. М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. — 2008. — № 1. — С. 67–73.

Божовиц Л. И. Проблемы формирования личности. — Москва; Воронеж, 1995. — 352 с.

Братусь Б. С. Аномалии личности. — М.: Мысль, 1988. — 304 с.

Бубнова Ю. С., Дорофеев В. В., Мазо Г. Э. [и др.]. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — № 4. — С. 21–26.

Буреломова И. В. Маниакальные состояния при шизофрении у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1986. — 25 с.

Бурковский Г. В. [и др.]. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. — СПб., 1998. — 46 с.

Бурковский Г. В. [и др.]. Специализированная шкала для определения качества жизни больных эндогенными психозами: пособие для врачей и психологов. — СПб., 1999. — 34 с.

Бурковский Г. В., Левченко К. В., Тейлор Р. Сравнительный анализ двух инструментов для измерения качества жизни психически больных (ВОЗКЖ-100 и ЛКОЛП) // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2008. — № 1. — С. 23–27.

Бурковский Г. В., Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П. Новый инструмент для оценки психотикозависимого качества жизни (ПКЖ2Ф) в психиатрической практике // Обзор психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 2011. — № 3. — С. 32–35.

Бурлаков А. Ц. Интегрированное ведение длительно протекающей соматической патологии у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 4. — С. 51–54.

Бутoma Б. Г. Расстройства психонейроиммунного взаимодействия у больных эндогенными психическими заболеваниями: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2008. — 42 с.

Вайзе К., Воловик В. М. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. — М.: Медицина, 1980. — С. 152—206.

Вальдман А. В., Александровский Ю. А. Психофармакотерапия невротических расстройств. — М.: Медицина, 1996. — 236 с.

Вандыш М. В. Клиника и лечение неврозоподобного синдрома в структуре шизотипического расстройства: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 24 с.

Вартанян М. Е. Проблема причинности в психиатрии (генетический и экологический аспект) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1970. — Вып. 1. — № 3. — С. 3—11.

Василюк Ф. Е. Типология переживания различных критических ситуаций // Психологический журнал. — 1995. — Т. 16. — № 5. — С. 104—114.

Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: методические рекомендации. — СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — 50 с.

Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., 1990. — С. 8—15.

Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Беребин М. А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: методические рекомендации. — СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2004. — 26 с.

Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. В., Вукс А. Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации. — Л., 1987. — 27 с.

Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации. — СПб., 2001. — 35 с.

Вассерман Л. И., Щелкова О. В. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. — СПб.: Скифия-принт, 2014. — 408 с.

Вассерман Л. И., Беребин М. Н., Косенков Н. И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обзор. психiatr. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 1994. — № 3. — С. 16—25.

Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности // Сибирский психологический журнал. — Томск, 2011. — № 40. — С. 129—135.

Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 512 с.

Вид В. Д., Лутова Н. Б. Способ оценки субъективной удовлетворенности больных лечением в психиатрическом здравоохранении // Современные медицинские технологии. — 2010. — Декабрь, № 5. — С. 63–68.

Викторов И. Т. О сущности так называемых «чистых» форм шизофренического дефекта и его клинических вариантах // Проблемы психиатрии: сб. науч. трудов Ленинградского ГОЛИУВ. — Л., 1967. — Вып. 2. — С. 136–141.

Вилков Г. А. Нейроиммунные процессы в патогенезе шизофрении // Новое в иммунологии и терапии психических заболеваний. — М., 1988. — С. 48–51.

Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери // Библиотека психологии и психотерапии: пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 80 с.

Вишневская О. А. Особенности депрессии в период ремиссии шизофрении и социальное функционирование больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2013. — 28 с.

Власова Н. С. Социальная служба в психиатрическом стационаре // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т./под ред. О. В. Лиманкина. — СПб., 2009. — Т. 2. — С. 66–74.

Вовин Р. Я. [и др.]. Клиника и типология дефицитарных нарушений при шизофрении. Постановка проблемы // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение). — СПб., 1991. — С. 6–29.

Вовин Р. Я. Позитивные и негативные аспекты психофармакотерапии в системе реабилитации психически больных // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидности. — Томск, 1986. — С. 9–11.

Вовин Р. Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М., 1989. — С. 10–35.

Вовси М. С. Руководство по внутренним болезням: Болезни системы мочеотделения. — М.: Медгиз, 1960.

Войтенко Р. М., Синкевич В. Н. Функциональный клинко-экспертно-реабилитационный диагноз и МКБ-10 // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т./под ред. О. В. Лиманкина. — СПб., 2009. — С. 151–155.

Волков П. П. Личностные особенности в структуре инициальных психических расстройств // Вопросы ранней диагностики и лечения нервных и психических заболеваний: Тезисы VI науч. конф. невропатол. и психиатр. Лит. ССР. — Каунас, 1979. — С. 189–190.

Воловик В. М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации больных: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Л., 1980. — 39 с.

Воловик В. М. О приспособляемости больных шизофренией // Реабилитация больных психозами. — Л., 1981. — С. 62–71.

Воловик В. М. Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути ее практического решения // Ранняя реабилитация психически больных. — Л., 1984. — С. 5–15.

Воловик В. М., Вид В. Д. Психологическая защита как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976. — С. 26–28.

Воловик В. М., Вид В. Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М.: Медицина, 1989. — С. 98–117.

Воловик В. М., Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией // Ранняя реабилитация психически больных. — Л., 1984. — С. 39–46.

Воложин А. И., Субботин Ю. К. Адаптация и компенсация — универсальный механизм приспособления. — М.: Медицина, 1987. — 176 с.

Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. — С. 13–223.

Гайлене Д., Лепешкене В., Шюркоте А. Особенности «эффекта Зейгарник» в психиатрической клинике // Журнал неврологии и психиатрии. — 1980. — № 12. — С. 1837–1841.

Гаммацаева Л. Ш. Нарушения поведения при вялотекущей шизофрении в детском возрасте (клиническая типология, динамика, терапия): дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 140 с.

Гаранян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Ч. 2 // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т. 19. — Вып. 3. — С. 80–91.

Гейер Т. А. Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. — М.: Биомедгиз, 1933. — С. 106–111.

Гиляровский В. А. Избранные труды. — М.: Медицина, 1973. — 328 с.

Гладкова К. И. Клинико-социологические исследования вялотекущей шизофрении и некоторых форм пограничных расстройств: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1974. — 34 с.

Горбачев Л. А. Динамика клинических проявлений и социальной адаптации больных вялотекущей шизофренией (эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Вып. 1. — С. 116–121.

Горюнов А. В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — С. 92—97.

Грановская Р. М., Никольская И. М. Защита личности: психологические механизмы. — СПб.: Знание, 1999. — 352 с.

Грешнев Д. В. Психологические особенности внутриличностного конфликта: дис. ... канд. психол. наук. — Тамбов, 2002. — 173 с.

Гуляевская Н. В., Одарченко Е. М., Дорофеева О. В. Социально-медицинская реабилитация психически больных // <http://www.bestreferat.ru/referat-267289.html>.

Гурович И. Я. [и др.]. Организация отделения интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе: содержание психиатрической помощи и ее эффективность. // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. проф. И. Я. Гуровича, проф. О. Г. Ньюфельдта. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. — С. 204—216.

Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России и направление ее развития в психиатрии с опорой на сообщество / под ред. проф. И. Я. Гуровича, проф. О. Г. Ньюфельдта // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. — С. 44—56.

Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994—1999). — М., 2000. — 506 с.

Гурович И. Я., Любов Е. Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. — М., 2003. — 264 с.

Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18. — Вып. 2. — С. 7—14.

Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — № 4. — С. 5—20.

Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Вып. 2. — С. 35—39.

Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. — М., 2007. — 180 с.

Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М., 2004. — 492 с.

Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18. — Вып. 4. — С. 34—39.

Гуровиц И. Я., Шмуклер А. Б., Шашкова Н. Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — Т. 4 — № 4. — С. 38—45.

Гуровиц И. Я., Пасуев О. О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25. — № 2. — С. 9—18.

Гуровиц И. Я., Шмуклер А. Б. Шизофрения в систематике психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Т. 24. — № 2. — С. 46—49.

Гуровиц И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. [и др]. Частота выявления депрессивных нарушений и их терапия при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра в клинической практике в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2013. — Т. 113. — № 11. — Вып. 2. — С. 28—33.

Гуровиц И. Я., Кирьянова Е. М. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Вып. 3. — С. 5—8.

Гуровиц И. Я., Шашкова Н. Г., Висневская Л. Я. [и др.]. Recovery (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблем и перспектив модели потребителей психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — Т. 23, № 2. — С. 89—95.

Гусева О. В. Мультимодальная психотерапевтическая программа (с бригадным обслуживанием специалистов) для больных эндогенными психозами в условиях стационара // Психотерапия. — М., 2007. — № 12. — С. 30—35.

Гусева О. В. Депрессивные состояния на поздних этапах приступов шизофрении (клинико-психологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1990. — 24 с.

Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). — М.: Медгиз, 1962. — 176 с.

Дак С. Начало, развитие и сохранение межличностных отношений // Межличностное общение. — СПб.: Питер, 2001. — С. 345—361. — (Сер. «Хрестоматия по психологии».)

Данилова Л. Ю. Клинические особенности подростковой шизофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов (циклотипомообразный вариант): дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — 235 с.

Дмитриева Т. Б. Введение: Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — С. 9—14.

Добрая С. Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: автореф. дис. ... канд. псих. наук. — СПб., 2004. — 24 с.

Драгунская Л. С. Мотивация, социальная поддержка и депрессия // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Т. 87. — Вып. 9. — С. 1387–1391.

Елгазина Л. М. Формы и условия компенсации бредовых состояний в ремиссии при вялотекущей шизофрении // Проблемы шизофрении. Вопросы клиники. — М., 1962. — С. 492–503.

Жариков В. М. Клинические особенности ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболевания // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1960. — В. 4. — С. 469–473.

Жариков Н. А. Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболеваний: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1961. — 20 с.

Жариков Н. М. Психопатоподобные формы ремиссий при шизофрении // Актуальные вопросы психиатрии и невропатологии. — М., 1963. — С. 130–136.

Жислин С. Г. К вопросу о роли эндокринного фактора в клинике шизофрении и психозов позднего возраста // Проблемы психиатрии. — М., 1962. — Т. 2. — С. 3–19.

Жулина И. В., Анашкина Л. М., Яздовская А. В. Семейная адаптация больных шизофренией // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). — Томск, 1998. — С. 63, 64.

Забродин Д. Г. Гипертимические ремиссии при благоприятном регрессионном течении приступообразной шизофрении // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. — М., 1982. — С. 68–70.

Зайцев И. В. Историогенетический анализ некоторых форм бреда при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1994. — Вып. 3. — С. 81–85.

Залевский Г. В. Психическая ригидность и понятие отношений личности в концепции В. Н. Мясищева // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994. — С. 51–55.

Залуцкая Н. М. Взаимодействие в семьях больных эндогенными психозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003. — 23 с.

Залуцкая Н. М., Вукс А. Я., Вид В. Д. Индекс функционирования Сэлф-системы (на основе теста оценки нарциссизма): пособие для врачей. — СПб.: МЗ РФ, 2003. — 24 с.

Залуцкая Н. М. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии // Современная терапия психических расстройств. — 2012. — № 2. — С. 2–8.

Захарова Н. В. Нарушения общения и произвольной регуляции деятельности у больных шизофренией детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Вып. 1. — С. 94–100.

Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи. — М.: Печатня А. И. Снегиревой, 1910. — 557 с.

Зеневит Г. В. Возможности и варианты социально-трудовой компенсации больных шизофренией // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Шизофрения. — М., 1965. — Вып. 2. — С. 393—400.

Зеневит Г. В. Ремиссии при шизофрении. — Л.: Медицина, 1964. — 216 с.

Ибриегит М. Особенности социальной компетенции больных шизофренией при психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1997. — Т. 7. — № 4. — С. 9—12.

Иванов М. В., Незнанов Н. Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. — СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. — 288 с.

Ильина Н. А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии): автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006. — 22 с.

Иерон М. Эго // Ключевые понятия психоанализа / под ред. В. Мертенса: пер. с нем. — СПб.: Б & К. — 2001. — С. 126—134.

Кабанов М. М. Больной и среда в процессе реабилитации // Вестник АМН СССР. — 1977. — Вып. 4. — С. 55—60.

Кабанов М. М. Роль психических факторов в современной клинической медицине / Психосоциальные аспекты реабилитации психически больных. — СПб.: Изд. СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. — 2006. — С. 159—168.

Канеп В. В., Попов Г. С., Соломонов С. Л. Анализ репродуктивности больных шизофренией и хроническим алкоголизмом // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — Вып. 5. — С. 734—737.

Каплан Г. И., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. — М., 1994. — 512 с.

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982. — 272 с.

Кашкаров В. И. Исследование изменений личности у больных периодическими психозами // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1977. — Вып. 4. — С. 542—547.

Кашкаров В. И., Днепровская С. В., Вид В. Д. Многопрофильная квалификация больных эндогенными психозами при восстановительном лечении: методические рекомендации. — Л., 1985. — 47 с.

Кельмишкейт Э. Г. Приспособляемость студентов — больных шизофренией как критерий прогноза их обучаемости в вузах // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных (краткое содержание докладов). — Л., 1974. — С. 272—275.

Кернберг О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях: пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 364 с.

Киселев Л. Л. Геном человека и биология XXI века // Вестник Российской академии наук. — 2000. — Т. 70. — № 5. — С. 412—424.

Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников: пер. с англ. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 96 с.

Ковалев В. В. О месте и роли компенсаторных психогенных образований в клинике шизофрении // Шестой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: тезисы докладов. — М., 1975. — Т. 3 — С. 59—62.

Ковалев В. В. Реакции и развития личности и их роль в психической патологии // Клинико-психологические исследования личности. — Л., 1971. — С. 49—54.

Козлова И. А., Башина В. М. Классификация детской шизофрении и первазивных расстройств // Психиатрия. — 2005. — № 6 (18). — С. 7—17.

Козловская Г. В., Горюнова А. В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1986. — Вып. 10. — С. 1534—1538.

Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы реабилитации): автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1995. — 48 с.

Козловская Г. В., Калинина М. А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении // Психиатрия. Научно-практический журнал. — 2013. — № 4 (60). — С. 27—31.

Коновалова Н. Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. — 229 с.

Конгаловский М. П. Клиника внутренних болезней. — М.; Л., 1935.

Корнетов А. М. О некоторых итогах изучения ближайших и отдаленных результатов лечения шизофрении // Тезисы докладов XX научной конференции Украинского психоневрологического института. — Харьков, 1956. — С. 73, 74.

Корнетов Н. А. МКБ-10 без адаптации — краеугольный камень реформы отечественной психиатрии // Вісник Асоц. психіатрів України. — 1998. — № 3. — С. 39—54.

Короленко Ц. П., Колпаков В. Г. Соображения об эволюционно-биологическом аспекте проблемы эндогенных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1976. — Вып. 1. — С. 134—141.

Короленко Ц. П., Колпаков В. Г. Соображения об эволюционно-биологическом аспекте проблемы эндогенных психозов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1976. — Вып. 1. — С. 134—141.

Котов В. П., Мальцева М. М., Голланд В. Б. Статистическая классификация психических расстройств и принципы клинической диагностики // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — Вып. 1. — С. 23, 24.

Кохут Х. Восстановление самости. — М.: Когито-Центр, 2002. — 316 с.

Коцюбинский А. П. [и др.]. Методы психологической диагностики больных с эндогенными психическими расстройствами: усовершенствованная медтехнология. — СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. — 47 с.

Коцюбинский А. П. [и др.]. Факторы психологической адаптации больных с эндогенными психическими заболеваниями // Психиатрия. — 2005. — № 5. — С. 22–25.

Коцюбинский А. П. [и др.]. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб.: Гиппократ плюс, 2004. — 336 с.

Коцюбинский А. П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1999. — 46 с.

Коцюбинский А. П., Бажин Е. Ф. Социальная адаптация больных шизофренией с преобладанием дефицитарных расстройств // Шизофренический дефект. — СПб., 1991. — С. 155–168.

Коцюбинский А. П., Зайцев В. В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2004. — Т. 1. — № 1. — С. 7–10.

Коцюбинский А. П., Скорик А. И. Оценка динамики психического состояния // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2006. — Т. 3. — № 2. — С. 4–7.

Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1996. — № 2. — С. 203–212.

Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пенгул Н. А. Функциональный диагноз в психиатрии (сообщение 1) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15. — Вып. 4. — С. 67–71.

Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пенгул Н. А. Функциональный диагноз в психиатрии (сообщение 2) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Т. 16. — Вып. 4. — С. 86–89.

Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бурковский Г. В. [и др.]. Функциональный диагноз в психиатрии. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 231 с.

Когенов М. М., Николаева В. В. Мотивация при шизофрении. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1978. — 88 с.

Красик Е. Д., Смольянинова В. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента хронически больных шизофренией «нового типа» // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1985. — Вып. 5. — С. 742–746.

Красик Е. Д., Мещерякова Э. И. Прогностическое значение мотивационных характеристик больных шизофренией // Журнал невропатоло-

логии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Т. 87. — Вып. 1. — С. 66—71.

Краснов В. Н. Психосоматические аспекты расстройства аффективного спектра: клинические и организационные проблемы // Психические расстройства в общей медицине. — 2012. — № 2. — С. 12—15.

Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.

Критская В. П., Мелешко Т. К. Психологические особенности больных шизофренией с благоприятным исходом // Актуальные вопросы психиатрии. — Томск, 1985. — С. 157, 158.

Критская В. П., Савина Т. Д. Экспериментально-психологическое исследование изменений психической деятельности больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1983. — Вып. 12. — С. 1821—1827.

Крогиус Н. В. Личность в конфликте. — Саратов: Изд-во Саратов. Унта, 1976. — 144 с.

Кузьмин А. М. Клинико-терапевтическое исследование негативного симптомокомплекса у больных аффективными расстройствами в процессе стационарной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2003. — 20 с.

Курек Н. С. Экспериментально-психологическое исследование особенностей целенаправленного поведения у больных шизофренией с резкой степенью выраженности дефекта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — Вып. 12. — С. 1858—1863.

Лапин И. А. Плацебо и терапия. — СПб.: Изд-во «Лань», 2000. — 224 с.

Левикова Е. В. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. — М., 2011. — 223 с.

Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. — М.: Политиздат, 1975. — 304 с.

Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. — М.: Изд-во МГУ, 1981. — 584 с.

Лисовская Т. Ю., Короленко Ц. П., Сарычева Ю. В. [и др.]. Распространенность, диагностика и клиника пограничного расстройства личности. — Новосибирск: Печатный дом Новосибирск, 2013. — 157 с.

Лигко А. Е., Иванов Н. Я. Медико-психологическое обследование соматически больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — Вып. 8. — С. 1195—1198.

Логвинович Г. В. Факторы социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Вып. 1. — С. 110—116.

Ложкин Г. В., Повякель Н. И. Практическая психология конфликта: учеб. пособие. — 2-е изд., стереотип. — Киев: МАУП, 2002. — 256 с.

Лурия А. Р. Экспериментальные конфликты у человека // Проблемы современной психологии: ученые записки Моск. гос. ин-та экспериментальной психологии. — Т. 6. — М., 1930.

Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — 4-е изд. (1-е издание. — 1935). — М.: Медицина, 1977. — 112 с.

Лутова Н. Б. Специфика взаимодействия комбинированной психофармакотерапии и психотерапии в лечении психозов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 26 с.

Лутова Н. Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2013. — 49 с.

Лутова Н. Б. Удовлетворенность лечением: пациент и врач — поиски консенсуса // Обзор. психиатр. и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. — 2011. — № 1. — С. 65—66.

Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вид В. Д. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: новая медицинская технология // СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. — 16 с.

Лэнг Р. Д. Расколотое «Я»: пер. с англ. — СПб.: Белый Кролик, 1995. — 352 с.

Любов Е. Б., Бурюгина Л. А., Бояров В. Г. [и др.]. Оценка качества психиатрической помощи пациентам и их родственникам: методические рекомендации / Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. — М.: ООО «ИПУЗ», 2009. — С. 403—430.

Мазаева Н. А., Абрамова И. В. Об одной из разновидностей течения приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами в ремиссии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1986. — В. 5. — С. 719—725.

Мазо Г. Э. Депрессивные нарушения в клинике эндогенных психозов (клинико-фармакотерапевтическое исследование): автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2005. — 44 с.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс». — 1998. — 480 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

Максимов В. И. О психогениях типа реакции отказа у больных вялотекущей шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Вып. 5. — С. 703—709.

Макушкин Е. В. Дизонтогенез, его причины и механизмы формирования // Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — С. 40—57.

Малкин П. Ф. Бесспорное и спорное в учении о шизофрении // Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). — М., 1962. — С. 148–155.

Мартынихин И. А. Клинический подход и доказательная медицина. Часть 2. Поиск синтеза // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2013. — Т. 15, № 1. — С. 61–72.

Медведев С. Э., Коцюбинский А. П. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии / Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. — СПб.: Изд-во «Таро», 2013. — С. 9–13.

Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. — М.: Медицина, 1963. — 198 с.

Мелехов Д. Е. Проблема дефекта в клинике и реабилитации больных шизофренией // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. — М., 1977. — С. 27–41.

Мельникова Ю. В. Значение психопатологического диатеза для социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008. — 22 с.

Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии (Гуманистическая психиатрия): пер. с нем. — М.: Алетейя, 2001. — 176 с.

Мерлин В. С. Психология индивидуальности. — Москва; Воронеж, 1996. — 448 с.

Миколайский М. В. О соотношении биологических и социальных факторов в дифференциации клинических форм течения шизофрении // Врачебное дело. — 1985. — № 11. — С. 103–105.

Морозов В. М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1953. — Вып. 10. — С. 770–774.

Морозов В. М., Тарасов Ю. К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1951. — Вып. 4. — С. 44–47.

Морозов В. М., Наджаров Р. А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1956. — В. 12. — С. 937–941.

Морозов Г. В., Шумаков В. М. Некоторые аспекты изучения психически больных в связи с задачами их социально-трудовой реабилитации и профилактики опасных действий // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных (краткое содержание докладов). — Л., 1974. — С. 74–76.

Морозов П. В. Актуальность проблемы приверженности пациента режиму лечения. Что такое приверженность терапии? // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2010. — № 2. — С. 26–28.

Морозова М. А., Бениашвили А. Г. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении // Психиатрия

и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2008. — Т. 10. — № 2. — С. 4—12.

Мосолов С. Н. [и др.]. Анализ влияния атипичных антипсихотиков на 5-факторную модель шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т. 13. — № 3. — С. 45—52.

Мосолов С. Н. Предисловие к русскому изданию: Шизофрения: Клиническое руководство / Питер Б. Джонс, Питер Ф. Бакли: пер. с англ.; под общ. ред. С. Н. Мосолова. — М.: МедПресс-информ, 2008. — С. 9—20.

Мосолов С. Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении // Medlinks.ru : <http://www.medlinks.ru/article.php?Sid=30501> — Раздел: Психиатрия и психология. — Опубликовано 15.10.2007.

Мосолов С. Н. Актуальные вопросы диагностики, классификации, нейропатологии, патогенеза и терапии шизофрении // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Социально-политическая мысль, 2012а. — С. 61—101.

Мосолов С. Н. Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Социально-политическая мысль, 2012. — С. 11—60.

Мосолов С. Н., Потапов А. В., Ушаков Ю. В. [и др.]. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — Т. 14, № 2. — С. 9—19.

Мосолов С. Н., Потапов А. В., Шафаренко А. А. [и др.]. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Т. 21. — № 3. — С. 36—42.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 426 с.

Наджаров Р. А. [и др.]. Международное исследование шизофрении по программе ВОЗ. Задачи и методы исследования // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Вып. 8. — С. 1192—1197.

Наджаров Р. А. Формы течения // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. — М.: Медицина, 1972. — С. 16—76.

Назаренко Г. И., Полубенцева Е. И. Управление качеством медицинской помощи. — М.: Медицина, 2000. — 368 с.

Недува А. А., Нисс А. И. О типологии состояний при выписке из психиатрической больницы и об оценке эффективности терапии боль-

ных эндогенными психозами // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1979. — Вып. 6. — С. 780–788.

Незнанов Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма — новые тенденции и старые проблемы // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / под ред. О. В. Лиманкина. — Т. 1. — СПб., 2009. — С. 32–36.

Незнанов Н. Г., Акименко М. А., Коцюбинский А. П., Школа В. М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. — СПб.: ВВМ, 2007. — 248 с.

Незнанов Н. Г. Персонализированная медицина и семантика персонализированного диагноза // Трансляционная медицина — инновационный путь развития современной психиатрии: тезисы конф. 19–21 сентября 2013, Самара / под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. В. Н. Краснова. — Самара. — 2013. — С. 3.

Незнанов Н. Г., Вид В. Д. Проблема комплайенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2004. — Т. 6, № 4. — С. 159–162.

Некрасов М. А., Хритинин Д. Ф. Особенности повседневного функционирования психически больных (социологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2014. — В. 2. — С. 47–50.

Никифоров А. Л. Холизм. Новая философская энциклопедия: в 4 т.; т. 4. — М., 2001. [Электронный ресурс]. — URL: <http://iph.ras.ru/elib/3310.html> (дата обращения: 21.04.2014).

Новак П. Реабилитация психически больных в Западной Германии: ориентация на сообщество // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Вып. 1. — С. 34–48.

Нуллер Ю. Л. Смена парадигм в психиатрии // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1992. — № 1. — С. 13–19.

Нуллер Ю. Л., Пегашова А. Е., Козловский В. Л. Антиципация в семьях психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — № 2. — С. 5–11.

Овсянников С. А., Морозов В. П. Проблема систематики в психиатрии // Русский медицинский журнал. Современная психиатрия. — 1999. — Т. 2. — № 1. / Режим доступа: <http://www.rmj.ru/sovpsih/t2/n1/1.htm>.

Овсянников С. А., Цыганков Б. Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология: клинико-практическое руководство. — М.: Триада-Фарм, 2001. — 100 с.

Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф., Богданова Л. В. Психическая предпатология (превентивная диагностика и коррекция). — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. — 368 с.

Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. — 7-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1968. — 900 с.

Олейник И. В. Особенности психопатологии и лечения юношеских депрессий непсихотического уровня при шизотипическом расстройстве // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общерос. конф. 27–30 октября 2009, Москва / Пленум Правления Рос. общества психиатров с участием гл. психиатров и наркологов, руководителей психиатр. и наркол. учреждений субъектов РФ. — М., 2009. — С. 40–41.

Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия / под ред. проф. И. Я. Гуровича: пер. с нидерл. — М., 1993 — 319 с.

Павлиженко А. В. Будущие классификации психотических расстройств (по материалам конгресса ВПА в Праге, октябрь 2012 г.) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2013. — № 1. — Т. 15. — С. 67–72.

Первый В. С., Сухой В. Ф. Справочник невротических расстройств. — Ростов-н.-Д.: Феникс, 2012. — 637 с.

Перельман А. А. Шизофрения. Клиника, этиология, патогенез и лечение. — Томск: Издание Томск. мед. ин-та, 1944. — 288 с.

Петрова Н. Н., Аристова Т. А., Чернышева А. Ю. Влияние гендерных характеристик на психическую адаптацию больных эндогенными заболеваниями // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. — СПб.: Изд-во СПбГУ. — 2007. — Вып. 1. — Сер. 11. — С. 46–51.

Петрова Н. Н., Вишневская О. А. К вопросу об особенностях ремиссии параноидной шизофрении, протекающей с депрессией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2014. — № 2. — С. 70–76.

Петрюк П. Т. [и др.]. МКБ-9 и МКБ-10: сходство, различия и трудности понимания. // Таврический журнал психиатрии. — 2005 — Т. 9. — № 3. — С. 84–87.

Полищук Ю. И. Должны ли психиатры отвергать экзистенциальный анализ? // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. — Вып. 6. — С. 130–132.

Посохова С. Т. Настольная книга практического психолога. — М.: АСТ, 2008. — 671 с.

Потапов А. В. Стандартизированные клинко-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении (популяционное, фармакоэпидемиологическое и фармакотерапевтическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 24 с.

Потапов А. В., Дедюрина Ю. М., Ушаков Ю. В. [и др.]. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследований // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — Вып. 3. — С. 5–12.

Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 1096 с.

Рабинович В. И. Компенсаторные механизмы у постпроцессуальных шизофреников и роль трудовой терапии в активизации этих механизмов. // Сборник трудов, посвященных Р. Я. Голант. — Л., 1940. — С. 199—219.

Розенберг М. Как ясно сообщать о своих наблюдениях, потребностях, чувствах // Межличностное общение. — СПб.: Питер. — 2001. — С. 361—365. — (Сер. «Хрестоматия по психологии».)

Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. — М.: Наука, 1984. — 193 с.

Рохлин Л. Л. Роль личностного фактора в реабилитации больных шизофренией // Реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. — Л., 1973. — С. 64—67.

Рубин К. Х., Роуз-Крэснор Л. Решение межличностной проблемы и социальная компетентность в поведении детей // Социальная компетентность в межличностном взаимодействии. — СПб.: Питер, 2001. — С. 396—450. — (Сер. «Хрестоматия по психологии».)

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — М.: Учпедгиз, 1946. — 704 с.

Рустанович А. В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Юбилейная научная конференция с международным участием, посвященная 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. — СПб., 2000. — С. 58—60.

Рустанович А. В., Фролов Б. С. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих. — СПб.: ВМА, 2001. — 40 с.

Саарма Ю. М. Опыт применения стандартной шкалы оценки состояния психически больных // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Л., 1973. — С. 137, 138.

Савина Т. Д. Об особенностях внимания у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — Вып. 12. — С. 1846—1850.

Сальникова Л. И. Больные параноидной шизофренией со стойкой адаптацией во внебольничных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 23 с.

Сандлер Д., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса: пер. с англ. — Воронеж: НПО «МОДЭК», — 1993. — 176 с.

Сарсембаев К. Т. Социально-трудовая адаптация больных вялотекущей шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания (по данным клинко-эпидемиологического исследования) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1985. — Вып. 8. — С. 1217—1221.

Свердлов Л. С. Клинико-психопатологический и клинико-психологический анализ процесса формирования терапевтических ремиссий

при острых шизофренических приступах // Биологическая терапия в системе реабилитации психически больных. — Л., 1980. — С. 48—60.

Свердлов Л. С. Ремиссии и рецидивы при приступообразной шизофрении: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Л., 1986. — 48 с.

Свердлов Л. С., Скорик А. И., Галанин И. В. О механизмах развития рецидива при эндогенных психозах: Длительность ремиссий при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. — Вып. 1. — С. 89—94.

Северный А. А., Баландина Т. А., Березницкая В. В. [и др.]. Психовегетативные нарушения в раннем детстве (на модели функциональной пароксизмальной тахикардии) // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — № 4. — С. 54—64.

Северный А. А. Психовегетативный диатез // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 897 с.

Селье Г. (*Selye H.*) На уровне целого организма: пер. с англ. — М.: Наука, 1972. — 122 с.

Семенов С. Ф., Могилина Н. П., Коган Р. Д. [и др.]. Процессы компенсации и адаптации при нарушениях нервно-психической деятельности. // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. — М., 1979. — С. 10—20.

Семенова Н. Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т. 19. — № 2. — С. 76—83.

Семенова Н. Д., Гуровиц И. Я. Модуль формирования к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Т. 24. — № 4. — С. 31—36.

Семигов С. Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987. — 182 с.

Семигов С. Б. Системный подход и социально-биологическая проблема в психиатрии // Проблемы системного подхода в психиатрии. — Рига, 1977. — С. 39—43.

Семке А. В. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофрении: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Томск, 1995. — 50 с.

Серебрякова З. Н. Динамика трудоспособности больных с непрерывным течением шизофрении по данным эпидемиологического исследования // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1972. — Вып. 3. — С. 430—437.

Сидоров П. И., Новикова И. А. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — Вып. 3. — С. 76—81.

Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 568 с.

Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1994. — 32 с.

Сметанникова Е. А. Многоосевая оценка психического здоровья лиц призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008 — 16 с.

Смулевиг А. Б. [и др.]. Ипохондрия и соматоформные расстройства/под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Логос, 1992. — 176 с.

Смулевиг А. Б. [и др.]. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений)//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 2. — С. 4—9.

Смулевиг А. Б. Расстройства личности и шизофрения//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2011а. — Т. 1. — С. 8—15.

Смулевиг А. Б. Расстройства личности. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007а. — 192 с.

Смулевиг А. Б., Андриященко 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.

Смулевиг А. Б., Волель Б. А. Современные аспекты психофармакотерапии расстройств личности//Психиатрия. — 2004. — № 5 (11). — С. 7—13.

Смулевиг А. Б., Дубницкая Э. Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса//Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2005. — Т. 7. — № 4. — С. 3.

Смулевиг А. Б., Измайлова Л. Г., Ястребов В. С. Типология дефектных состояний с синдромом монотонной активности у больных шизофренией (к проблеме поздних ремиссий)//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1976. — Вып. 9. — С. 1372—1379.

Смулевиг А. Б. Лекции по психосоматике/Под ред. академика РАН А. Б. Смулевича. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 352 с.

Смулевиг А. Б., Дубницкая Э. Б. К построению дименсиональной ритмологической модели депрессии//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2010. — Т. 110. — № 1. — С. 8—15.

Смулевиг А. Б., Козырев В. Н., Дубницкая Э. Б., Дробижев М. Ю. Критерии эффективности терапии шизофрении: метод. рекоменд.//М., 2006. — 26 с.

Смулевиг А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007б. — 432 с.

Смулевич А. Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009б. — № 11. — С. 4–15.

Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.

Смулевич А. Б. Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2006. — Т. 8, № 1. — С. 5–8.

Смулевич А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2009а. — 208 с.

Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (психопатология и клиническая систематика) // Психические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАМН А. Б. Смулевича. — М.: МЕДпресс-информ, 2011б. — С. 5–99.

Смулевич А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 331 с.

Смулевич А. Б., Ильина Н. А. Концепции шизофрении — современные подходы — оценки и дискуссии (по материалам XV Всемирного конгресса по психиатрии, Буэнос-Айрес, 18–22 сентября 2011 г.) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — Т. 14, № 1. — С. 4–9.

Снежневский А. В. *Nosos et pathos schizophreniae* // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. — М.: Медицина, 1972. — С. 5–15.

Снежневский А. В. Место клиники в исследовании природы шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1975. — Вып. 9. — С. 1340–1345.

Снежневский А. В. Симптоматология и нозология // Шизофрения. Клиника и патогенез. — М.: Медицина, 1969. — С. 5–28.

Сонник Г. Т., Милевский В. М. Негативные симптомы в структуре шизофрении // История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сб. науч. раб. Украинского НИИ клинич. и эксперимент. неврологии и психиатрии и Харьковской гор. клинич. психиатр. больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько и П. Т. Петрюка. — Харьков. — 1996. — Т. 3. — С. 345–346.

Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. — М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. — 367 с.

Столин В. В. Самосознание личности. — М.: Изд-во МГУ, 1983. — 286 с.

Сторожаков Г. И., Шамрей В. К. Расстройства психосоматического спектра. Патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей. — СПб.: СпецЛит, 2014. — 303 с.

Судаков К. В. Иммунные механизмы системной деятельности организма: факты и гипотезы // Иммунология. — 2003. — Т. 24. — № 6. — С. 372–381.

Судаков К. В. Общая теория функциональных систем. — М.: Медицина, 1984. — 224 с.

Сухарева Г. Е. К проблеме дефектности при мягких формах шизофрении // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. — М., 1933. — Т. II. — В. 5. — С. 24–38.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина, 1974. — 320 с.

Твердохлеб В. П. Межприступные периоды при шизоаффективном психозе // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1979. — В. 1. — С. 65–71.

Тогилов В. А. Классификация психических расстройств // Психиатрия. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 291–305.

Тогилов В. А. МКБ-10 в России — конец клинической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — Вып. 4. — С. 64–68.

Тогилов В. А. О симптоматике приступов атипичного аффективного психоза // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1994. — № 4. — С. 55–69.

Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 784 с.

Тэхкэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход: пер. с англ. — М.: Академический проект «Концепции». — 2001. — 576 с.

Уоллен Д. Л. Развитие эффективной межличностной коммуникации // Межличностное общение: Хрестоматия. — СПб.: Питер, 2001. — С. 450–475.

Уорнер Р. Шизофрения и среда. — Киев: Сфера, 2004. — 182 с.

Ураков И. Г. Дефектные состояния при вяло протекающих параноидной и простой формах шизофрении (клиника и трудоспособность) // Социальная реадaptация психически больных. — М., 1965. — С. 65–80.

Ушаков Ю. В. [и др.]. Некоторые результаты социально-экономического изучения больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. — Вып. 10. — С. 91–94.

Философский энциклопедический словарь. — М.: Советская энциклопедия, 1983. — 836 с.

Фляйшхакер В., Лашо Б., Канн Дж. М. Стандартизированные критерии ремиссии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Вып. 3. — С. 80–84.

Франкл В. Воля к смыслу. — М.: Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. — 97 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.

Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы: пер. с англ. — М.: Педагогика-Пресс. — 1993. — 134 с.

Фрейд З. Психология бессознательного: сборник произведений / сост. М. Г. Ярошевский. — М.: Просвещение, 1990. — 447 с.

Фролов Б. С., Рустановиг А. В. О феноменологической и функциональной оценке состояния в психиатрии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1998. — № 1. — С. 66—68.

Хибберт Ш. Модель бригады настойчивого лечения в сообществе Калгари // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. проф. И. Я. Гуровича, проф. О. Г. Ньюфельдта. — М.: МЕД-ПРАКТИКА-М, 2007. — С. 188—203.

Холмогорова А. Б. Психотерапия психических расстройств: Современное состояние и основные тенденции развития // Терапия психических расстройств. — 2006. — № 2. — С. 17—24.

Холмогорова А. Б., Гараян Н. Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 18, № 1. — С. 94—101.

Холмогорова А. Б., Гараян Н. Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. — 1999. — № 2. — С. 61—70.

Холь И. Невротический конфликт // Ключевые понятия психоанализа: пер. с нем. / под ред. В. Мертенса. — СПб.: Б & К. — 2001. — С. 138—144.

Хорни К. // Собр. соч.: в 3 т. Т. 3. Наши внутренние конфликты. Невроз и развитие личности. — М.: Смысл, 1997. — 696 с.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. (Сер. «Мастера психологии»). — СПб.: Питер Пресс, 1997. — 608 с.

Циркин С. Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: Диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — № 2. — С. 114—118.

Циркин С. Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. — 1998. — № 4. — С. 5—8.

Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. — М.: Бином, 2012. — 288 с.

Цуцельковская М. Я., Минскер Э. И., Пекунова Л. Г. Исследование психического инфантилизма больных юношеской шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1975. — Вып. 1. — С. 102—110.

Цуцульковская М. Я., Пекунова Л. Г., Михайлова В. А. Преморбидная личность больных приступообразной шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1977. — Вып. 4. — С. 547—557.

Цуцульковская М. Я. К вопросу о вялотекущей шизофрении, возникающей в юношеском возрасте // Проблемы шизофрении. — Тбилиси, 1967. — С. 107—112.

Чайка Ю. В., Тартаковская А. Б., Котляр Р. А. Роль психической адаптации больных шизофренией в процессе становления ремиссии // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — М., 1988. — Т. 2 — С. 401—403.

Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 4) (Электронный ресурс) // Новости украинской психиатрии. — Харьков, 2005. — Режим доступа: www.psychiatry.ua/articles/paper193.htm.

Червинская К. Р., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. — СПб.: ООО «ЛСП», 2000. — 412 с.

Черников А. В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Класс, 2010. — 208 с.

Чехлатый Е. И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1994. — 25 с.

Чумаженко А. А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами: автореферат дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003. — 23 с.

Шамрей В. К., Маргенко А. А. Квантификационные методы оценки состояния в психиатрии // Психиатрия. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 30—40.

Шамрей В. К., Рустановиг А. В., Мишуровский Э. Э. К вопросу о многоосевой оценке психического состояния // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: сб. тезисов научной конференции с международным участием 26—27 мая 2005 г. — СПб., 2005. — С. 242—245.

Шанин В. Ю. Патопсихология критических состояний. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. — 436 с.

Шанин В. Ю., Кротов С. П. Клиническая патопсихология функциональных систем. — СПб.: Специальная литература, 1997. — 332 с.

Шварц Ф. Психопатологическое исследование психозов // Ключевые понятия психоанализа: пер. с нем. — СПб.: Изд-во Б & К. — 2001. — С. 178—182.

Шейнина Н. С. [и др.]. Психопатологический диатез: (предвестники психических заболеваний). — СПб.: Гиппократ, 2008. — 128 с.

Шейнина Н. С. Дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1985. — 16 с.

Шейнина Н. С., Аристова Т. А. Особенности проведения групповой психотерапии у разных контингентов больных // Психология и психотерапия: материалы IV Всероссийской конференции. — СПб.: ИМА-ТОН, 2002. — С. 189–192.

Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Ротштейн В. Г. Популяционные закономерности возникновения и течения эндогенных психозов как отражение их патогенеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1985. — Вып. 8. — С. 1184–1191.

Шмаонова Л. М. Формирование семьи у больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом по данным эпидемиологического обследования (рождаемость) // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1976. — Вып. 5. — С. 754–759.

Шмуклер А. Б. Особенности и динамика социального функционирования и качества жизни психически больных, находящихся под диспансерным наблюдением // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Вып. 4. — С. 21–29.

Шмуклер А. Б. Депрессивная симптоматика и ее лечение у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25. — № 2. — С. 101–105.

Штыпель А. М. Психологическая защита как фактор риска социальной дезадаптации больных малопрогредиентной шизофренией // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. — Л., 1986. — С. 75–79.

Шумаков В. М. Актуальные вопросы теории и практики социальной реабилитации психически больных в аспекте профилактики анти-социального поведения // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — М., 1988. — С. 19–24.

Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика в психиатрической клинике // Клиническая психодиагностика: учебное пособие. Ч. 2. — СПб., 2007. — 124 с.

Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов. — СПб.: Речь, 2005. — 336 с.

Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // JAMA. Журнал Американской медицинской ассоциации. — 1992. — Октябрь. — С. 47–52.

Юнг К. Г. Психология бессознательного. — М.: Канон, 1996. — 320 с.

Ягнюк К. В. Невербальные аспекты взаимодействия психотерапевта и пациента // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций института практической психологии и психоанализа. — 3 сент., 2009, Москва. yagniu@yandex.ru. <http://www.yagniu.ru>.

Ялтонский В. М., Сирота Н. А. Социальная поддержка и наркомания // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1995. — № 1. — С. 20–28.

Ярзуткин С. В. Стабильность и динамика темпераментального и личностного уровней индивидуальности: дис. ... канд. псих. наук. — М., 2001. — 165 с.

Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — С. 680—740.

Ястребов В. С. [и др.]. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — № 6. — С. 4—10.

Ястребов В. С. Длительные внутрибольничные ремиссии при шизофрении (вопросы клиники и социально-трудовой адаптации): дис. ... канд. мед. наук. — М., 1977. — 182 с.

Ястребов В. С. Клинико-эпидемиологические характеристики негоспитализированных больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — № 8. — С. 1207—1215.

Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E., Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics // Schizophr. Res. — 1992. — Vol. 6 (3). — P. 201—208.

Addington D., Addington J., Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics // Schizophr. Res. — 1990. — Vol. 3 (4). — P. 247—251.

Adler A. The practice and theory of individual psychology. — N.Y.: Harcourt, Brace & World, 1927.

Adolphs R. The neurobiology of social cognition // Curr. Opin. Neurol. — 2001. — Vol. 11. — P. 231—239.

Affifi T. O. [et al.]. The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a review of twin studies // Clin. Psychol. Rev. — 2010. — Vol. 30, № 1. — P. 101—113.

Aleman A. [et al.]. Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 1358—1366.

Allen D. N., Strauss G. P., Donohue B., van Kammen D. P. Factor analytic support for social cognition as a separable cognitive domain in schizophrenia // Schizophr. Res. — 2007. — Vol. 93. — P. 325—333.

Andreasen N. C. «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» и отмирание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2007. — Т. 9. — Вып. 4. — С. 44—49.

Andreasen N. C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability // Arch. Gen. Psychiat. — 1982. — Vol. 39. — P. 784—788.

Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.]. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiat. — 2005. — Vol. 162. — № 3. — P. 441—449.

Andreasen N. C., Olsen S. Negative and positive schizophrenia: definition validation // Arch. Gen. Psychiat. — 1982. — Vol. 39. — P. 789—794.

Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale // Soc. Sci. Med. — 1993. — Vol. 36. — P. 725—733.

Awad A. G., Voruganti L. N. P. Body weight, image, and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale//Schizophrenia Research. — 2004. — Vol. 70. — P. 63–67.

Barsky A., Klerman G. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles//Am. J. Psychiatr. — 1983. — Vol. 140. — P. 273–283.

Bartels S., Drake R. E. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis//Comprehensive Psychiatry. — 1988. — Vol. 29. — № 5. — P. 467–483.

Beck A. T. [et al.]. Cognitive Therapy of Depression. — N.Y.: Guilford Press, 1980. — 425 p.

Beck A. T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates//Amer. J. Psychiatr. — 2008. — Vol. 165. — P. 969–977.

Beels Ch. Social support and schizophrenia//Schizophr. Bul. — 1981. — Vol. 7. — № 1. — P. 58–73.

Bellack A. S., Morrison R. L., Wixted G. T. An Analysis of Social Competence in Schizophrenia//Brit. J. Psychiatry. — 1990. — № 156. — P. 809–818.

Belsky J., Jonassaint C. Pluess M. [et al.]. Vulnerability genes or plasticity genes?//Molec. Psychiatr. — 2009. — Vol. 14. — P. 746–754.

Belsky J., Pluess M. Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences//Psychol. Bull. — 2009. — Vol. 135 (6). — P. 885–908.

Bergner M. [et al.]. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of health status measure//Med. Care. — 1981. — № 19. — P. 787–805.

Berner P. Psychiatrische Systematik. Ein Lehrbuch. — Bern 1977. — 359 s.

Bertalanffy L. von. General System Theory — A Critical Review//General Systems. — 1962. — Vol. VII. — P. 1–20.

Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. — Leipzig; Wien: Fr. Deuticke, 1914. — 404 s.

Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S. The Social Functioning Scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients//Br. J. Psychiatry. — 1990. — Vol. 157. — P. 853–859.

Bleuler E. Zur Unterscheidung der Phisiogenen und des Psychogene bei Schizophrenen//Allg. Ztschr. F. Psychiatr. — 1930. — Bd. 84. — S. 22–38.

Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien: Handbuch der Psychiatrie/Hrsg. v. G. Aschaffenburg. — Leipzig; Wien: Fr. Deuticke, 1911. — Spezieller Teil. — Abt. 4. — I Hälfte. — 420 s.

Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte Langjähriger-Kranken und Familien-geschichten. — Stuttgart, 1972. — 673 s.

Boggs C. D. Clinical overlap between posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in male veterans: Doctoral dissertation, Texas A&M University//Diss. Abstr. Int. — 2005. — Vol. 67 (088). — P. 46–99.

Bonhöffer K. Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. — Leipzig; Wien: Fr. Deuticke, 1910. — 139 s.

Bressan R. A., Costa D. C., Jones H. M. [et al.]. Typical antipsychotic drugs — D2-receptor occupancy and depressive symptoms in schizophrenia//Schizophr. Res. — 2002. — Vol. 56. — P. 31–36.

Buckley P. F. [et al.]. The relationship between symptomatic remission and neuropsychological improvement in schizophrenia patients switched to treatment with zoprasidone//Schizophr. Res. — 2007. — Vol. 94. — P. 99–106.

Burr W. A., Falek A., Strauss L. T., Brown S. B. Fertility in Psychiatric Outpatients//Hosp. Commun. Psychiat. — 1979. — Vol. 30. — № 8. — P. 527–531.

Byerly M., Fisher M., Whatley K. A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia//Psychiatry Res. — 2005. — Vol. 133 (2–3). — P. 129–133.

Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come//J. R. Soc Med. — 1997. — Vol. 90 (11). — P. 618–621.

Cannon M., Caspi A., Moffitt T. [et al.]. Evidence for early, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder. Results from a longitudinal birth cohort//Arch. Gen. Psychiat. — 2002. — Vol. 59 (5). — P. 449–456.

Carpenter W. T., Heinrichs D. W., Alphs L. D. Treatment of negative symptoms//Schizophr. Bull. — 1985. — Vol. 3. — P. 440–452.

Caspi A., Sugden K., Moffitt T. E. [et al.]. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene//Science. — 2003. — Vol. 18, № 301. — P. 386–395.

Cechnicki A., Bielanska A., Drozdowicz L. Rola treningu społecznych umiejętności w systemie leczenia chorych na schizofrenię//Psychoterapia (pol.). — 1986. — Vol. 4. — P. 17–24.

Centorrino F., Hernan M. A., Drag-Ferrante G., Rendall M., Apicella A., Langar G., Baldessarini R. J. Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits//Psychiatr. Serv. — 2001. — Vol. 52. — P. 378–380.

Choi J., Mogami T., Medalia A. Intrinsic Motivation Inventory: An Adapted Measure for Schizophrenia Research//Schizophrenia Bulletin. — 2010. — Vol. 36. — № 5. — P. 966–976.

Chung R., Langeluddecke P., Tennant C. Threatening life events in the onset of schizophrenia, schizophreniform psychosis and hypomania//Brit. J. Psychiat. — 1986. — № 148. — P. 680–685.

Ciampi L. The natural history of schizophrenia in the long term//Br.J.Psychiatry. — 1980. — Vol. 136. — P. 413–420.

Cobb S. Social support as a moderator of life stress//Psychosomatic Medic. — 1976. — № 38. — P. 300–314.

Cohen R. S., Wills T. A. Stress, social support and the buffering hypothesis//Psychol. Bull. — 1985. — Vol. 98. — № 2. — P. 310–354.

Coldham E. L., Addington J., Addington D. Medication adherence of individuals with first episode of psychosis//Acta Psychiatr. Scand. — 2002. — Vol. 106. — P. 286–290.

Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. — 3 Aufl. — Stuttgart: Thieme, 1971 (1 Aufl. — 1958). — 165 s.

Cramer J. Overview of methods to measure and enhance patient compliance//Patient compliance in medical practice and clinical trials/ed. by J. Cramer, B. Spilker. — N.Y.: Raven Press, 1991. — P. 3–10.

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, № 1–3. — P. 68–73.

De Millas W., Lambert M., Naber D. The impact of subjective well-being under neuroleptic treatment on compliance and remission//Dialogues Clin. Neurosci. — 2006. — Vol. 8. — P. 131–136.

De Alarcon R., Camey M. Severe depressive mood changes following slow-release intra-muscular fluphenazine injection//Brit. Med. Journ. — 1969. — Vol. 3. — P. 564–567.

Deci E. L., Ryan R. M. Self-determination theory: A macro theory of human motivation, development and health//Canadian Psychology. — 2008. — Vol. 49. — P. 182–185.

Dinos S., Stevens S., Serfaty M. [et al.]. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study//Br. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 184. — P. 176–181.

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. — № 1. — P. 51–55.

Docherty E. G. Labeling effects in psychiatric hospitalization: A study of diverging patterns of inpatient self-labeling processes//Arch. Gen. Psychiatry. — 1975. — Vol. 32. — P. 562–568.

Docherty N. M. Affective reactivity of symptoms as a process discriminator in schizophrenia//Journ. Nerv. Ment. Dis. — 1996. — Vol. 184, № 9. — P. 53–54.

Donabedian A. The Seven Pillars of Quality//Arch Pathol. Lab. Med. — 1990. — Vol. 114. — P. 115–119.

Donlon P. T., Blacker K. H. Stages of schizophrenic decompensation and reintegration//J. Nerv. Ment. Dis. — 1973. — Vol. 157. — № 3. — P. 200–209.

Drieschner K. H., Lammers S. M. M., van der Staak C. P. F. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept//Clin. Psychol. Rev. — 2004. — Vol. 23. — P. 1115–1137.

Dulz B. Der Formenkreis der Borderline-Störungen — Versuch einer descriptive. Systematik//Handbuch der Borderline-Störungen/Kernberg O., Dulz B., Sacke U. (Hrsg.). — Stuttgart; N.Y.: Schattauer, 2000. — S. 57–74.

Dunayevich E. [et al.]. Characteristics of two alternative schizophrenia remission definitions: relationship to clinical and quality of life outcomes//Schizophr Res. — 2006. — Vol. 86. — P. 300–308.

Eberhard J., Levander S., Lindstroem E. Remission in schizophrenia: analysis in a naturalistic setting//Comp. Psychiat. — 2009. — Vol. 50. — P. 51–55.

Ehlers W., Peter R. SBAK Testhandbuch Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten. — Ulm: PSZ, Verlag, 1989. — 87 s.

Ellis A. Rational-Emotive Therapy//Current psychotherapies/ed. by Corsini R. J.) — 1989. — Itasca, III: Peacock. — P. 197–238.

Emsley R., Oothuizen P. P., Koen L. [et al.]. Symptom recurrence following intermittent treatment in first-episode schizophrenia successfully treated for 2 years: a 3-year open-label clinical study//J. Clin. Psych. — 2012. — Vol. 73 (4). — P. 541–547.

Endicott J. [et al.]. The Global Assessment of Functioning scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance//Arch Gen Psychiat. — 1976. — Vol. 33. — P. 766–771.

Engel G. L. Biopsychosocial model and medical education: who are to be the teacher?//N. Eng. Journ. Med. — 1982. — Vol. 306. — P. 802–805.

Ericson R. Small group psychotherapy with patients on a short stay ward: an opportunity for innovation//Hosp. Commun. Psychiat. — 1981. — № 31. — P. 269–272.

Faraone S. V., Seidman L. J., Kremen W. S. [et al.]. Neuropsychologic functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: the effect of genetic loading//Biol. Psychiatry. — 2000 — Vol. 15. — P. 120–126.

Federn P. Principles of Psychotherapy in Latent Schizophrenia/ed. by E. Weiss). — N.Y.: Basic Books, 1952. — P. 166–183.

Festinger L. A theory of cognitive dissonance. — Stanford: Stanford University Press, 1957. — 291 p.

Findling R. L., Gracious B. L., McNamara N. [et. al.]. The rationale, desing and progress of two maintenance treatment studies in pediatric bipolarity//Acta Neuropsychiatrica. — 2000. — Vol. 12. — P. 136–138.

Fleischhacker W. W., Oehl M. A., Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients//J. Clin. Psychiatry. — 2003. — Vol. 64 (S. 16). — P. 10–13.

Floru L., Heinrich K. [et al.]. The problem of post-psychotic schizophrenic depression and their pharmacological induction//Int. Pharmacopsychiatry. — 1975. — Vol. 10. — P. 230–239.

Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS)/U. Hentschel, J. Kiessling, M. Wiemers. — Göttingen: Beltz Test Verlag, 1998. — 67 s.

Frank E., Prien R. F., Jarrett R. B. [et al.]. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive. Remission, recovery, relapse and recurrence//Arch. Gen. Psychiat. — 1991. — Vol. 48. — P. 851–853.

Froese M., Hess H., Issurina G. Behandlungsmotivation und Behandlungserfolg in der Gruppen-psychotherapie/M. Froese, H. Hess, G. Issurina//VI Kongress der Gesellschaft für Psychologie der DDR. Kongressband. — Leipzig, 1983. — S. 22.

Galdi J. The causality of depression in schizophrenia//Brit. Journ. Psychiat. — 1983. — Vol. 11. — P. 621–625.

Gard D. E., Fisher M., Garrett C., Genevsky A., Vinogradov S. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia//Schizophr. Res. — 2009. — Vol. 115. — P. 74–81.

Gleser G. C., Ihillevich D. An Objective instrument for measuring defense mechanisms//J. Cons. Clin. Psychology. — 1969. — Vol. 33. — P. 51–60.

Gmür M. Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung. — Stuttgart: Verlag F. Enke. — 1986. — 202 s.

Goeth N. Zur Prognose des Behandlungserfolges in der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie//Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. — 1984. — № 12. — S. 727–732.

Goldman H. F., Skodol A. E., Lave T. R. Reviewing axis V for the DSM-IV: A review of measures of social functioning//Am. J. Psychiatry. — 1992. — Vol. 149. — P. 1148–1156.

Gotlib I. H. [et al.]. HPA-Axis Reactivity: A Mechanism Underlying the Associations Among 5-HTTLPR, Stress, and Depression//Biol. Psychiatry. — 2008. — Vol. 63, № 9. — P. 847–851.

Green M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?//Am. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 153. — P. 321–330.

Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Ärzte und Studierende. — 4 Aufl. — Braunschweig, 1876. — 538 s.

Grogg A., Eaddy M., Mauch R. [et al.]. Effects of antipsychotic partial compliance on resource utilization in a schizophrenia and bipolar population//54th Annual Meeting of the Institute of Psychiatric Services, 2002, Oct 9–13. — Chicago, IL, USA, 2002 [abstract].

Grow T. J. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine: Discussion 2//Br. J. Psychiatry. — 1980. — Vol. 137. — P. 383–386.

Häfner H., an der Heiden W., Behrens St. [et al.]. Caused and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia//Schizophrenia Bulletin. — 1998. — Vol. 24. — № 1. — P. 99–113.

Haro J. M., Novick D., Suarez D. [et al.]. Remission and relapse in the outpatient care of schizophrenia: three-year results from the schizophrenia outpatients health outcomes study//Journ. Clin. Psychopharmacol. — 2006. — Vol. 26. — P. 571–578.

Harrison G., Hopper K., Craig T. [et al.]. Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study//Br. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 178. — P. 506–517.

Harrow M., Jobe T. H. How frequent is chronic multiyear delusional activity and recovery in schizophrenia: A 20-year multi-follow-up//Schizophrenia Bull. — 2010. — Vol. 36. — № 1. — P. 192–204.

Hartmann H. Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego//Essays on Ego Psychology. — N.Y.: International Universities Press. — 1964. — P. 113–141.

Hartwich P., Grube M. Psychosen-Psychotherapie. 2 Auflage. — Darmstadt, 2003. — 303 s.

Haverkamp F., Propping P., Hilger T. Is there an increase of reproductive rates in schizophrenics? I. Critical Review of the literature//Arch. Psychiat. Nervenkr. — 1982. — Bd. 232. — № 5. — S. 439–450.

Hawkins K. A. Cognition, negative symptoms, and diagnosis: a comparison of schizophrenic, bipolar, and control samples//J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 1997. — Vol. 9. — № 1. — P. 81–89.

Heilbrun B., Blum N., Goldreyer N. Defensive projection: An investigation of its role in paranoid conditions//J. Nerv. Ment. Dis. — 1985. — Vol. 173. — № 1. — P. 17–25.

Heim E. Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping?//Psychoter., Psychosom., med. Psychol. — 1988. — № 1. — P. 8–17.

Heinrichs D. W., Hanlon T. E., Carpenter W. T. The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome//Schizophrenia Bulletin. — 1984. — Vol. 10. — № 3. — P. 984.

Helldin L. [et al.]. Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia//J. Psychiatr. Res. — 2006. — Vol. 40. — № 8. — P. 738–745.

Hentschel U., Kiessling J., Wiemers M. Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS). — Göttingen: Beltz Test Verlag, 1998. — 67 s.

Herings R. M., Erkens J. A. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics//Pharmacoeconom. Drug Saf. — 2003. — Vol. 12 (5). — P. 423–424.

Hinsch R., Pfingstein U. Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Materialien für die klinische Praxis Praxismaterial. — Weinheim: Psychologie Verlagsunion. — 2007. — Auflage XII. — 352 s.

Hoff A. L., Sakuma M. [et al.]. Lack of Association Between Duration of Untreated Illness and Severity of Cognitive and Structural Brain Deficits at the First Episode of Schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 157. — P. 1824–1828.

Honigfeld G., Gillis R. D., Klett C. J. Nurses observation scale for inpatient evaluation: a new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia // J. Clin. Psychol. — 1965. — Vol. 21. — P. 65–71.

Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychoosen // Fortschr. Neur. Psychiat. — 1966. — Bd. 34. — S. 409–426.

Huber G., Gross G. Wahn: Eine deskriptiv-phaenomenologische Untersuchung schizophrenen Wahns. — Stuttgart: F. Enke Verlag, 1977. — 181 s.

Huber G. Indizien für die Somatosehypothese bei den Schizophrenien // Fortschr. Neur. Psychiat. — 1976. — Bd. 44. — № 3. — S. 77–94.

Hudson J. I., Mangweth B., Pope H. G. [et al.]. Family study of affective spectrum disorder // Arch. Gen. Psychiat. — 2003. — Vol. 60, № 2. — P. 170–177.

Jablensky A. Epidemiological and clinical research as a guide in the search for risk factors and biological markers // J. Psychiatr. Res. — 1984. — Vol. 18. — № 4. — P. 541–554.

Jackson J. H. Selected writings. — London: Hodder and Stoughton, 1931. — Vol. 1. — 411 p.

Jaeger J., Douglas E. Neuropsychiatric rehabilitation for persistent mental illness // Psychiatr. Q. — 1992. — Vol. 63. — P. 71–94.

Jäger M., Riedel M., Schmauß M. Depression during an acute episode of schizophrenia or schizophreniform disorder and its impact on treatment response // Psychiatr. Res. — 2008. — Vol. 158. — P. 297–305.

Jahrreis W. Das hypochondrische Denken // Arch. Psychiat. — 1930. — Bd. 92. — S. 686–823.

Janke W., Erdmann G., Boucsein W. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) — Handanweisung. — Göttingen: Hogrefe Verlag, 1985. — 97 s.

Janzarik W. Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychoosen. — Berlin: Springer, 1959. — 99 s.

Johnson D. A., Pasterski G., Ludlow J. M. [et al.]. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences // Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 339–352.

Jones S. R., Fernyhough C. A new look at the neural diathesis — stress model of schizophrenia: the primacy of social-evaluative and uncontrollable situations // Schizophr. Bull. — 2007. — Vol. 33, № 5. — P. 1171–1178.

Jucha Z., Rzecki Z. Charakterystyka zespołu defektu w schizofrenii // Psychiat. pol. — 1975. — T. 9. — № 2. — S. 129–136.

Kane J. Therapeutic response, remission and functioning in schizophrenia. Transcending Model Expectations in Schizophrenia: Enhancing the As-

essment of Patient Outcomes//13th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia. Davos. 06.02.2006. Satellite Symposium. Program and Abstract Book: Janssen-Cilag. — 2006. — P. 6–7.

Kane J. M., Grandall D. T., Marcus R. N. [et al.]. Symptomatic remission in schizophrenia patients treated with aripiprazole or haloperidol for up to 52 weeks//Schizophr. Res. — 2007. — Vol. 95. — P. 143–150.

Kasper S., Resinger E. Cognitive effects and antipsychotic treatment//Psychoneuroendocrinology. — 2003. — Vol. 28 (S. 1). — P. 27–38.

Katz M. M., Lysterly S. B. Methods for measuring adjustment and social behavior in the community. I. Rationale description, discriminative validity and scale development//Psychol. Rep. — 1963. — Vol. 13. — P. 503–535.

Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia//Schizophrenia Bull. — 1987. — Vol. 13. — P. 261–276.

Kay S. R., Lindenmayer J. P. Outcome predictors in acute schizophrenia. Prospective significance of background and clinical dimensions//Journ. Nerv. Ment. Dis. — 1987. — Vol. 175. — P. 152–160.

Keefe R. S., Roe M., Walker T. M. [et al.]. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning and functional capacity//Am. J. Psychiatry. — 2006. — Vol. 163. — P. 426–432.

Kemp R., David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients//Br. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 169. — P. 444–550.

Killaspy H., Banerjee S., King M., Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome//Br. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 176. — P. 160–165.

Koenen K. C. Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: Review, strategy and new directions for future research//Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. — 2008. — Vol. 258 (2). — P. 82–86.

Kolb L. Modern Clinical Psychiatry. — Philadelphia; London; Toronto: Saunders. — 1973. — 696 p.

Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia/1919, trans. R. M. Barclay). — Huntington; N.Y.: Robert E. Krieger, 1971. — 331 p.

Kreisman D. E., Joy V. D. Family Response to the Mental Illness of a Relative: A Review of the Literature//Schizophr. Bull. — 1974. — Vol. 10. — P. 34–57.

Kretschmer E. (Крезмер Э.) Строение тела и характер/пер. с нем., 2-е изд. — М.; Л.: Госиздат, 1930. — 304 с.

Kris A. O. Either or dilemmas//Psychoanalytic Study of the Child. — 1977. — Vol. 32. — S. 91–117.

Kris A. O. The conflicts of ambivalence//Psychoanalytic Study of the Child. — 1984. — Vol. 39. — S. 213–234.

Kurihara T., Kato M., Reverger R. [et al.]. Remission in schizophrenia: a community-based 6-year follow-up study in Bali//Psychiat. Clin. Neurosci. — 2011. — Vol. 65. — P. 478–482.

Kuyken W., Orley J., Hudelson P., Sartorius N. Quality of life assessment across cultures//Int. J. Ment. Health. — 1994. — Vol. 23. — № 2. — P. 5–27.

Ladee G. A. Hypochondrische Syndroms. Amsterdam; London; N.Y., 1966. — 404 p.

Lam Y., Velligan D., Ereshefsky L. [et al.]. Intra-individual variability in plasma concentration as an indicator of adherence in schizophrenia/ Presented at the 42nd Annual Meeting of the New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU), Boca Raton, Florida, June 10–13, 2002. Coined in: Keith S. J., Kane J. M. Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patient can do better//J. Clin. Psychiat. — 2003. — Vol. 64. — P. 1308–1315.

Lambert M., Karow A., Leucht S. [et al.]. Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors and patients perspective 5 year later//Dialog. Clin. Neurosci. — 2010. — Vol. 12. — P. 393–407.

Lambert P. A. Depression et neuroleptiques a action prolongie//Journ. Acta Psychiat. — 1987. — Vol. 4. — P. 100–108.

Latimer E. A. Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature//Can. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 44. — P. 443–454.

Lazarus R. S., Folkman S. Coping and adaptation//W. D. Gentry (Ed.). The handbook of behavioural medicine. — N.Y., 1984. — P. 282–325.

Lehman A. F., Dixon L., Hoch J. S. [et al.]. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness//Br. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 174. — P. 346–352.

Leucht S., Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia//Pharmacopsychiatry. — 2006. — Vol. 39. — № 5. — P. 161–170.

Leucht S., Beitinger R., Kissling W. On The concept of remission in schizophrenia//Psychopharmacol. — 2007. — Vol. 194. — P. 453–461.

Levin K. Field theory in social science: selected theoretical papers/D. Cartwright (Ed.). — N.Y. : Harper & Row, 1951. — 346 p.

Levine S. Z., Rabinowitz J., Ascher-Svanum H. [et al.]. Extern of attaining and maintaining symptom remission by antipsychotic medication in the treatment of chronic schizophrenia: evidence from the CATIE study//Schizophr. Res. — 2011. — Vol. 133. — P. 42–46.

Li C. T., Su T. P., Chou Y. H. [et al.]. Symptomatic resolution among Chinese patients with schizophrenia and associated factors//Journ. Fomos. Med. Assoc. — 2010. — Vol. 109. — P. 378–388.

Lindström E., Binglefors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues//Pharmacoeconomics. — 2000. — Vol. 18. — P. 105–124.

Lingam R., Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders // Acta Psychiatr. Scand. — 2002. — Vol. 105 (3). — P. 164–172.

Link B. G., Struening E. L., Rahav M. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis mental illness and substance abuse // J. of Health and Social Behavior. — 1997. — Vol. 38. — P. 177–190.

Loffler W., Kilian R., Tuomi M., Angermeyer M. C. Patient's subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment // Pharmacopsychiatry. — 2003. — Vol. 36. — P. 105–112.

Lysaker P. H., Leonhardt B. L. Agency: its nature and role in recovery from severe mental illness // World Psychiatry. — 2012. — Vol. 11. — № 3. — P. 165–166.

Lysaker P. H., Leonhardt B. L., Brune M. [et al.]. Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia // Psychiatry Res. — 2014. — Vol. 219. — P. 79–85.

Maggini C., Raballo A. Exploring depression in schizophrenia // Europ. Psychiatr. — 2006. — Vol. 21. — P. 227–232.

Maller O. Amotivational Syndrome in Chronic Schizophrenics. A Biophysiological Model of Schizophrenic Impairment // Neuropsychobiology. — 1978. — Vol. 4. — № 4. — P. 229–247.

Manis M., Houts P. S., Blake J. B. Beliefs about mental illness as a function of psychiatric status and psychiatric hospitalization // Journ. Abnorm. Soc. Psychol. — 1963. — Vol. 67. — P. 226–233.

Marin R. S. Apathy: Concept syndrome neural mechanisms and treatment // Seminars Clin. Neuropsychiatry. — 1996. — Vol. 1. — P. 304–314.

Maslow A. H. A theory of metamotivation: the biological rooting of the value-life // J. humanistic Psychol. — 1967. — № 7. — P. 93–127.

Mason P., Harrison G., Glazebrook C. The course of schizophrenia over 13 years. A report from the international study on schizophrenia (ISO's) coordinated by the world health organization // Br. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 169. — P. 580–586.

Massimo S., Mauri C., Moliterno D. [et al.]. Depression in schizophrenia: comparison of first- and second-generation antipsychotic drugs // Schizophr. Res. — 2008. — Vol. 99. — P. 7–12.

Mauzer K. T., Bellack A. S., Morrison R. L., Wixlewd J. T. Social competence in schizophrenia premorbid adjustment social skill and domains of functioning // J. Psychiatr. Res. — 1990. — Vol. 24. — P. 51–63.

Mayer-Gross W. Die Klinik der Schizophrenie. Verlauf und Ausgang. // Handbuch der Geisteskrankheiten / O. Bumke O. Hrsg. Bd. 9. — Spez. Teil V. Die Schizophrenie. — Berlin: Springer, 1932. — S. 293–578.

McClain T., O'Sullivan P. S., Clardy J. A. Biopsychosocial Formulation: Recognizing Educational Shortcomings // Academic Psychiatry. — 2004. — Vol. 28. — P. 2, Summer.

Meehl P. E. Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia // Am. Psychol. — 1962. — Vol. 17. — P. 827–838.

Mentzos S. Psychose und Konflikt: Zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Störungen / Hrsg. Mentzos Stavros — 4 Auflage. — Göttingen: Vandenhöck und Ruprecht, 2000. — 259 s.

Miller N. E., Dollard J. Social learning and imitation. — N.Y.: Yale Univ. Press, 1941.

Miller T., McGlashan T., Woods S., Stein K., Driesen N., Corcoran C., Hoffman R., Davidson L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states // Psychiatric. Quarterly. — 1999. — Vol. 70. — P. 273–287.

Misdráhi D., Llorca P. M., Lancon C., Bayle F. J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutically considerations and implications // Encephale. — 2002. — Vol. 28. — P. 266–272.

Möbius P. J. Abriß der Lehre von den Nervenkrankheiten. — Leipzig: Ambrosius Abel (Arthur Meiner), 1893. — 188 s.

Mojtabai R. J., Lavelle J., Gibson P. J. [et al.]. Gaps in use antipsychotics after discharge by first-admission patient with schizophrenia, 1989 to 1996 // Psychiatr. Serv. — 2002. — Vol. 53. — P. 337–339.

Möller H. J., Scharl W., von Zerssen D. V. Störungen der premorbid sozialen Adaptation als Prediktor für die Fünfjahresprognose schizophrener Psychosen // Nervenarzt. — 1984. — Bd. 55. — № 7. — S. 358–364.

Möller H. J. Occurrence and treatment of depressive comorbidity in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues // World J. Biol. Psychiatry. — 2005. — Vol. 6. — № 4. — P. 247–263.

Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L. [et al.]. Development, reliability and acceptability of a new version of DSM-IV Social and Occupation Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // Acta Psychiatr. Scand. — 2000. — Vol. 101. — P. 323–329.

Mortimer A. M. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia // Br. J. Psychiatry. — 2007. — Vol. 50, S. (Aug). — P. 4–7.

Mulder C. L., Koopmans G. T., Hengeveld M. W. Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 1995. — Vol. 40. — № 6. — P. 484–488.

Möller M. Prognose und Therapie Geisteskrankheiten. — 1949. — S. 5–15, 80–90.

Möller M. J. Overlap between emotional blunting, depression, and extrapyramidal symptoms in schizophrenia // Schizophr. Res. — 2002. — Vol. 57. — P. 307–309.

Murray G. K., Clark L., Corlett P. R. [et al.]. Incentive motivation in first-episode psychosis: A behavioural study // BMC Psychiatry. — 2008. — Vol. 8. — P. 34.

Ninan P. Generalized anxiety disorder: why are we failing our patients? // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62 (S. 19). — P. 3–10.

Nose M., Barbui C., Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review//Psychol. Med. — 2003. — Vol. 33 (7). — P. 1149–1160.

Oosthuizen P., Emsley R. A., Roberts M. C. [et al.]. Depressive symptoms at admission predict fewer negative symptoms at follow-up in patients with first-episode schizophrenia//Schizophr. Res. — 2001. — Vol. 58. — P. 247–252.

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.

Osterberg L., Blaschke M. D. Adherence to medication//New Eng. J. Med. — 2005. — Vol. 353. — P. 487–497.

Overall J. E., Gorham D. R. Brief psychiatric rating scale//Psychological Review. — 1962. — Vol. 10. — P. 799–812.

Page S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation//Canadian J. Behavioral Science. — 1977. — Vol. 9. — P. 85–90.

Paris J. Borderline personality disorder//Can. Med. Ass. — 2005. — Vol. 172, № 12. — P. 1579–1583.

Patterson T. L., Goldman S., McKibbin C. L., Hughs T., Jeste D. V. UCSD Performance-Based Skills Assessment: Development of a New Measure of Everyday Functioning for Severely Mentally Ill Adults//Sch. Bull. — 2001. — Vol. 27 (2). — P. 235–245.

Penn D. L., Mueser K. T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia//Am. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 153. — P. 607–617.

Penn D. L., Sanna L. J., Roberts D. L. Social cognition in schizophrenia: an overview//Schizophr. Bull. — 2008. — Vol. 34. — № 3. — P. 408–411.

Peuskens J., Kaufman L., van Vleymen B. Analysis of resolution criteria in patients with schizophrenia treated with olanzapine for an acute psychotic episode//Schizophr. Res. — 2007. — Vol. 95. — P. 169–173.

Planansky K., Johnston R. Depressive syndrome in schizophrenia//Acta Psychiatr. Scand. — 1978. — Vol. 57. — P. 207–218.

Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change//J. Consult. Clin. Psychol. — 1983. — Vol. 5. — P. 390–395.

Rado S. Dynamics and classification of disturbances of behavior//Amer. Journ. Psychiat. — 1953. — Vol. 110. — P. 406–416.

Reil J. C. Über die Erkenntniss und Kur der Fieber//Nervenkrankheit. — 1805. — Bd. 4. — S. 33–36, 288–302.

Resnick S. G., Rosenheck R. A., Lehman A. F. An exploratory analysis of correlates of recovery//Psychiat. Serv. — 2004. — Vol. 55, № 5. — P. 540–547.

Robinson D., Woerner M. G., Alvir J. M. [et al.]. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia and schizoaffective disorder // Arch. Gen. Psychiatry. — 1999. — Vol. 56. — P. 241–247.

Robinson D. G., Woerner M. G., McMeniman M. [et al.]. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // Am. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 161. — P. 473–479.

Rogers C. R. On becoming a person. A Therapist's View of Psychotherapy. — Boston: Houghton Mifflin Company, 1961. — 420 p.

Rupnow M. F. T., Canuso C. M., Hirschfeld R. Improvement in global functioning with risperidone treatment in bipolar patients. Risperidal: Poster Book. — Janssen-Cilag Organon, 2005. — P. 10.

Ryan R. M., Plant R. W., O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout // Addictive Behaviors. — 1995. — Vol. 20. — P. 279–297.

Sachsse U. Die Psychodynamik der Borderline-Störungen als Traumafolge // Ein Entwurf. Forum Psychoanal. — 1995. — Bd. 11. — S. 50–61.

Sackett D. L., Haynes R. B. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance // Compliance With Therapeutic Regimens. — Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1976. — P. 1–25.

San L., Ciudad A., Alvaez E. [et al.]. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study // Eur. Psychiat. — 2007. — Vol. 22. — P. 490–498.

Sarason J. G. [et al.]. Assessing social support: the social support questionnaire // J. Personal. Soc. Psychol. — 1983. — Vol. 44. — P. 127–139.

Saugstad L. F. Social class, marriage, and fertility in schizophrenia // Schizophr. Bul. — 1989. — Vol. 15. — № 1. — P. 9–43.

Schmand B., Kuipers T., van der Gaag M. [et al.]. Cognitive disorders and negative symptoms as correlates of motivational deficit I psychotic patients // Psychol. Med. — 1994. — Vol. 24. — P. 869–884.

Schmideberg M. The borderline patient // American Handbook of Psychiatry / ed. S. Arieti. — N.Y.: Basic Books, 1959. — Vol. 1. — P. 398–416.

Schmidt S. J., Mueller D. R., Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: Empirical Review and New Results by Structural Equation Modeling // Schizophr. Bull. — 2011. — Vol. 37. — S. 2. — P. S41–S54.

Schneider K. Klinische Psychopathologie. — Stuttgart; N.Y.: Georg Thieme Verlag, 1992. — 236 s.

Schneider K. Zwangszustände und Schizophrenie // Arch. Psychiat. Nervenkr. — 1925. — Bd. 74. — S. 93–107.

Severtson S. G., von Thomsen S., Hedden S. L., Latimer W. The association between executive functioning and motivation to enter treatment

among regular users of heroin and/or cocaine in Baltimore, M.D.//Addictive Behaviors. — 2010. — Vol. 35. — P. 717–720.

Sheldon W. H., Stevens S. S. The Varieties of Temperament: A psychology of constitutional differences. — N.Y., 1942. — 520 p.

Shröder H., Vorweg M. Soziale Kompetenz als Zielgrösse für Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensmodifikation//Probleme der Persönlichkeitsforschung/M. Vorweg (Hrsg.). — Leipzig, 1978. — S. 56–63.

Siever L. J., Davis K. L. Pathophysiology of schizophrenic disorders: perspectives from the spectrum//Amer. J. Psychiat. — 2004. — Vol. 161, № 3. — P. 398–413.

Siris S. G. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV//Schizophr. Bull. — 1991. — Vol. 17. — P. 75–98.

Siris S. G., Bench C. Depression and schizophrenia//Schizophrenia/eds. S. Hirsch, D. Weinberger. — 2nd ed. — Blackwell Science, Malden, Massachusetts. — 2003. — P. 142–167.

Skinner B. F. Science and human behavior. — New York, 1953.

Startup M., Jackson M. C., Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF)//Br. J. Clin. Psychology. — 2002. — Vol. 41. — P. 417–422.

Stransky E. Über die Demetia praecox. — Wiesbaden, 1909. — 46 s.

Svestka J., Bitter I. Nonadherence to antipsychotic treatment in patients with schizophrenic disorders//Neuroendocrinology Letters. — 2007. — Vol. 28, S. 1. — P. 95–116.

Tapp A., Kilzieh N., Wood A. E. [et al.]. Depression in patients with schizophrenia during an acute psychotic episode//Comprehen. Psychiat. — 2001. — Vol. 42. — P. 314–318.

Thied P., Beard S., Ritcher A. [et al.]. An economic of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia//Psychiatr. Serv. — 2003. — Vol. 54 (4). — P. 145–148.

Thoits P. A. Support as coping assistance//J. Consult. Clin. Psychol. — 1986. — Vol. 54. — P. 416–423.

Torrey E. F., Zdanowicz M. Outpatient commitment: what, why, and for whom//Psychiatric Services. — 2001. — Vol. 52. — P. 337–341.

Trigno J. L. The hierarchy of preference towards disability groups//J. Special Education. — 1970. — Vol. 4. — P. 295–306.

Urquhart J. The electronic medication event monitor: Lessons for pharmacotherapy//Clin. Pharmacokinet. — 1997. — Vol. 32. — P. 345–356.

Valenstein M., Copeland L. A., Blow F. C. [et al.]. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission//Med. Care. — 2002. — Vol. 40 (3). — P. 630–639.

Van Os J., Burns T., Cavalaro R. [et al.]. Standardized remission criteria in schizophrenia//Acta Psychiatr. Scand. — 2006. — Vol. 113, № 2. — P. 91–95.

Van Os J., Drukker M., Campo J. [et al.]. Validation of remission criteria for schizophrenia // Amer. Journ. Psychiat. — 2006. — Vol. 163, № 11. — P. 2000–2002.

Van Os J., Kahn R. Remission criteria in schizophrenia // Dutch Journ. Psychiat. — 2007. — Vol. 49, № 1. — P. 21–26.

Van Putten T., May P. R. Akinetic depression» in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiat. — 1978. — Vol. 43. — P. 1015–1016.

Van Winkel R., Stefanis N. C., Myin-Germeyns I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction // Schizophr. Bull. — 2008. — Vol. 34, № 6. — P. 1095–1105.

Velligan D. I., Mahujin R. K., Diamond P. L. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia // Schizophr. Res. — 1997. — Vol. 25. — P. 21–31.

Velligan D. I., Miller A. L. Cognitive dysfunction in schizophrenia and its importance for the clinical outcome: the role of atypical antipsychotics // J. Clin. Psychiat. — 1999. — Vol. 60. — S. 23. — P. 25–28.

Vie J. Quelques terminations des délires chroniques // Ann. med.-psychol. — 1939. — Vol. 2. — № 4. — P. 461–473.

Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M. [et al.]. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. — New England Medical Centre, MA, USA. — 1993.

Weiden P., Zygmunt A. Medication noncompliance in schizophrenia: I Assessment // J. Pract. Psychiatr. Behav. Health. — 1997. — Vol. 3. — P. 106–110.

Weissman M. M., Olfson M., Gameroff M. J., Feder A., Fuentes M. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care // Am. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 158. — № 3. — P. 460–466.

Wetzel A. Die sociale Bedeutung der Schizophrenie // Handbuch der Geisteskrankheiten / Hrsg. von O. Bumke. — Berlin: Springer, 1932. — Bd. 9. — S. 612–667.

WHOQOL: Study protocol. Division of mental health. — Geneva, 1993.

Wildenauer D. B., Schwab S. G., Maier W. [et al.]. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? // Schizophr. Res. — 1999. — Vol. 39. — P. 107–111.

Windle M. A. A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors // Development. Psychol. — 1992. — Vol. 28. — P. 522–530.

Wobrock T., Koehler J., Klein P. [et al.]. Achieving symptomatic remission in outpatients with schizophrenia — a naturalistic study with quetiapine // Acta Psychiat. Scand. — 2009. — Vol. 120. — P. 120–128.

Wolff G. Attitudes of the media and the public / Care in the Community: Illusion or Reality? (ed. BiLeff J.). — N.Y.: Wiley, 1977. — P. 144–163.

Wolter A., Preuss V. W., Krischke N. R. [et al.]. Remission, prediction and stability of symptoms in schizophrenia: a naturalistic 12-month follow-up study//Inter. Journ. Psychiat. Clin. Pract. — 2010. — Vol. 14. — P. 160–167.

Wykes T., Sturt E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule//Br. J. Psychiatry. — 1986. — Vol. 148. — № 1. — P. 11.

Xie P., Kranzler H. R., Poling J. [et al.]. Interactive effect of stressful life events and the serotonin transporter 5-HTTLPR genotype on posttraumatic stress disorder diagnosis in 2 independent populations//Arch. Gen. Psychiat. — 2009. — Vol. 66, № 11. — P. 1201–1209.

Zimmermann J., Wolter A., Krischke N. R. Response und Remission bei an Schizophrenie erkrankten Patienten//Nervenarzt. — 2011. — Bd. 11. — S. 1440–1448.

Zubin J., Spring B. Vulnerability — a new view of schizophrenia//J. Abnorm. Psychol. — 1977. — Vol. 86. — P. 103–126.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Рабочий бланк шкалы PSP

Оцените, пожалуйста, больного в соответствии с уровнем нарушения функционирования, наблюдавшимся у него/нее **за последние 7 дней**. В этой шкале оцениваются нарушения в 4-х основных областях функционирования:

		Отсутствует	Слабое	Заметное	Значительное	Сильное	Очень сильное
a	социально полезная деятельность; включая работу и учебу	[]	[]	[]	[]	[]	[]
b	отношения с близкими и прочие социальные отношения	[]	[]	[]	[]	[]	[]
c	самообслуживание	[]	[]	[]	[]	[]	[]
d	беспокоящее и агрессивное поведение	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Шкалой предусмотрено 2 набора **операциональных критериев** для оценки степени затруднений: один — для областей **a—c**, и отдельный — для области **d**.

Степени выраженности для областей a—c	
1 балл	Отсутствует
2 балла	Слабо выражено: об этом известно только очень близким людям
3 балла	Заметно выражено: затруднения очевидны любому человеку из окружения больного, но не оказывают существенного негативного влияния на способность больного выполнять свои функции в этой области, учитывая социо-культурный статус больного, его возраст, пол и уровень образования

4 балла	Значительно выражено: затруднения сильно препятствуют выполнению функций в данной области; тем не менее, больной все еще способен функционировать без профессиональной или социальной помощи, хотя бы даже не всегда адекватно и/или эпизодически; при посторонней помощи он/она способен достичь предыдущего уровня функционирования
5 баллов	Сильно выражено: имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование в этой области без профессиональной помощи, или ведут к деструктивному поведению, но тем не менее, опасность для жизни отсутствует
6 баллов	Очень сильно выражено: нарушения и затруднения настолько выражены, что жизнь больного находится в опасности
Степени выраженности для области d	
1 балл	Отсутствует
2 балла	Слабо выражено: держится грубовато, замкнуто или постоянно жалуется
3 балла	Заметно выражено: например, говорит слишком громко или разговаривает с другими слишком фамильярно или принимает пищу социально неприемлемым образом
4 балла	Значительно выражено: публично оскорбляет других, ломает или портит вещи, поведение часто социально неприемлемо, но не опасно (например, публично оголяется или мочится)
5 баллов	Сильно выражено: частые вербальные угрозы или частое физическое насилие, без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб
6 баллов	Очень сильно выражено: определяется как частые агрессивные поступки с целью нанести серьезный физический ущерб, или как поступки, которые с большой вероятностью могут привести к серьезному физическому ущербу

Инструкции по выставлению баллов по шкале PSP

100—91	Полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны
90—81	Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди

80–71	Небольшие затруднения в одной или более областях a–c
70–61	Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях a–c или небольшие проблемы в области d
60–51	Значительные затруднения в одной из областей a–c или заметные проблемы в области d
50–41	Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях a–c , или сильно выраженные затруднения в одной из областей a–c , сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области d
40–31	Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей a–c , или значительные проблемы в области d
30–21	Сильно выраженные затруднения в двух областях a–c или сильно выраженные проблемы в области d , сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях a–c
20–11	Сильно выраженные нарушения во всех областях a–d или очень сильно выраженные проблемы в области d , сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях a–c . Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20–16 баллов; если нет, то — в интервал 15–11 баллов.
10–1	Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6–10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5–1).

Инструкция по выставлению заключительного балла PSP

71–100	Баллы этого диапазона соответствуют только слабо выраженным затруднениям
31–70	Баллы этого диапазона соответствуют разным степеням ограниченного функционирования
1–30	Баллы этого диапазона соответствуют крайне выраженному ухудшению функционирования, при котором больно нуждается в активной поддержке или в надзоре

При выборе окончательного балла в пределах 10-балльного интервала (например, в интервале от 31 до 40), следует учесть уровень нарушения в других областях; таких как:

- забота о физическом и психологическом состоянии;
- способность поддерживать место проживания (дом, квартиру, комнату) в хорошем состоянии;
- участие в ведении хозяйства, участие в семейной жизни или в жизни стационара;
- интимные и сексуальные отношения;
- забота о детях;
- социальные связи, отношения с друзьями и лицами, оказывающими помощь больному;
- соблюдение правил социума;
- круг интересов;
- распоряжение финансами;
- пользование транспортом, телефоном;
- способность справляться с кризисными ситуациями.

Суицидальное поведение и риск суицида в этой шкале не учитываются.

Общий балл [][][].

Шкала медикаментозного комплайенса

1	Отношение к медикации	
<i>1.1</i>	<i>Поведение при проведении медикаментозного лечения</i>	
	Самостоятельный прием	2
	Прием препаратов под контролем персонала, родственников	1
	Уклонение от приема лекарств (избегает прием, отказывается)	0
<i>1.2</i>	<i>Заинтересованность в приеме лекарства</i>	
	Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии	3
	Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	2
	Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект	1
	Нежелание принимать препарат	0
<i>1.3</i>	<i>Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов</i>	
	Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	5
	Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия	4
	Считает, что препараты, как и любые «химические», т. е. не природные вещества могут оказаться вредными для организма	3
	Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	2
	Негативно относится к принимаемому препарату, т. к. испытал на себе его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	1
	Негативно относится к лекарствам, т. к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более) препаратов	0

1.4	<i>Психологически обусловленное саботирование медикации</i>	
	Психологически обусловленное саботирование отсутствует	5
	Недостаточность субъективного страдания от болезни	4
	Особенности восприятия врача (проявление недоверия, недовольство контактом и т. д.)	3
	Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение для себя/окружающих наличия психического заболевания)	2
	Особенности внутренней картины болезни	1
	Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождение от ответственности и нагрузок, материальные выгоды)	0
1.5	<i>Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса (при их наличии)</i>	
	Нет нарушений	4
	Снижение дозировок лекарств	3
	Нерегулярность приема лекарств	2
	Прекращение приема лекарств	1
	Прием не рекомендованных врачом лекарств	0
1.6	<i>Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам</i>	
	Положительное	2
	Нейтральное/ранее не принимал	1
	Отрицательное	0
1.7	<i>Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии</i>	
	Высокая	2
	Средняя	1
	Низкая	0

1.8	<i>Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов</i>	
	Высокая	2
	Средняя	1
	Низкая	0
1.9	<i>Приемлемость парентерального способа введения препарата</i>	
	Удовлетворен	+ 1
	Индифферентен/не используется	0
	Не удовлетворен	-1
1.10	<i>Приемлемость перорального приема препарата</i>	
	Удовлетворен	+ 1
	Индифферентен/не используется	0
	Не удовлетворен	-1
1.11	<i>Удовлетворенность режимом приема препарата</i>	
	Полностью удовлетворен	2
	Нейтрален	1
	Не удовлетворен	0
1.12	<i>Доступность препарата</i>	
	Доступен	1
	Недоступен по финансовым или иным причинам	0
1.13	<i>Информация о времени ожидаемого начала действия препарата</i>	
	Получена больным	1
	Не получена	0
2	Факторы, связанные с пациентом	
2.1	<i>Осознание болезни</i>	
	Инсайт на психологические механизмы болезни	3

	Наличие критики к симптомам	2
	Частичная критика	1
	Отсутствие критики	0
2.2	<i>Уровень продуктивной психопатологической симптоматики (по шкале BPRS)</i>	
	Низкий	2
	Средний	1
	Высокий	0
2.3	<i>Уровень негативной симптоматики (по шкале SANS)</i>	
	Низкий	2
	Средний	1
	Высокий	0
2.4	<i>Частота рецидивирования</i>	
	Низкая	2
	Средняя	1
	Высокая	0
2.5	<i>Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению</i>	
	Низкие	2
	Средние	1
	Высокие	0
2.6	<i>Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности</i>	
	Отсутствует	1
	Имеется	0
2.7	<i>Глобальный уровень социального функционирования, адаптации больного (по шкале GAF)</i>	

	Высокий	2
	Средний	1
	Низкий	0
2.8	<i>Наличие когнитивных нарушений</i>	
	Отсутствуют	1
	Имеются	0
3	Факторы, связанные с близким окружением	
3.1	<i>Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств)</i>	
	Высокий	2
	Средний	1
	Низкий	0
3.2	<i>Отношение близкого окружения к медикации</i>	
	Адекватное отношение	3
	Отрицательное отношение друзей	2
	Отрицательное отношение лечащего психотерапевта/пара-практика	1
	Отрицательное/инадекватное отношение семьи	0
4	Факторы, связанные с лечащим врачом	
4.1	<i>Терапевтический альянс</i>	
	Высокий	2
	Средний	1
	Низкий	0
4.2	<i>Адекватность враждебного наблюдения вне обострения</i>	
	Высокая	2
	Средняя	1
	Низкая	0

Опросник субъективной удовлетворенности лечением

1. Я доволен (довольна) результатами проведенного лечения.
2. Мне не помогли лекарства, которыми меня лечили.
3. Результаты лечения оказались не такими, как я ожидал (ожидала).
4. У лекарств, которыми меня лечили, были непереносимые побочные эффекты.
5. В результате лечения у меня улучшилось самочувствие.
6. После лечения у меня не улучшилось состояние.
7. После лечения я ощущаю бодрость и активность.
8. Мне было тяжело находиться в клинике, потому что я чувствовал (-а) себя оторванным от дома.
9. В будущем в случае необходимости я обращусь за помощью к психиатрам.
10. В ходе лечения я отдохнул(-а) от своих повседневных забот.
11. Пребывание в клинике мешало мне уладить проблемы с работой (учебой), отражавшиеся на моем здоровье.
12. Выздоровление зависит, прежде всего, от лечения, а не от воли Бога.
13. После лечения меня не пугают жизненные трудности.
14. Болезнь прошла сама по себе, доктор здесь ни при чем.
15. После лечения я лучше понимаю себя и других людей.
16. Мне хочется продолжить начатый курс лечения после выписки.
17. После выписки мне вряд ли захочется иметь дело с моим лечащим врачом.
18. В ходе лечения я смог (-ла) увидеть мои недостатки, осложняющие мне жизнь.
19. Условия пребывания в клинике были в целом удовлетворительными.
20. В результате лечения мне не стало легче общаться с окружающими.
21. Зрелище окружавших меня психически больных в клинике производило удручающее впечатление.
22. Меня надо было лечить именно так, как это делал мой лечащий врач.
23. После лечения я готов(-а) лучше решать свои проблемы.
24. В клинике не было чувства одиночества, мне было интересно общаться с другими больными.
25. Мой лечащий врач не мог четко и понятно ответить на мои вопросы.

26. После лечения я не смотрю на свое будущее более оптимистично.

27. Моего врача интересовали только мои симптомы, как человек я ему был неинтересен.

28. После лечения мне пришлось пересматривать свои жизненные планы; они стали более ограниченными.

29. Еда, которой кормили в клинике, мне не нравилась.

30. Лечащий врач помог мне уточнить планы на будущее.

31. Я понимаю целесообразность режимных ограничений в клинике и принимаю их.

32. Я мог(-ла) рассказать лечащему врачу события из своей личной жизни, даже если они непосредственно не относились к лечению.

33. Сам факт пребывания в психиатрической клинике не отразится на отношении ко мне окружающих.

34. Пребывание в клинике омрачали вынужденное безделье и скука.

35. Мой лечащий врач не смог понять, что мне нужно.

36. Из-за пребывания в психиатрической больнице у меня будут ограничения в профессии (учебе, получении водительских прав и т. д.).

37. Медицинский персонал в клинике был достаточно внимательным и чутким.

38. С лечащим врачом у меня не было хорошего эмоционального контакта.

39. Мой лечащий врач был достаточно знающим и компетентным.

40. Мой лечащий врач не уделял мне достаточно внимания и времени.

Подсчет баллов по субшкалам производится в соответствии с кодировкой и учетом положительного или отрицательного значения пункта опросника. Для получения суммарного балла удовлетворенности по данной субшкале к общему баллу по пунктам удовлетворенности прибавляется остаток, получаемый при вычитании общего балла по пунктам неудовлетворенности от максимально возможного по этим пунктам. Сумма общих баллов по отдельным субшкалам составляет суммарный показатель удовлетворенности по всей шкале.

Результаты лечения: +1, -2, -3, -4, +5, -6, +7, +12, +13, +15, +16, +18, -20, +23, -26.

Отношения врач — больной: +9, -14, -17, +22, -25, -27, +30, +32, -35, -38, +39, -40.

Бытовые условия и окружающая обстановка: -8, +10, -11, +19, -21, +24, -29, +31, -34, +37.

Стигматизация: -28, +33, -36.

Максимально возможные баллы: по субшкале результатов лечения — 45, по субшкале отношений врач — больной — 36, по субшкале окружающей обстановки — 30, по субшкале стигматизации — 9. Максимально возможный суммарный показатель удовлетворенности лечением по всей шкале равен 120.

Баллы, полученные по отдельным субшкалам делают возможным дифференцированный анализ структуры удовлетворенности больных полученным лечением. Суммарный балл удовлетворенности по всем субшкалам является обобщающим показателем отношения к лечению.

Анкета шкалы КЖ2Ф
Ваше Качество Жизни

ФИО _____			
Дата заполнения	День	Месяц	Год

Оцените, пожалуйста, Вашу жизнь **за последние 2 недели** по каждому критерию, обводя кружком выбранную оценку. Просим Вас как можно реже использовать нейтральные ответы «3» или «4».

Если Вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть Ваша первая реакция на вопрос.

F24	<i>Насколько сильно Вас беспокоит усталость?</i>			
1 Совсем нет	2 Относитель- но слабо	3 Средне	4 Относительно сильно	5 Предельно сильно
S81	<i>Как много напряжения требует от Вас самоконтроль?</i>			
1 Совсем не требует	2 Относитель- но мало	3 Средне	4 Относительно много	5 Предельно много
F123	<i>Как Вы оцените свою способность работать?</i>			
1 Очень низкая	2 В основном, низкая	3 Средняя	4 В основном, высокая	5 Очень высокая
S21	<i>Насколько Вам трудно поддерживать в себе то эмоциональное состояние, которое Вы считаете желательным в конкретной ситуации?</i>			
1 Предельно легко	2 Относительно легко	3 Средне	4 Относительно трудно	5 Предельно трудно
S34	<i>Как часто Вы страдаете от недостаточного понимания самого себя, своего внутреннего мира?</i>			
1 Никогда	2 Довольно редко	3 Ни часто, ни редко	4 Довольно часто	5 Всегда

S42	<i>Насколько Вы удовлетворены тем, как складываются Ваши отношения и общение с окружающими людьми?</i>			
1 Очень не- удовлетворен	2 В основном, неудовлетворен	3 Ни да, ни нет	4 В основном, удовлетворен	5 Вполне удовлетворен
S74	<i>Как много душевных сил Вам приходится затрачивать, чтобы примириться с несовершенством окружающей жизни?</i>			
1 Совсем не затрачиваю	2 Относительно мало	3 Средне	4 Относительно много	5 Предельно много
S92	<i>В какой мере Вы удовлетворены тем, как Ваш образ жизни влияет на Ваше психическое самочувствие и здоровье?</i>			
1 Очень не- удовлетворен	2 В основном, неудовлетворен	3 Ни да, ни нет	4 В основном, удовлетворен	5 Вполне удовлетворен
S83	<i>Как много усилий Вам приходится прилагать, чтобы отвлечься от своих неприятных переживаний?</i>			
1 Предельно мало	2 Относительно мало	3 Средне	4 Относительно много	5 Предельно много
F124	<i>Насколько Вы удовлетворены своей способностью работать?</i>			
1 Очень не- удовлетворен	2 В основном, неудовлетворен	3 Ни да, ни нет	4 В основном, удовлетворен	5 Вполне удовлетворен
S35	<i>Как часто Вы ощущаете, что Ваша жизнь ухудшается из-за недостаточного осознания и понимания себя?</i>			
1 Никогда	2 Довольно редко	3 Ни часто, ни редко	4 Довольно часто	5 Всегда
S45	<i>Насколько сильно неудовлетворительное общение с людьми ухудшает Вашу жизнь?</i>			
1 Совсем нет	2 Относительно слабо	3 Средне	4 Относительно сильно	5 Предельно сильно

S75	<i>В какой мере несовершенство, уродливость и дисгармоничность окружающей действительности ухудшают качество Вашей жизни?</i>			
1 Совсем нет	2 Относительно слабо	3 Средне	4 Относительно сильно	5 Предельно сильно
S93	<i>В какой степени Ваши действия во вред своему психическому здоровью ухудшают и Вашу жизнь в целом?</i>			
1 Совсем нет	2 Относительно слабо	3 Средне	4 Относительно сильно	5 Предельно сильно
F102	<i>Насколько Вам трудно выполнять повседневные дела?</i>			
1 Предельно легко	2 Относительно легко	3 Средне	4 Относительно трудно	5 Предельно трудно
S22	<i>Насколько сильно Ваши неадекватные эмоциональные реакции ухудшают Вашу жизнь?</i>			
1 Совсем нет	2 Относительно слабо	3 Средне	4 Относительно сильно	5 Предельно сильно
F23	<i>Насколько Вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?</i>			
1 Очень не-удовлетворен	2 В основном, неудовлетворен	3 Ни да, ни нет	4 В основном, удовлетворен	5 Вполне удовлетворен
F101	<i>В какой степени Вы способны справляться с повседневными делами?</i>			
1 Совсем нет	2 В основном нет	3 Когда как	4 В основном да	5 Да, вполне

Примечание: аббревиатура в левом столбце шкалы предназначена для числовой обработки «сырых» баллов и получения показателей качества жизни.

Далее следует блок вопросов несколько иной формы
(7-балльные оценки)

<i>Ваша жизнь (в последние 2 недели)</i>									
N01	юморная	1	2	3	4	5	6	7	Занудная
N04	удачная	1	2	3	4	5	6	7	Неудачная
N05	прекрасная	1	2	3	4	5	6	7	Безобразная
N09	уважительная	1	2	3	4	5	6	7	Издевательская
N06	пустая	1	2	3	4	5	6	7	Полная
N07	красивая	1	2	3	4	5	6	7	Уродливая
N11	деятельная	1	2	3	4	5	6	7	Бездеятельная
N14	унылая	1	2	3	4	5	6	7	веселая
N22	тупая	1	2	3	4	5	6	7	Остроумная
N12	приемлемая	1	2	3	4	5	6	7	Неприемлемая
N15	правильная	1	2	3	4	5	6	7	Неправильная
N21	славная	1	2	3	4	5	6	7	Позорная
N28	бесцельная	1	2	3	4	5	6	7	Целеустремленная
N32	активная	1	2	3	4	5	6	7	Пассивная
N36	скучная	1	2	3	4	5	6	7	Захватывающая
N37	радостная	1	2	3	4	5	6	7	Печальная
N43	бессмысленная	1	2	3	4	5	6	7	Осмысленная
N44	везучая	1	2	3	4	5	6	7	Невезучая

Общие вопросы о жизни в целом
(в последние 2 недели)

G2	<i>Насколько Вы удовлетворены качеством своей жизни?</i>			
1 Очень не- удовлетворен	2 В основном, неудовлетворен	3 Ни да, ни нет	4 В основном, удовлетворен	5 Вполне удовлетворен

G1	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?			
1 Очень плохое	2 В основном, плохое	3 Ни плохое, ни хорошее	4 В основном, хорошее	5 Вполне хорошее
G3	В целом, насколько Вы удовлетворены своей жизнью?			
1 Очень не-удовлетворен	2 В основном, неудовлетворен	3 Ни да, ни нет	4 В основном, удовлетворен	5 Вполне Удовлетворен

N02	плохая	1	2	3	4	5	6	7	Хорошая
N24	неполноценная	1	2	3	4	5	6	7	полноценная
N45	отталкивающая	1	2	3	4	5	6	7	привлекательная

Расчетные формулы шкалы КЖ2Ф

Во второй колонке таблицы указаны пользовательские имена, в написании имен которых для легкости понимания их смысла используется верхний регистр начальных букв слов. В третьей колонке, где указаны формульные машинные имена, регистр букв не имеет значения и принят строчным.

N/N	Краткие	Формулы и длинные имена	Категория
1	GKJ	$= gsox/2 + graz/2$; глобальное КЖ	Глобальные
2	GSox	$= (G1/3 + G2/3 + G3/3 - 1) \times 2,5$; глоб. кач. Процесса самосохранения	
3	GRaz	$= (N02/3 + N24/3 + N45/3 - 1) \times 1,67$; глоб. кач. процесса саморазвития	
1	PKJ	$= (ssox + sraz)/2$; тотальное КЖ в целом	Тотальный
2	SSox	$= sObe/3 + sAfi/3 + sInt/3$; кач. процесса самосохранения	Мотивационные
3	SRaz	$= sOpr/3 + sYtv/3 + sRea/3$; кач. процесса саморазвития	

N/N	Краткие	Формулы и длинные имена	Категория
1	Ind	= $sobe/2 + sopr/2$; кач. индивидуального сектора	Секторальные
2	Mik	= $safi/2 + sytv/2$; кач. микросоциального сектора	
3	Mak	= $sint/2 + srea/2$; кач. макросоциального сектора	
1	SObe	= $(sobs + rabs + neyt)/3$; кач. сферы СамоОбеспечения	Сферальные (ядерные)
2	SAfi	= $(obwe + sobl + skon)/3$; кач. сферы СамоАфiliationи	
3	SInt	= $(garm + obrj + spon)/3$; кач. сферы СамоИнтеграции	
4	SOpr	= $(zaxp + osmc + ostu)/3$; кач. сферы СамоОпределения	
5	SYtv	= $(yvas + prap + krap)/3$; кач. сферы СамоУтверждения	
6	SRea	= $(ydav + deqa + radv)/3$; кач. сферы СамоРеализации	

Для облегчения понимания расчетных формул в следующей вспомогательной таблице приводится группировка вопросов по фасетам и сферам.

Сфера	Фасета	Вопрос	Формулировка вопроса (ключевые слова подчеркнуты)
<i>Глобальное качество жизни (GKJ)</i>			
	GSox	G2	Насколько Вы удовлетворены качеством своей жизни?
		G1	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?
		G3	В целом, насколько Вы удовлетворены своей жизнью?
	Graz	N02	Плохая — хорошая

Сфера	Фасета	Вопрос	Формулировка вопроса (ключевые слова подчеркнуты)
	Graz	N24	Неполноценная — полноценная
		N45	Отталкивающая — привлекательная
Медицинское (психотикозависимое) качество жизни (PKG)			
GSox	Sobs (самообслуживание)	F101	В какой степени Вы способны справляться с повседневными делами?
		F102	Насколько Вам трудно выполнять повседневные дела?
	Rabs (работоспособность)	F123	Как Вы оцените свою способность работать?
		F124	Насколько Вы удовлетворены своей способностью работать?
	Neut (неутомляемость)	F23	Насколько Вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?
		F24	Насколько сильно Вас беспокоит усталость?
SAfi	Obwe (общение)	S45	Насколько сильно неудовлетворительное общение с людьми ухудшает Вашу жизнь?
		S42	Насколько Вы удовлетворены тем, как складываются Ваши отношения и общение с окружающими людьми?
	SKon (самоконтроль)	S81	Как много напряжения требует от Вас самоконтроль?
		S83	Как много усилий Вам приходится прилагать, чтобы отвлечься от своих неприятных переживаний?
	SObl (самообладание)	S21	Насколько Вам трудно поддерживать в себе то эмоциональное состояние, которое Вы считаете желательным в конкретной ситуации?
		S22	Насколько сильно Ваши неадекватные эмоциональные реакции ухудшают Вашу жизнь?

Сфера	Фасета	Вопрос	Формулировка вопроса (ключевые слова подчеркнуты)
SInt	ObrJ (образ жизни)	S92	В какой мере Вы удовлетворены тем, как Ваш образ жизни влияет на Ваше психическое самочувствие и здоровье?
		S93	В какой степени Ваши действия во вред своему психическому здоровью ухудшают и Вашу жизнь в целом?
	SPon (само-понимание)	S35	Как часто Вы ощущаете, что Ваша жизнь ухудшается из-за недостаточного осознания и понимания себя?
		S34	Как часто Вы страдаете от недостаточного понимания самого себя, своего внутреннего мира?
	GarM (гармония мира)	S75	В какой мере несовершенство, уродливость и дисгармоничность окружающей действительности ухудшают качество Вашей жизни?
		S74	Как много душевных сил Вам приходится затрачивать, чтобы примириться с несовершенством окружающей жизни?
SOpr	OsmC (осмысленность)	n43	Бессмысленная — осмысленная
		n28	Бесцельная — целеустремленная
	OstU (остроумие)	n01	Юморная — занудная
		n22	Тупая — остроумная
	ZaxP (захваченность)	n36	Скучная — захватывающая
		n06	Пустая — полная
SYtv	YvaS (уважение)	n09	Уважительная — издевательская
		n21	Славная — позорная
	PraP (правильность)	n15	Правильная — неправильная
		n12	Приемлемая — неприемлемая
	KraP (красота)	n05	Прекрасная — безобразная
		n07	Красивая — уродливая

Сфера	Фасета	Вопрос	Формулировка вопроса (ключевые слова подчеркнуты)
SRea	YdaV (удачли- вость)	n04	Удачная — неудачная
		n44	Везучая — невезучая
	DeqA (деятель- ность)	n11	Деятельная — бездеятельная
		n32	Активная — пассивная
	RadV (радость)	n14	Унылая — веселая
		n37	Радостная — печальная

Шкала GAF

(Global Assessment of Functioning Scale)

Коды 100–91 — симптомы отсутствуют; превосходное функционирование в широком диапазоне сфер; жизненные проблемы не выходят из-под контроля; другие люди ищут общения с индивидом из-за его душевной теплоты и цельности натуры.
Коды 90–81 — отсутствие каких-либо симптомов или минимальная их выраженность (например, легкая тревога перед экзаменом); успехи во всех областях; заинтересованность и вовлеченность в широкий круг деятельности, социально полноценная жизнь, отсутствие каких-либо огорчений, кроме обычных житейских (например, редкие ссоры с членами семьи).
Коды 80–71 — имеющиеся симптомы кратковременны и являются реакцией на какой-либо психосоциальный стресс (например, после семейной ссоры трудно сосредоточить на чем-то свое внимание); незначительное ухудшение в профессиональной и социальной деятельности.
Коды 70–61 — симптомы относятся к легким нарушениям (например, депрессивное настроение или легкая бессонница), которые вызывают некоторые трудности в социальной, профессиональной деятельности или школе (например, случайные прогулы или кража в доме), но в целом деятельность успешна, межличностные отношения сохранены.
Коды 60–51 — имеются умеренные психические нарушения (например, уплощение аффекта, обстоятельная речь или случайные приступы паники) или умеренные трудности в социальной, профессиональной деятельности или школьном обучении (например, мало друзей, конфликты с сотрудниками).
Коды 50–41 — имеются выраженные психические симптомы (например, суицидальные мысли, выраженные ритуалы, связанные с навязчивостью); частые кражи в магазине или любые серьезные нарушения в социальной и профессиональной деятельности или в школьной жизни (например, отсутствие друзей, неспособность удерживаться на работе).
Коды 40–31 — наблюдаются нарушения оценки действительности и межличностных отношений (например, речь временами бывает нелогичной, непонятной или не по существу) или же нарушения в нескольких областях (таких, как работа, школа, семейные отношения), связанные с расстройствами суждения, мышления или настроения (например, депрессивный больной избегает друзей, не заботится о семье и не может работать; ребенок часто бьет младших детей, не слушается родителей, не успевает в школе).

Коды 30—21 — поведение в значительной степени определяется бредовыми идеями и галлюцинациями; или наблюдается значительное затруднение в общении или критике (например, временами пациент бессвязен, совершает грубо неадекватные поступки, имеется суицидальная настроенность); или наблюдается неспособность функционировать в большинстве сфер (например, индивид целыми днями лежит в постели, является безработным, бездомным).

Коды 20—11 — состояние, представляющее опасность для самого себя или окружающих (например, суицидальные попытки без отчетливого желания умереть), маниакальное возбуждение или драчливость, случаи грубого несоблюдения личной гигиены (например, мажется своими испражнениями) или выраженные нарушения общения (например, совершенно непонятная речь или полное молчание больного).

Коды 10—1 — состояние, представляющее серьезную опасность для себя или окружающих (например, серьезные суицидальные действия с отчетливым желанием умереть или постоянные драки, избиение близких); абсолютная неспособность соблюдать элементарные правила личной гигиены.

Шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах

- 0 — недостаточности функционирования в данной сфере нет
 1 — легкая недостаточность функционирования в данной сфере
 2 — умеренно выраженная недостаточность функционирования в данной сфере
 3 — значительно выраженная недостаточность функционирования в данной сфере
 4 — полная (глобальная) несостоятельность функционирования в данной сфере

№	Социальная сфера	Оценка	Описание
1	Профессиональная	0	Работает или учится, полностью выполняя профессиональные или учебные обязанности. Возможны вечерние или заочные формы обучения при устойчивой трудовой деятельности.
		1	Работает или учится, но обнаруживает снижение работоспособности: а) преходящее снижение трудоспособности, приводящее к необходимости временного ограничения трудовой активности вплоть до временной нетрудоспособности; или б) снижение продуктивности при напряженных условиях труда (высокий темп, ограниченное время, удлинение рабочего дня, конфликтные ситуации и т. п.). Возможна частая смена мест работы при достаточно высокой эффективности деятельности.
		2	Работает или учится, но: а) обнаруживает стойко сниженную продуктивность, не соответствующую формальной квалификации; или б) требует облегченного щадящего режима (по индивидуальному графику, надомником и т. п.). Возможны: а) вечерние и заочные формы обучения без адекватной трудовой нагрузки, б) частая смена мест работы при низкой эффективности деятельности.

№	Социальная сфера	Оценка	Описание
		3	Работает или учится в адаптированных учреждениях (ЛТМ, спец. ПТУ и т. п.).
		4	Не работает и не учится.
2	Межличностные отношения (внесемейные)	0	Отношения характеризуются достаточной содержательностью и продуктивностью контактов. Имеются глубокие дружеские связи, контакт со сверстниками нормальный.
		1	Контакты преимущественно формальные. Количественное или качественное ограничение связей: а) есть 1–2 друга, с которыми поддерживается неформальный контакт; или б) нет друзей и доверительных отношений, а только компания, круг знакомств, количественно достаточно (а порой и избыточно) широкий, в котором контакты, хоть и не хаотичны, но формальны и поверхностны.
		2	Контакты в основном формальные и поверхностные, с элементами хаотичности. Круг знакомств узок.
		3	Круг знакомств характеризуется преимущественно асоциальными контактами.
		4	Избегание всех видов контактов. Отсутствие контактов, уклонение от всех видов общения, самоизоляция.
3	Супружеские отношения (исключая сексуальные)	0	Устойчивые супружеские отношения, продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижение семейных целей).
		1	Устойчивые супружеские отношения, но при ограниченном, «краевом» участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение семейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций).

№	Социальная сфера	Оценка	Описание
		2	Неустойчивые супружеские отношения (наличие серьезных размолвок) при крайнем участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение семейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций).
		3	Находится в супружеских отношениях (вплоть до близких к разрыву), но при деструктивном участии в жизни семьи (противодействие семейным целям; поведение, приводящее семью на грань распада).
		4	Отсутствие семьи в зрелом возрасте. Включена ситуация развода и отсутствия новой семьи (в том числе фактической).
4	Воспитание детей (при их наличии)	0	Выполняет основную работу по воспитанию детей или существенно помогает супругу, активно участвуя в воспитании.
		1	Проявляет определенную заботу о детях, оказывает материальную помощь в их воспитании.
		2	Ограничивается формальной заботой о детях (включая материальную помощь).
		3	Ограничивается материальной помощью при фактическом отсутствии общения с детьми.
		4	В судьбе детей не участвует и не оказывает материальной помощи.
5	Родительская семья (при ее наличии)	0	Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при неформальном отношении к выполнению своих сыновних/дочерних обязанностей (забота, внимание, эмоциональный контакт, материальная поддержка, помощь в быту и т. п.).

№	Социальная сфера	Оценка	Описание
		1	Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при формальном отношении к выполнению обязанностей.
		2	Ограниченное, «краевое» участие в жизни семьи при формальном выполнении обязанностей.
		3	Деструктивное участие в жизни семьи.
		4	Полное неучастие, самоустранение от жизни семьи.
6	Организация быта повседневной жизни	0	Самостоятельное эффективное ведение хозяйства, эффективное распоряжение финансами. В семье — лидерство или активное партнерство в организации дома, при жизни в одиночестве — экономическая независимость и успешное самообеспечение.
		1	Постоянные сложные бытовые функции в семье при отсутствии инициативы. Живя в одиночестве, хозяйствует с трудом, что приводит к общему снижению бытового комфорта.
		2	В семье выполняет лишь конкретные бытовые поручения (сходить в магазин, помочь в уборке и т. п.). Не соразмеряет семейные расходы с удовлетворением собственных потребностей, нерационально расходует деньги. Живя в одиночестве, выполняет хозяйственные задачи лишь отчасти и зачастую плохо, не умеет правильно планировать и укладывать в бюджет.
		3	В семье формально выполняет мелкие поручения при фактическом существовании в быту за счет других членов семьи (не участвуя и даже не стараясь участвовать в ее материальном обеспечении). Живя в одиночестве, в организации быта

№	Социальная сфера	Оценка	Описание
			небрежен, хаотичен, непоследователен, постоянно «неустроен», экономически несостоятелен.
		4	Способен только к элементарному самообслуживанию или полностью обслуживается другими членами семьи. Жить один не может.
7	Сексуальные отношения у лиц старше 18 лет (в том числе и в семье)	0	Постоянные сексуальные контакты при отсутствии проблем во взаимопонимании.
		1	Непостоянные и/или случайные сексуальные контакты при отсутствии проблем в отношениях с партнерами.
		2	Наличие одной постоянной связи при затруднении контактов с другими возможными партнерами. Отсутствие сексуальных контактов по объективным причинам (возраст, физические дефекты, условия жизни) при наличии полового влечения и отсутствии затруднения в общении с лицами другого пола.
		3	Непостоянные и/или случайные связи при затруднении общения с возможными партнерами.
		4	Отсутствие связей, «сексуальный тупик».

Александр Петрович **Коцюбинский**
МНОГОМЕРНАЯ (ХОЛИСТИЧЕСКАЯ) ДИАГНОСТИКА
В ПСИХИАТРИИ

Редактор *Шарков К. С.*
Корректор *Борисенкова А. А.*
Компьютерная верстка *Саватеевой Е. В.*

Подписано в печать 13.04.2017. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ. л. 18,0. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит”».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.
Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н.