



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ

Санкт-Петербург
СпецЛит

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ

Санкт-Петербург

СпецЛит

2013

УДК 616.89

Ф94

Авторы:

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева;

Шейнина Нина Семеновна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева;

Бурковский Георгий Васильевич — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева;

Аристова Татьяна Алексеевна — кандидат психологических наук, доцент, медицинский психолог психо-неврологического диспансера № 10 Санкт-Петербурга;

Бутома Борис Георгиевич — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института 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

Функциональный диагноз в психиатрии / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Г. В. Бурковский [и др.] — СПб. : СпецЛит, 2013. — 231 с.

ISBN 978-5-299-00504-2

Монография посвящена современной разработке функционального диагноза, позволяющего всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и функционировании пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения. Анализ характеристик клинико-биологического, психологического и социального блоков функционального диагноза и его интегративных показателей позволяет конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных. Это особенно актуально при бригадных формах курации психически больных, поскольку позволяет специалистам разного профиля 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

ISBN 978-5-299-00504-2

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	5
Предисловие	7
Введение	8
Глава 1. Методологическое обоснование функциональной диагностики при эндогенных психических заболеваниях	12
Глава 2. Клинико-биологический блок функционального диагноза	27
2.1. Показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала	27
2.2. Психопатологические расстройства	37
2.3. Тип течения заболевания	54
2.4. Скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность заболевания)	54
2.5. Острота состояния	55
2.6. Результирующий показатель биологического функционирования – клинический диагноз	55
Глава 3. Психологический блок функционального диагноза	57
3.1. Адаптационный потенциал личности	57
3.2. Основные характеристики психологической адаптации психически больных	76
3.2.1. Особенности различных сфер психологического функционирования	77
3.2.2. Личностные особенности пациента	81
3.2.3. Механизмы психологической адаптации	83
3.2.4. Психологические внутриличностные конфликты	85
3.2.5. Результирующий показатель психологического функционирования – психологический диагноз	88
Глава 4. Социальный блок функционального диагноза	89
4.1. Социальный статус больного	91
4.2. Характеристики социальной поддержки	91
4.2.1. Семья	92
4.2.2. Внесемейное окружение	94
4.3. Результирующий показатель социального функционирования – социальный диагноз	95
4.3.1. Социальные проблемы	95
4.3.2. Межличностные конфликты	96
Глава 5. Интегративные характеристики функционального диагноза	97
5.1. Характеристика биологической адаптации – динамика психического состояния	98
5.2. Характеристика психологической адаптации	115

5.2.1. Особенности приспособительного поведения	115
5.2.2. Особенности качества жизни	125
5.3. Характеристика социальной адаптации – уровень функционирования в различных социальных сферах	164
Заключение	178
Литература	185
Приложения	211
Приложение 1. Кодировочная карта	211
Приложение 2. Анкета шкалы ПКЖ2Ф	223
Приложение 3. Расчетные формулы шкалы ПКЖ2Ф	227

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВОЗКЖ-100 — шкала качества жизни (Всемирная организация здравоохранения), 100 вопросов
- ГКЖ — глобальное качество жизни
ИТТ — интегративный тест тревожности
КЖ — качество жизни
- КЖСД-46 — качество жизни (семантический дифференциал), 46 вопросов
КЖСМ-44 — качество жизни (специфический модуль), 44 вопроса
- ЛКОЛП — Ланкаширская шкала качества жизни
- МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКБ-9 — Международная классификация болезней 9-го пересмотра
- ПКЖ — психотикозависимое качество жизни
- ПКЖ2Ф — психотикозависимое качество жизни, двухформатная шкала
- ШСО — см. FES
- АСТ — (Assertive community treatment) бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе
- BPRS — (Brief Psychiatric Rating Scale) краткая психиатрическая рейтинговая шкала
- CGI — (Clinical Global Impression) шкала общего клинического впечатления
- СМНТ — (Multidisciplinary community mental health teams) мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе
- DFS — (Defensive Functioning Scale) шкала защитных механизмов
- 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
- FES — (Family Environment Scale) шкала семейного окружения
- GAF — (Global Assessment of Functioning Scale) глобальная оценка уровня функционирования
- GARF — (Global Assessment of Relational Functioning) глобальная оценка уровня отношений
- GKJ — см. ГКЖ
- HARS — (Hamilton Anxiety Rating Scale) шкала Гамильтона для оценки тревоги
- LQOLP — (The Lancashire Quality of Life Profile) см. ЛКОЛП
- MADRS — (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) рейтинговая шкала депрессии Монтгомери – Асбера
- MMPI — (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) – Миннесотский многомерный личностный опросник
- MSIF — (Multidimensional Scale of Independent Functioning) – многомерная шкала независимого функционирования
- PANSS — (Positive and Negative Syndrome Scale) шкала позитивных и негативных синдромов

- PKJ — см. ПКЖ
- PSP — (Personal and Social Performance Scale) шкала личностного и социального функционирования
- 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
- SF-36 — (Medical Outcomes Study Short Form) — опросник (Health Status Survey), шкала для оценки качества жизни, 36 вопросов
- SOFAS — (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости
- WHOQOL-100 — (World Health Organization Quality of Life Measuring Instrument) см. ВОЗКЖ-100

ПРЕДИСЛОВИЕ

Функциональный диагноз состояния больного описывается в рамках триединого подхода и предусматривает «стереоскопическую» оценку, каждая из которых формулируется в присущих ей диагностических категориях: клинико-биологических, психологических и социальных. Характеристики клинико-биологического блока направлены на выявление особенностей заболевания у конкретного пациента и определяют стратегию в отношении клинического прогноза и направления психофармакологического воздействия. Параметры психологического блока ориентированы на уточнение психологических характеристик пациента, особенностей функционирования психодинамических личностных механизмов, его внутренних и внешних конфликтов, что определяет направленность психокоррекционных воздействий. В социальном блоке функционального диагноза фиксируются особенности социального статуса больного и имеющихся у него психосоциальных проблем, а также ресурсы его социальной поддержки: семьи и внесемейного окружения. Эти данные определяют объем и особенности необходимых социотерапевтических мероприятий.

Данные трех блоков функционального диагноза отражаются в интегративных показателях, позволяющих дать целостную, всестороннюю оценку функционального состояния пациента:

- 1) характеристика биологической адаптации — динамика психического состояния;
- 2) характеристика психологической адаптации — особенности приспособительного поведения и качество жизни;
- 3) характеристика социальной адаптации — уровень функционирования в различных социальных сферах.

Интегративные характеристики являются главными обобщающими показателями функционального диагноза и могут служить надежными индикаторами эффективности терапевтических вмешательств, позволяют конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных.

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. В современной медицине утвердилась точка зрения, согласно которой 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 – «систематизация психических расстройств» и «классификация 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 больного. 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 веду-

щими 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.

Однако 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.

Так, 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., Руставович А. В., 1998; Руставович 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».

Родоначальник динамической психиатрии Г. Аммон настоятельно фокусировал внимание исследователей на понимание жизни челове-

ка как процесса, «состоящего не только из здоровья и болезни, но из повседневной жизни, работы, любви, то есть психического, биологического и социального функционирования» (Аммон М., 2000).

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».

Обобщая накопившиеся противоречия, ряд ведущих отечественных психиатров считают, что в последние годы «психиатрический диагноз стал рассматриваться как абстракция, поскольку отдельные заболевания существуют лишь в воображении врача» (Нуллер Ю. Л., 1992).

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 нозоцентристическая, клинико-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.

Тем не менее это 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. Барева (1999) и Л. Л. Киселева (2000) по расшифровке генома человека дают основания полагать, что будущее медицины связано именно с этим направлением исследований и 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 сделает более обоснованным представление о прогнозе развивающегося заболевания.

Однако современное состояние генетических исследований не позволяет с достоверностью судить об этиологии психических забол-

леваний. Кроме того, что представляется не менее важным, определение этиологии заболевания далеко не всегда является решающим в вопросах реабилитации пациентов.

Таким образом, 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 классификации психических болезней в определенной степени условны, поскольку у психиатров разных стран отсутствует единство мнений в идентификации отдельных психопатологических признаков и в понимании причин и механизмов развития многих психических расстройств (Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю., 2005).

По мнению этих авторов, по мере стихания болезни все более необходимым становится учет компенсаторных образований, влияющих на адаптацию личности, дальнейшее течение и прогноз заболевания. Но синдромально-нозологический диагноз 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 и социального порядка, определяющих адаптацию пациента.

Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей (Беляева Г. Г., Тарасова Л. А., 2000). Это становится особенно актуальным при аprobированных 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.

В связи с этим внимание исследователей все в большей степени привлекает многоосевой (многомерный, мультиаксиальный) подход к психиатрической классификации.

Глава 1

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Первые попытки расширения нозологически центрированной 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» (Точилов В. А., 2009). Действительно, без многоосевого подхода смысл классификации теряется, так как отсутствует нацеленность на оказание помощи.

Как отмечает В. А. Точилов (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 единобразного 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 стандартизованные 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 неспециалисты. Таким образом, исследование психического статуса и процесс сбора анамнеза, которые в психиатрии всегда являлись основными методами оценки, заменили на стандартные опросники. Опыт показал, что такой подход препятствует глубокому изучению пациента. По мнению N. C. Andreasen (2007), это способствовало дегуманизации психиатрической практики.

2. *Повышение надежности диагностики.* В процессе пересмотра симптоматики психических заболеваний упразднили общую психиатрологию: 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-III-R, 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. Точилов (2010), это «переход к уровню анонзологичному, сугубо описательному, причем основанному не на принципах клинической медицины, но — медицины доказательной».

«При наличии претензий на исчерпывающее описание патологических явлений, — подчеркивает В. А. Точилов (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 под-

менять 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) снижает ее научную ценность, хотя в ряде случаев она может успешно служить для pragматического 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-IV, ближе подошедшей к биopsихосоциальному 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.

Однако и в этом подходе можно выделить ряд недостатков. Так, Б. С. Фролов и А. В. Рустанович (1998) обращают внимание на отсутствие в этой диагностической системе общепринятого методического аппарата функциональной оценки психического состояния, а рекомендуемая в рамках DSM шкала обобщенной оценки (Global Assessment of Functioning Scale — GAF), предполагающая суммарную оценку уровня функционирования, выраженную в единственном цифровом показателе, является чрезмерно упрощенной и недостаточно дифференциированной.

В DSM-IV существует **пять осей**, включенных в мультиаксиальную классификацию.

Ось I. Клинические нарушения (за исключением личностных расстройств и психических задержек, которые описываются по оси II). Сюда включаются разнообразные в этиопатогенетическом смысле состояния.

Ось II. Личностные расстройства и задержки умственного развития. Используется для диагностики личностных расстройств и психических задержек. Эта ось также может быть использована для описания выраженных нарушений адаптации и защитных механизмов. Учет по отдельной оси личностных расстройств и психической ретардации, часто не диагностируемых и не замечаемых врачами (в силу их «перекрывания» более яркой и/или грубой симптоматикой, относящейся к оси I), является важным и необходимым для целостного понимания состояния больного.

Ось III. Соматические расстройства. Ось предназначена для описания соматического состояния в настоящий момент и содержит коды, заимствованные из МКБ-9 (Международной классификации болезней, травм и причин смерти). Изменение психического состояния может быть физиологически обусловлено соматическим расстройством (например, расстройство настроения в клинической картине гипотиреоидизма), а может представлять собой реакцию пациента на тяжелое соматическое заболевание. Включаются также особенности соматического состояния, которые могут иметь значение при проведении психофармакологической терапии (например, при лечении депрессивного расстройства у больного с аритмией). Экспрессивность содержания этой оси не вызывает сомнений, что делает ее сложной для трактовки и единообразного понимания.

Ось IV. Психосоциальные и межличностные проблемы. Психосоциальные и межличностные проблемы, которые могут повлиять на диагностику, прогноз и лечение психических заболеваний – это негативные жизненные события, семейные проблемы или какой-либо другой интерперсональный стресс, неадекватная социальная поддержка и т. д.

Следует, однако, отметить, что наличие в DSM-IV четвертой оси («психосоциальные и межличностные проблемы») не покрывает собой всего содержания, определяющего функциональное состояние пациента (Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 1998).

Ось V. Обобщенная оценка функционирования. Позволяет клиницисту судить об индивидуальном общем уровне функционирования пациента. С этой целью используется глобальная оценка по шкале функционирования (Global Assessment of Functioning Scale – GAF), представляющая собой оценку психологической, социальной и профессиональной деятельности по гипотетическому континууму «психическое здоровье – болезнь» (Endicott J. [et al.], 1976). В нее не включаются нарушения, вызванные физическими ограничениями или ограничениями, связанными с обстоятельствами жизни.

В большинстве случаев оценка по шкале GAF касается момента измерения, но может относиться и к наименьшему уровню функционирования пациента за последнюю неделю. В ряде случаев полезно измерять уровень функционирования на момент поступления и выписки. GAF может быть отнесена и к другому временному периоду (например, наиболее высокий уровень функционирования за последние несколько месяцев в течение года). Однако недостатком этой оси является излишне обобщенная оценка целостного (психологического и социального) функционирования пациента.

Таким образом, одним из достоинств многоосевого способа оценки состояния пациента является его более дифференцированное изучение (относительно одномерного рассмотрения). В то же время такое, су-

губо 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. Как подчеркивает В. А. Точилов (2009), «... объем собираемой в соответствии с требованиями DSM-IV и МКБ-10 информации, касающейся жизненного пути, — только верхушка айсberга, представляющего необходимые сведения». Кроме того, следует отметить, что классификация DSM-IV также не опирается на теоретическое обоснование.

Спору нет, создателями новых классификационных систем проведена колossalная 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 Н. 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 служить целям статистики. Основной ее задачей является систематизация различных видов психических расстройств в соответствии с господствующими 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.

Мак-Клайн и коллеги отмечают, что благодаря публикации в 1977 г. работы Энгела «Потребность в новой медицинской модели: вызов медицине» в психиатрии была признана необходимость интегративного подхода, сейчас известного как **биопсихосоциальная модель развития заболевания** (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, — считает Н. Г. Незнанов (2009), — биопсихосоциальная модель формирует комплексный подход к изучению и лечению психических расстройств, смещающая акцент с поиска главного фактора на установление характера их взаимодействий».

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 парадигмы психических расстройств и способствовало появлению интереса исследователей к изучению психологических особенностей пациентов и характеру их социального приспособления.

По мнению К. В. Ягнюк (2009), в данный момент биопсихосоциальная модель считается широко принятым способом синтеза информации в психиатрии. Обзор литературы и исследование МакКлайн 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.

В то же время все большее распространение получает **«адаптационная концепция в психиатрии**, с которой связано диатез-стрессовое (уязвимость-диатез-стрессовое) понимание механизмов многих психических расстройств. В рамках этой концепции ключевую роль играет представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, определяющих течение заболевания.

Рассмотрим содержание понятий «адаптация» и «компенсация».

Адаптация — это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как слож-

ной системы) во взаимодействии со средой (Воложин А. И., Субботин Ю. К., 1987).

Психическая адаптация — это процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды, позволяющий устанавливать оптимальные с ней соотношения и вместе с тем удовлетворять свои актуальные потребности (Александровский Ю. А., 1976; Березин Ф. Б., 1988).

Компенсация — реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещающая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов (Ануфриев А. К., 1974). 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). 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».

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 A. 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.

При этом 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.

Адаптационно-компенсаторная парадигма, с одной стороны, сделала более осмысленным и продуктивным изучение механизмов взаимодействия внешних и внутренних стрессорных факторов, вызывающих изменения в трансмиттерных системах мозга, что, безусловно, способствовало развитию нового направления в изучении патофизиологических основ патогенеза заболевания. С другой стороны, в этой концепции явно недостаточно разработанными (хотя и не отвергаемыми) являются представления об участии в эндогенном процессе личностных механизмов адаптации. Результаты взаимодействия патофизиологических и психологических адаптационно-компенсаторных механизмов отражаются на формировании социальной компетенции пациента, определяющей особенности его социального функционирования.

Адаптационная концепция вместе со значительными достижениями в области нейрофизиологии, психофармакологии, психологии, психотерапии и математической статистики породила не только надежду на возможность достижения качественно нового уровня интеграции знаний о природе психических заболеваний и, следовательно, создание методов эффективной помощи пациентам, но и сделала необходимым использование **системного подхода**.

С точки зрения автора общей теории 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. 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.

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.

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).

Таким образом, 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).

Теория функциональных систем (Bertalanffy L. von, 1962; Анохин П. К., 1975, 1980; Судаков К. В., 1984) явилась теоретической базой для построения современных представлений о функциональном диагнозе.

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 30-е годы прошлого столетия 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 правильно-го 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 этому 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.

Адаптационная концепция в психиатрии в значительной степени способствовала возвращению интереса исследователей к понятию «функциональный диагноз». В этой новой системе взглядов для целостного понимания больного и представлений о том, как создать эффективную систему его реабилитации, стал необходимым учет не только особенностей психопатологических проявлений заболевания, но и психологических и социальных характеристик пациента, а также данных о его окружении (Вайзе К., Воловик В. М., 1980; Кабанов М. М., 1978; Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 1998; Коцбинский А. П., Зайцев В. В., 2004).

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 клинико-биологический, психологический и психосоциальный уровень адаптации (Коцбинский А. П. [и др.], 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 обшир-

ный 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 (Руставович А. В., Фролов Б. С., 2001; Шамрей В. К., Руставович А. В., Мишурковский 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, осуществляющей с помо-

ицью 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, регressiveвный, 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 изучения 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 вненозологических характеристик.

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

Итак, современное представление о функциональном диагнозе обусловлено тремя основными теоретическими положениями: **биопсихосоциальной моделью психических заболеваний, адаптационной концепцией** в психиатрии и **теорией функциональных систем**.

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).

Биологический аспект отражает активность болезни, фазу ее развития, характер и выраженность базисной дезинтеграции, наличие признаков дизонтогенеза, т. е. соматобиологической предпосылки формирования компенсаторно-приспособительных процессов. Психологический аспект функционального диагноза выявляет нарушения познавательных и эмоционально-волевых процессов и характеризует личность больного: индивидуальные особенности, ценностные ориентации, структуру потребностей, способы разрешения трудных и конфликтных ситуаций и предпочтительные формы психологической компенсации. Социальный аспект функционального диагноза раскрывает особенности социального статуса больного и внешние условия адаптации, обусловленные воздействием со стороны значимого окружения (семьи, профессиональной среды, микросоциальных групп и общественных институтов).

В результате было сформулировано представление о функциональном диагнозе как о системе целостной клинической оценки психического состояния больного, описываемой в рамках единого подхода (клинико-биологический блок, психологический блок, психосоциальный 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). Целостная картина функциональной недостаточности в общем виде отображается в интегративных характеристиках биопсихосоциального функционирования пациентов.

Предлагаемая авторами система функциональной диагностики позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом

и социальном уровне, т. е. является системой многосторонней оценки состояния больного, основанной на единых теоретических позициях. При этом функциональный диагноз позволяет точнее оценить потенциально имеющиеся адаптационно-компенсаторные возможности пациентов и конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения. Общая схема функционального диагноза представлена на рис. 1.



Рис. 1. Схема функционального диагноза

Глава 2

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

В клинико-биологическом блоке, отражающем особенности проявления заболевания, фиксируются шесть характеристик:

- 1) показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала;
- 2) психопатологические расстройства;
- 3) тип течения заболевания;
- 4) скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность) заболевания;
- 5) острота состояния;
- 6) результирующий показатель биологического функционирования — клинический диагноз.

Одни из этих параметров представляются достаточно ясными, определенными и общепринятыми, другие же нуждаются в более подробном изложении.

2.1. Показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала

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». С этой точки зрения понятно включение в биологические параметры функционального диагноза показателей нарушенного развития (психического дизонтогенеза) в форме асинхроний развития (включая личностный инфантилизм в его «мягком» клиническом проявлении), аномалий развития (включая диссоциированное развитие) и дефектов развития (варианты задержек и поврежденного развития в виде грубых необратимых нарушений) (Макушкин Е. В., 2007а). По наблюдению М. В. Вандыша (2008), выраженность психического дизонтогенеза в раннем детстве, схожего с начальными симптомами шизотипического расстройства, достигает 74,7 %. Оправдано также и стремление большинства исследователей при изложении клинических параметров психических расстройств указывать на преморбидные (в том числе личностные) 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 **психопатологического диатеза**.

Под психопатологическим диатезом мы понимаем различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы.

Истоки представления о диатезе лежат во введенном А. В. Снежневским (1972) определении *pathos* (гр. *pathos* – страдание болезнь) и развивающейся С. Б. Семичовым (1987) концепции предболезни.

Понятие диатеза связано с представлениями о сенситивности индивидуума, т. е. его психобиологической готовности реагировать развитием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода сенситивность существует в форме клинически скрытой уязвимости (Zubin J., Spring B., 1977) и может проявляться вовне в форме психопатологического диатеза (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1996; Циркин С. Ю., 1995, 1998). С этой точки зрения психопатологический диатез – это аномалия психической конституции, обусловленная генетической уязвимостью пациента. Последняя представляет собой скрытый (латентный) фактор риска развития психического заболевания, который при определенных обстоятельствах может проявиться в форме психопатологического диатеза, приобретая качество признака риска психического расстройства.

Долгое время «уязвимость» была, скорее, постулируемым, чем обнаруживаемым феноменом. В качестве косвенного признака уязвимости рассматривались 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 парамет-

ров в так называемых «пограничных популяциях» непсихотических пациентов с предполагаемым шизофреническим диатезом (Kasper S., Resinger E., 2003) и шизотипическим расстройством личности (Смулевич А. Б., 2007). 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.

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.

Н. С. Шейниной (1985) было показано, что эпизодические неврно-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 нарушений, если повышенный риск заболевания так и не будет реализован на протяжении всей жизни индивидуума.

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.

Таким образом, в 1980-х годах впервые была обоснована (доказана с применением адекватных математических моделей) концепция клинической и патогенетической сущности эпизодических психопатологических дисфункций как проявлений диатеза, представляющую собою предболезнь.

Позднее диатез стал изучаться не только относительно шизофрении, но и других эндогенных расстройств. В частности, этому посвя-

щены концептуальные разработки С. Ю. Циркина (1995; 1998), назвавшего диатез психопатологическим.

А. П. Коцюбинским (1999) было сформулировано представление о **константной форме психопатологического диатеза**. 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.

Представление о константной форме психопатологического диатеза тесно смыкается с вопросом о ее соотношении с личностными расстройствами. Как показало исследование, проведенное А. А. Чумаченко (2003), преморбидная личность будущих психически больных, как правило, отличается сочетанием различных характерологических радикалов, и квалифицировать тип личности можно только по преобладанию одного/двух из них. При этом чем явственнее проявляются расстройства личности, тем в большей степени они «сцеплены» с симптомами психопатологического диатеза. Эти связи представляются вполне логичными в силу явного сходства содержания характерологических особенностей и конкретных проявлений константной формы диатеза, что свидетельствует об условности разделения личностных расстройств и некоторых проявлений константной формы психопатологического диатеза.

Учитывая то обстоятельство, что все варианты константного диатеза были выделены независимо от изучения характерологических особенностей исследуемых, 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. В этом смысле понятно отнесение В. Б. Волобаевым (2008) к биологическому блоку функционального диагноза личностных особенностей пациентов, предрасполагающих к развитию заболевания.

Сравнительное исследование психопатологического диатеза в группах больных шизофренией и аффективными расстройствами позволило сделать вывод, что уже на стадии предболезни прослеживаются тенденции к цикloidности и/или диссоциации, которые можно рассматривать как доминантные проявления циркуляр-

ности и схизиса. В этом просматривается структурно-динамическая связь психопатологического диатеза с последующим заболеванием, и именно циклоидность и диссоциацию можно считать проявлениями действия патогенетических факторов в преморбидном периоде (Чумаченко А.А., 2003).

Наконец, Ю. В. Мельниковой (2008) было показано значение психопатологического диатеза для последующего социального восстановления больных; при этом роль психопатологического диатеза оказалась тем более значимой, чем менее выражены прогредиентные тенденции развивающегося заболевания.

По сути, это характеристика той предрасположенности, которая в известной мере определяет как вероятность возникновения психического заболевания, так и его дальнейшее течение и даже ожидаемый прогноз, что непосредственно отражается на наших представлениях о возможностях функционального восстановления пациентов.

С нашей точки зрения, явления психопатологического диатеза представлены на протяжении всего спектра психических расстройств от самых ранних признаков нарушения психической жизни (в форме донозологических проявлений), зачастую отставленных от манифестиций 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 пограничных расстройств личности;

2) наличие различной степени психической дезадаптации обратимого характера;

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

По признаку динамики мы выделяем (Шейнина Н. С. [и др.], 2008) три основные формы психопатологического диатеза: *эпизодическую, промежуточную и константную*.

Эпизодический диатез представлен различными относительно короткими дисфункциональными состояниями, характеризующимися неглубоким уровнем психопатологических нарушений и отставлением 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, сноговорения;

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 поfabule 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.).

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

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

2) шизотропные — эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременныеrudименты психотических расстройств: парейдомии, элементарные слуховые обманы, локальные сенестопатии, метаморфопсии 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.

Промежуточная 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.

Это непродолжительные изменения самочувствия и поведения, причинно обусловленные психотравмирующими факторами: угроза-

зой развода родителей, переводом в другой коллектив, попыткой изнасилования, нападением собаки и т. п. Как видно, 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 вялоадинамических соматизированных или невротических субдепрессий, субъективно расцениваемых как «периоды переутомления», с включением обсессивных и фобических явлений, а также кратковременных или более затяжных (до двух месяцев) дистимических, гипотимических состояний 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 (Коюбинский А. П., 1999) базируется на констелляции следующих базовых характеристик — диссоциированности и дефицитарности (Козловская Г. В., Горюнова А. В., 1986), которые, будучи «транстиологическими» (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.

Диссоциированность — несогласованность потребностей, способностей, установок и поведения в разных сферах психической жизни, проявляющаяся в следующих характеристиках:

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

б) несоответствии субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения (например, декларируемой стеснительности со стеничным поведением);

в) неравномерности уровня развития различных сторон психики (например, эмоциональной недифференцированности и интеллектуальной одаренности; затруднения 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) внешнейдержанности в проявлении эмоций.

Дефицитарность – ущербность психики, может быть тотальной и парциальной.

Тотальная дефицитарность:

– 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 (Цуцульковская М. Я., Минскер Э. И., Пекунова Л. Г., 1975);

– пассивность всех психических проявлений, слабость побуждений при определенной эмоциональной нивелированности – так называемые «образцовые личности», «пассивные шизоиды», «дефицитарные личности» (Цуцульковская 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, неравномерность развития с элементами дисграфии, дислексии, дислалии, дискалькулии;

– эмоциональной – слабая насыщенность и дифференцированность эмоциональных переживаний; эмоциональная бедность, невысокая амплитуда аффективных реакций;

– «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 поддержать беседу, особенно по телефону;

– сексуальной – сексуальная ретардированность при социальной взрослости, 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 реакции

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. Смулевича (Смулевич 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 манифестиации 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.

Выдвигаемое нами положение о психопатологическом диатезе является логическим продолжением не только идей об «уязвимости» будущих психически больных (Zubin J., Spring B., 1977), но и представлений о «шизофреническом диатезе» как состоянии предболезни, определяемом нервно-психической дезинтеграцией (дефицитарностью и диссоциированностью) различных сфер психики (Козловская Г. В., Горюнова А. В., 1986), как характеристике шизоидной и дисгармоничной личности (Снежневский А. В., 1972), клинически проявляющейся в личностной (только при акцентуациях), реактивной, фазной и недифференцированной формах (Циркин С. Ю., 1995; 1998) и, с точки зрения R. Chung, P. Langeluddecke, C. Tennant (1986), предшествующих манифестации психоза.

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.

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.

2.2. Психопатологические расстройства

Практически все ведущие исследователи в своих взглядах на синдромологию эндогенных психических расстройств рассматривают их как адаптационно-компенсаторные образования, возникающие в организме в ответ на первичную мозговую поломку. Иными словами, при эндогенных психических расстройствах адаптационно-компенсаторные образования представляют собой результат сложного взаимодействия преморбидных особенностей организма, с одной стороны, и разной степени злокачественности гипотетической «ноксы», определяющей мозговую поломку – с другой.

С точки зрения E. 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.

M. 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 M. Bleuler, могут быть поняты как реакция больной личности на межличностные конфликты и психологический стресс, а негативная симптоматика – как отказ от приспособления к окружающему миру.

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, амбитентность, амбивалентность и аутизм. Вторичные же симптомы рассматриваются как проявления адаптации пациента к первичным нарушениям, при этом «ненормальное есть не что иное, как излишне преувеличенное выражение 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 комплементарными потребностями овладения ситуацией неопределенности, <...> реализуются сформированными в филоонтосоциогенезе 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 синдромообразования, носящий компенсаторный характер, перешел на новый уровень — в fazu кульминации, протекающей или при максимальном напряжении адаптационных усилий (онейроид), или при их истощении (аменция).

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 утверждением 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 нейрохимическая сенсибилизация под влиянием внешних стрессовых факторов (Lieberman J. A. [et al.], 2005).

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.

Как показывают проведенные нами исследования, уже в предболезненном периоде состояния, которые еще не являются болезнью, но уже отличаются от состояния «практического здоровья» — т. е. проявления психопатологического диатеза — отражают тенденции дальнейшего синдромообразования.

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.

На клиническом уровне этому соответствует этап манифестации психоза в форме тревоги, а при ее усилении – дезинтеграции психических функций, вплоть до проявлений кататонических и гебефрических 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 брутально-неструктурированных эмоциях (тревога, страх, паника, отчаяние и т. п.), способствуют снижению уровня внутреннего напряжения. И только при кататонии и гебефрии, 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 прором, 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 прором, 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 сенсибилизацией, 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 гипоэргических (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 удается 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 шизофrenии.

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 морбидно 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.

В последнее время в психиатрии используется так называемая димENSIONАЛЬНАЯ модель психических расстройств, которая позволяет рассматривать отдельные симптомокомплексы эндогенного заболевания в качестве независимых размерностей (дименсий), имеющих собственные стереотипы развития (Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., 2005).

Как и большинство исследователей, мы выделяем *позитивные, аффективные, когнитивные и негативные расстройства* (см. Приложение 1).

Позитивные расстройства.

Проявления позитивной (продуктивной, психотической) симптоматики при эндогенных психозах описаны во всех учебниках психиатрии и представляются общепринятыми.

Меньше изучены позитивные расстройства в области пограничной психиатрии. Здесь они представлены достаточно широко и включают феномены как невротических и коэнстезиопатических (ипохондрических), так и субпсихотических регистров.

При шизотипических расстройствах, в отличие от манифестной шизофрении, психопатологические расстройства носят характер нестойких, незавершенных симптомокомплексов, выступающих в необычных, часто меняющихся сочетаниях. При этом нередко наблюдается трансформация одних психопатологических феноменов в другие, которая происходит в пределах континуума кататимных (определеняемых 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 бредовые идеи греховности).

В качестве инициальных позитивных феноменов можно рассматривать:

- обсессии (с быстрым формированием ритуалов и ограничительного 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.

Аффективные расстройства в структуре разной степени выраженности депрессивных и маниакальных состояний давно и подробно описаны и известны любому специалисту службы психического здоровья.

В то же время аффективная симптоматика обычно не считается признаком, специфичным для расстройств шизофренического спектра. В действительности же, как показывает многочисленная практика, она характерна для эндогенных заболеваний вообще, будь то шизофрения или аффективные расстройства, и может быть представлена на разных этапах процессуального заболевания — от продромального до постпсихотического.

В соответствии с данными M. Birchwood, изложенными в статье «Эмоциональная дисфункция при психозах: в большей степени этиологический фактор, нежели коморбидный феномен?», аффективные (депрессивные) симптомокомплексы представляют базисные дименсии, участвующие в формировании психопатологического пространства как продромов, так и манифестных психозов в рамках шизофрении. При этом если на начальных этапах заболевания аффективные и процессуальные расстройства сосуществуют как бы параллельно, то по мере нарастания тяжести психоза они приобретают черты клинического единства (Смулевич А. Б., Ильина Н. А., 2012).

Когнитивные расстройства представляют собой так называемую базовую когнитивность, отражающую по сути операциональные расстройства (т. е. особую группу расстройств, не являющихся ни продуктивными, ни негативными). Когнитивное снижение предшествует развитию эндогенного процесса и по существу представляет собой генунинное нарушение течения информационных процессов.

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.

Лишь в 1980-х понятие когнитивного дефицита обрело новое звучание благодаря исследованиям T. 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 нейрокогнитивный дефицит. 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).

Итак, когнитивные расстройства — нарушение познавательных (информационных) процессов (лат. *cognition* — знание, познание). Базовыми когнитивными механизмами являются память, внимание и исполнительские функции (Аведисова А. С., 2005). 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 слухо-речевой памяти: аккуратности и точности при копировании, способности к конструктивному праксису, трудностей в вербальной и пространственной памяти, в слуховом и зрительном гнонисе.

Третий тип когнитивных нарушений включает в себя исполнительские функции: навыки и обучение, планирование и смена установки, недостаточность контроля над деятельностью и ее организацией, 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. В настоящее время для оценки когнитивных функций наиболее часто используются следующие тесты:

- 1) Verbal Fluency Test, VFT (Lezak M. D., 1995);
- 2) Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT (Schmidt M., 1999);
- 3) Rey-Osterrieth Complex Figure Test (Stern R. A., Javorsky D. J. [et al.], 1999);
- 4) Wisconsin Card Sorting Test, WCST (Heaton R. K. [et al.], 1981),
- 5) Test of Variables of Attention, TOVA (Leark R. A., Dupuy T. R. [et al.], 1996),
- 6) Continuous Performance Test, Stroop Test (Carter C. S. [et al.], 1992, по Аведисовой А. С., 2005).

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.

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). Нейрокогнитивный дефицит наблюдается 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).

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.

Показано, что нейрокогнитивный дефицит является более валидным предиктором социального функционирования в обществе, чем позитивная и негативная симптоматика (Velligan D. I. [et al.], 1997). Другими словами, показатели когнитивного функционирования, а не собственно клинические симптомы, являются важными индикаторами имеющегося у больного шизофренией потенциала к социальной адаптации, независимо от психопатологических особенностей состояния. Таким образом, нейрокогнитивный дефицит может явиться серьезным препятствием на пути попыток социальной реабилитации пациентов. Учитывая важность нейрокогнитивного функционирования для социальной адаптации, можно назвать когнитивность основополагающим показателем в системе эффективной терапии (Green M. F. [et al.], 1997; Sharma T., Mockler D., 1998). Воздействие на базовые показатели когнитивности способно видоизменять параметры социального функционирования больных.

Негативные расстройства — проявления стойкого или времененного 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 структуре психических эпизодов, так 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, побочный эффект терапии, продуктивные расстройства, явления госпитализма.

Субъективно негативная симптоматика выражается 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.

Важной характеристикой дефицитарных нарушений является стойкое снижение побудительной активности с ограничением (обед-

нением) двигательной сферы и вялостью, апатией, снижением «энергетического уровня личности и спонтанности» (Huber G., 1976), отсутствием стремления к деятельности, интереса к окружению. Клинические проявления заключаются в уплощении аффекта, исчезновении желаний и утрате поиска удовлетворения.

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

Характерологическая трансформация. Как считает А. Б. Смулевич (2011), можно выделить следующие варианты клинических проявлений воздействия эндогенного процесса на структуру характерологических особенностей.

1) *Деформация врожденных черт характера без нарушения преморбидных осевых конституциональных личностных свойств*, т. е. возникновение процессуально обусловленного развития личности. При этом возможны два варианта:

а) 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.

б) Появление антагонистичных (т. е. противостоящих преморбидно доминирующими) патохарактерологических особенностей личности при общей неизменности ее типологической структуры. В этом случае деформация доболезненного склада касается сдвига в рамках имевшейся у пациента ранее психэстетической пропорции Э. Кречмера. В связи с неизменностью общей структуры характерологических расстройств сдвиги психэстетической пропорции не могут квалифицироваться в качестве псевдо- или *нажитой психопатии*.

2) *Деформация врожденных черт характера с изменением преморбидных осевых конституциональных личностных свойств и формированием нажитых, ранее не свойственных, психопатологических (патохарактерологических) проявлений* (псевдопсихопатий).

В случае такого «замещения» состояние по мере редукции манифестных проявлений психоза диагностируется в рамках *нажитой расстройства личности (нажитая психопатия)*. При этом происходит «сдвиг личности» (псевдопсихопатия), который проявляется образованием *новых продуктивных явлений «ложного жизненного возврата»*.

(Снежневский А. В., 1972), приводящего к «сдвигу личности по типу второй жизни» (Ястребов В. С., 1977), динамика которой обусловлена сочетанием нажитых расстройств личности (ипохондрических, паранойяльных и др.), определявших активный период патологического процесса (Смулевич А. Б., 2007), с конституциональными и микросоциальными особенностями, что в конечном счете и определяет характер формирующейся псевдопсихопатии.

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. Вовинным [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» (Bergze J., 1914);
- редукции энергетического потенциала в сферах психической активности, продуктивности и эмоциональной (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);
- «амотивационном синдроме» (Maller O., 1978), 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);
- «аспонтанности», рассматриваемой с позиций нарушения активации мозговых структур ретикулярной формации (Викторов И. Т., 1967; Maller O., 1978);
- «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. Неспецифическая часть этой активности, с точки зрения автора, вырабатывает «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.

Место негативной психопатологической симптоматики, составляющей клиническую сущность дефекта, до настоящего времени не выяснено в полной мере. 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), и 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: тонический, тимический, инициативный (волевой) и когнитивный.

Тонигеский компонент, охватывающий нарушения «энергетической» составляющей поведения (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008) и заключающийся в снижении (или искажении) 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.

Тимигеский 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.

Инициативный (волевой) компонент проявляется в снижении сознательной саморегуляции субъектом своей деятельности и поведения, что уменьшает возможности пациента для преодоления трудностей при достижении цели. В нашем понимании, *воля* – это мотивация, выражаясь в целенаправленной активности по реализации желания (цели): чем выше мотивация, тем воля кажется «твёрже». Различного уровня расстройства этой сферы: гипобулия, парабулия, абулия – связаны с дезинтеграцией аффективно-побудительной сферы и невозможностью поддержания волевого потенциала на адекватном уровне и отражаются в отсутствии стремления к деятельности, интереса к окружению. Объективно это проявляется снижением продуктивности, моторной обедненностью, неустойчивостью волевого напряжения (Иванов М. В., Незнанов Н. Г., 2008).

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 следующие его виды: астенический, дистонический, атонический и органоидный (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004).

Астенический. Развитие негативной симптоматики такого типа 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, сужение эмоциональных контактов, эгоизмом, обеднением выразительности. Нередко 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 проявляющихся при активных попытках преодоления утомления, при отсрочке необходимого отдыха и увеличении нагрузки.

Дистонический. 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 эмоционального индивидуального своеобразия, но без выраженного снижения психической активности. Возможно формирование не свойственных 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 и невозможность поддержания волевого потенциала на адекватном уровне. Особенностью является не столько недостаточность, сколько «беспорядок в бюджете активности».

Атонический. Этот тип дефекта называется также апато-адинаическим или апато-абулическим. Как подчеркивают М. В. Иванов и Н. Г. Незнанов (2008), главной характеристикой нарушений является стойкое снижение побудительной активности с ограничением (обеднением) двигательной сферы с переживанием вялости, апатии. Более тяжелые проявления этого варианта дефекта характеризуются тотальной дефицитарностью со значительным снижением трудоспо-

собности, 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.

Органоидный (Вовин Р. Я. [и др.], 1991). Такого рода дефект характерен для более прогредиентных проявлений шизофрении и охватывает преимущественно грубовыраженную когнитивную составляющую психического состояния. 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 трудности сосредоточения, нарушение удержания в памяти текущих событий, ухудшение четкости восприятия, непереносимость сильных звуковых и зрительных раздражителей. При большей выраженности органоидного дефекта в процессе беседы когнитивные нарушения проявляются в виде грубого нарушения внимания (апроэксия), 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.

Обобщая сказанное, можно отметить, что в одних случаях негативная симптоматика проявляется прежде всего в **усилении дисгармонии преморбидного личностного склада**, тогда поведение пациента обращает на себя внимание **характерологическими сдвигами**, а в других случаях наблюдается **характерологическая трансформация**, отличающаяся от преморбидных особенностей личности, т. е. формируется псевдопсихопатия. На этом фоне постепенно определяющим становится **собственно дефект**: сужение круга интересов с нарастающей аспонтанностью, стойким снижением способности к деятельности и продуктивной активности, постепенным уплощением аффекта и исчезновением желаний при одновременном углублении пассивности, вялости, безразличия, а в последующем — грубыми когнитивными нарушениями.

Итак, негативные расстройства, интегрируясь в структуру личности, могут быть существенно преформированы, являются сложным и неоднородным феноменом, большее понимание которого крайне важно для нюансировки диагностики, правильного подбора психофармакотерапии и психосоциальных интервенций, а также их соот-

ношения в каждом конкретном клиническом случае, что необходимо учитывать при выборе направления и тактики психотерапевтических усилий.

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 апатии — 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 любых поражениях — своего рода «абулия без апатии»).

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

При этом реституционные механизмы обеспечиваются появлением у больного так называемых истинных компенсаторных реакций в понимании Д. Е. Мелехова (1963), которые заменяют наблюдаемые в активном периоде заболевания патогенные компенсаторные реакции. В результате этого процесса 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).

Истинные компенсаторные реакции при формировании ремиссии — более высокого порядка относительно патогенных, которые возникают в активном периоде. По сути, они представляют собой результирующую неких внутренних процессов (носящих сложный психиобиологический характер), направленных на преодоление психопатологических проявлений заболевания.

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 дифференциированному рассмотрению составляющих их продуктивных, аффективных, негативных и когнитивных нарушений, что в определенной степени обуславливает тактику психофармакологических воздействий.

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».

2.3. Тип течения заболевания

Этот параметр функциональной 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.

2.4. Скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность заболевания)

Особенности прогредиентности заболевания, с нашей точки зрения, являются самой важной характеристикой биологической «ноксы» возникшего психического расстройства, которая во мно-

гом определяет «адаптационную нагрузку» на пациента. При этом различают ситуации, когда определить прогредиентность невозмож но (например, в начале заболевания), а также состояния отсутствия прогредиентности, малой (незначительной), умеренной (средней) или выраженной прогредиентности.

2.5. Острота состояния

Под остротой состояния понимается степень выраженности 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 психического заболевания, отсутствие психопатологических нарушений.

2.6. Результатирующий показатель биологического функционирования — клинический диагноз

Отдельные симптомы не несут достаточной информации для постановки психиатрического диагноза. Только анализ целого ряда признаков болезни, сходных между собой по клинической картине, т. е. выделение синдромов заболевания, позволяет определить клинические границы того или иного процесса. Синдромальный диагноз более точен, чем симптоматический. Синдром отражает деятельность целой функциональной системы и, как правило, тесно связан с другими синдромами. Феноменология является основой нозологического диагноза, но этого недостаточно для формулирования полного клинического диагноза.

Установление 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. Однако для точной диагностики психических расстройств недостаточно только констатации патологических изменений. Для этого необходимо изучать этиологию и патогенез заболевания.

В психиатрии до последнего времени в одних случаях нозологический диагноз вытекает непосредственно из этиологического фактора (например, при прогрессивном параличе), в других — определяет ся 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.

Несмотря на разницу исходных положений, которые лежат в основе постановки нозологического диагноза, общим является то, что К. Ясперс (1997) обозначил как «попытку ответить на вопрос, каким именно образом сочетаются симптомы в каждом отдельном случае. <...> Клинические картины заболеваний, вызванных одинаковыми причинами, имеющих одинаковую фундаментальную психологическую форму, одинаковое развитие и течение, одинаковый исход и одинаковую мозговую патологию – т. е. картины, в полной мере согласующиеся друг с другом, представляют собой настоящие, естественные нозологические единицы».

Однако нозологический подход в настоящее время является скорее желаемой, но далекой целью психиатрической систематики, в силу чего она ограничивается периодически меняющейся конвенциональной классификационной диагностикой. Тем не менее использовать этот критерий в рамках функциональной диагностики, хотя и с определенными ограничениями, вполне допустимо, так как он позволяет создать представление о классе имеющихся расстройств, обозначенном в имеющихся классификациях (МКБ или DSM).

Клинический же диагноз включает в себя нозологическую принадлежность заболевания, основной и факультативные синдромы, тип течения болезни, характер состояния, обусловившего необходимость обращения за психиатрической помощью. Таким образом, клинико-биологический блок функционального диагноза заканчивается установлением **индивидуального клинического диагноза больного**. Но для определения того, «что личность утратила и что сохранила в результате заболевания» (Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю., 2005), необходима информация о потенциале адаптации конкретного больного. Эти сведения должны предоставить психологический и социальные блоки функционального диагноза.

Глава 3

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА¹

3.1. Адаптационный потенциал личности

В последние годы психологами активно разрабатывается и подробно освещается в литературе понятие «адаптационный потенциал личности» (Коновалова Н. Л., 2000; Посохова С. Т., 2008; Добряк С. Ю., 2004; Богомолов А. М., 2008). Изучение адаптационного потенциала индивидуума предусматривает анализ психических, психологических и социальных свойств индивидуальности, отражающих основные уровни психической организации. 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. Богомолова, **личностный адаптационный потенциал** (синоним – адаптивный потенциал) – это способность личности к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств, что повышает ее организованность и устойчивость. Адаптационный потенциал является интегральным понятием, включающим специфические адаптационные ресурсы: внутренние – личностные и внешние – средовые.

Автор выделяет следующие уровни личностных адаптационных ресурсов: индивидный, субъектно-деятельностный, личностный.

Индивидный 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 автор 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 об адаптационном потенциале личности является необходимой и существенной основой для понимания психологических механизмов развития психических расстройств.

¹ В написании этой части монографии были использованы материалы, любезно представленные канд. мед. наук О. В. Гусевой.

Изучение 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.

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») интроцированным 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 неврозы и психозы, интерпретируя психопатологическую симптоматику как следствие защитных личностных реакций на попытку активации вытесненных переживаний, полагая, что при неврозах 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 неврозах 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).

P. 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 становится более лабильными и проницаемыми границы «Я» больного шизофренией, вследствие этого неосознаваемые элементы могут беспрепятственно проникать в сознание. Исходя из этой логики P. 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 H, 1964), а основоположниками Эго-психологии принято считать Х. Хартманна и А. Фрейд.

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.], 1979), которыми было выдвинуто представление о значительно большей роли сознания в развитии и функционировании человека, чем это постули-

ровала 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 исключающими 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 либидонозный), посыпает 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 обучения, 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 обучения 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 (Хьюлл 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 категории «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 (Залузская 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 Джозеф 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 последующей 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» (манья).

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; и др.).

Основное положение данной теории заключается в признании в качестве центрального фактора в развитии ребенка отношений его «Я» с объектом и, соответственно-

но, главной роли в психической жизни человека – его межличностных отношений, приводящих к интрапсихическому конфликту или структурному дефициту, на базе которых 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 ей 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 дальнейшее 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: интроверсия, 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 (эффект 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 фruстрации 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 интроверсии, выделяют три аспекта:

- 1) образ кого-либо, кто играет определенную роль или выполняет определенную функцию в отношении тебя;
- 2) образ самого себя, большей частью – в дополнительной роли (этот образ самого себя лучше дифференцируется от объекта, чем в первой стадии интроверсии);
- 3) дальнейшая дифференциация собственных эмоциональных ощущений.

Аспекты идентификации обычно конденсируются и сливаются воедино, как и при интроверсии. 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. Эрикссона (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 взаимообусловленность присуща именно тебе. Окружающие видят это и принимают, а индивидуум 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 Оудсхорн Д. Н., 1993).

1. Стадия «недифференцированного образа себя и объекта» (симвиоза) — 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 фruстрации 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 либido, 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, развитие 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 нарциссических 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.

Логичным развитием теории объектных отношений стали развивавшиеся Г. Аммоном (1995) представления о динамической психиатрии. Центральным моментом динамической психиатрии является концепция идентичности личности.

Взгляды Г. Аммана были адаптированы в России его последователями М. Аммон и И. Бурбиль совместно с сотрудниками института им. В. М. Бехтерева В. Д. Видом, О. В. Гусевой, Н. М. Залузкой и Н. Б. Лутовой (2004). 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.

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.

Нарушенная идентичность приводит к ее структурным изменениям и формированию патологических форм. 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 позво-лительным диссоциальные формы удовлетворения своих потребностей.

Нарушенная идентичность может также стать дефицитарной, когда неразвитость конструктивных навыков приспособительного поведения не позволяет индивиду выйти из симбиотических отношений с родителем, заставляет считать себя принципиально неспособным к зрелому, самостоятельному существованию и сопровождается пос-тоянным страхом утраты своей социальной опоры.

Нарушения идентичности «Я» закладывают слабость личности и предопределяют не только общую неуспешность социального функционирования, но и кризисы иден-тичности, когда человек испытывает ощущение краха, будучи не в состоянии соответ-ствовать повышению требований изменившейся социальной ситуации.

При наличии биологических детерминант психической патологии возникнове-ние кризиса нарушенной идентичности может образовать критическую массу, сделав комбинацию патогенетических факторов достаточной для манифестации или рециди-вирования заболевания. Нарушения идентичности играют существенную роль в пато-генезе широкого круга психической патологии: шизофрении, аффективных и личност-ных расстройств, наркомании, психосоматических заболеваний.

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 психи-ческих 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-ориентирован-ную 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 трех–шести лет.

Для эндогенных психических расстройств существенное значение придается рассмотрению доэдиповых, или дивергентных конфликтов, возникающих на ранних этапах развития индивида (до двух лет) и составляющих причину возникновения за-болеваний психотического уровня в будущей взрослой жизни. Для дивергентных кон-фликтов большое значение имеют нарушения реальных потребностей ребенка, необ-ходимых для его нормального развития, и в первую очередь – эмоциональной связи с матерью. Данный тип конфликта представляет собой категоричную дилемму и вы-ражается 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 со-храняю свою автономность, но остаюсь totally одиночкой» (Холь И., 2001).

Таким образом, дивергентный конфликт представляет собой дивергенцию эмоци-ональных 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 проявляющейся 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, опасаясь 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 потенциальному 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. Оудсхорн (1993) при анализе шизофренических психозов у подростков отмечает, что эмоциональный предмет конфликта является специфичным для их жизненной фазы и не отличается принципиально от такого 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, B. F. Shaw [et al.] (1979), находятся в латентном состоянии до тех пор, пока не произойдет активизирующее 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, B. F. Shaw [et al.] (1979), 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, B. F. Shaw [et al.] (1979) 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, формирующими 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, выражаются 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 усиливать предрасположенность и запустить психотическую симптоматику. Согласно P. Hartwich, M. Grube (2003), генетически предопределается 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).

С нашей точки зрения, личностный адаптационный потенциал определяется несколькими слагаемыми:

- 1) особенностями структуры личности;
- 2) наличием конфликта;
- 3) особенностями форм психологической защиты;
- 4) особенностями механизмов совладания (копинга).

1. Особенности структуры личности. 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 устраниении 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).

Современная психодинамическая теория 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 нарцисизму — представлению о себе и отношению к себе. Нарушение внутренней 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 образцов 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.

2. Интраперсональные конфликты. Каждому человеку присущи в той или иной степени выраженные психологические конфликты. В психологии конфликты рассматриваются исходя из того понимания личности, которое сложилось в рамках определенной научной парадигмы (психологической школы). Особенности зон конфликтных переживаний и фрустриционных факторов являются безусловно важной характеристикой психологических адаптационно-компенсаторных возможностей пациента (Щелкова О. Ю., 2007).

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).

Ниже будут рассмотрены концепции внутриличностного конфликта в соответствии с ведущими теоретическими школами психологии.

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 (Хорни 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. Франклла (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 не-

гативное 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; Лuria P., 1930; Ананьев Б. Г., 1996; и др.). В теории деятельности конфликт интерпретируется с помощью структурных компонентов деятельности (мотив, отношение, цели), являющихся основаниями для конфликта, и с позиции деятельности как условия возникновения конфликта (Леонтьев А. Н., 1981). По В. С. Мерлину (1996), внутриличностный конфликт – это «результат острого неудовлетворения глубоких и актуальных мотивов и отношений личности». 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). Ф. Е. Василюк (1995) 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. *«confliktus»* – «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: «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.

3. Особенности различных форм психологической защиты.

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 Эго-психологии) 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, фruстрации, 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 взаимодействии, разнообразии, особенностях» (Грановская Р. М., Никольская И. М., 1999).

Известны многие классификации механизмов психологической защиты. В качестве критерииев 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 иностранного — 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 вышшего порядка), у больных эндогенными психозами преобладают первичные (или примитивные) защиты.

К первичным защитам, 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.

4. Особенности механизма совладания (копинга). 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 осваивает-
ся с обстоятельствами, обучается управляться с ними — копинг-ме-
ханизм;

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

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

Механизм совладания — **копинг-механизм** — отражает осознан-
ное и целенаправленное стремление индивида к совладанию с эмоци-
ональным 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).

Итак, для понимания личностных механизмов, способствующих развитию психических расстройств и участвующих в процессах восстановления, необходимо учитывать определенные аспекты психодинамических, когнитивно-поведенческих и других современных направлений психологии, которые синтезированы в понятии «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 — повышения его социальной компетентности.

3.2. Основные характеристики психологической адаптации психически больных

В психологическом блоке функционального диагноза фиксируются пять характеристик, оценивающих различные аспекты психологической адаптации психически больных.

1. Особенности различных сфер психологического функционирования.
2. Личностные особенности пациента.
3. Механизмы психологической адаптации.
4. Психологические внутриличностные конфликты.

5. Результирующий показатель психологического функционирования — психологический диагноз.

Психологическая диагностика в психиатрической клинике является важным звеном лечебно-диагностического и реабилитационного процессов. Ее целью является выявление, квалификация и научный анализ нарушений познавательных и эмоционально-волевых процессов, а также личностно-мотивационной (потребностно-мотивационной) сферы при различных формах нервно-психической патологии с точки зрения оценки структуры и степени выраженности нервно-психических расстройств (Аристова Т. А., Абабков В. А., Слезин В. Б., Коцюбинский А. П., Поморова Е. М., 2000; Аристова Т. А., Петрова Н. Н., Велимбовская Е. Д., 2003; Исаева Е. Р., 2009). С этой целью используются специальные психологические (клинические и экспериментальные) методы исследования.

Результаты психологического обследования вносятся в кодировочную карту (см. Приложение 1).

3.2.1. Особенности различных сфер психологического функционирования

3.2.1.1. Познавательная сфера

Патология внимания. При различных психических заболеваниях нарушаются когнитивные функции, в первую очередь процессы внимания, что проявляется в жалобах пациентов на невнимательность, рассеянность, трудности сосредоточения. Можно выделить следующие виды нарушения внимания:

- 1) снижение концентрации;
- 2) снижение устойчивости;
- 3) повышенная отвлекаемость;
- 4) сужение объема внимания;
- 5) трудности переключаемости внимания.

Задача психолога выяснить не только уровень нарушений данного процесса, но и дифференцировать характер нарушений. Так, с помощью простой методики «корректурная проба» можно определить нарушение таких показателей произвольного внимания, как устойчивость, способность к концентрации в условиях длительной нагрузки зрительного анализатора, скорость сенсомоторной реакции, наличие астенизации, истощаемости психических функций, а также сделать ряд предположений о характере заболевания.

Мы рекомендуем в качестве наиболее адекватных, часто используемых в клинике, применять при оценке процессов внимания следующие методики: «корректурную пробу», «счет по Крепелину», «таблицы Шульте», «отсчитывание» (Рубинштейн С. Я., 1999, 2007).

Расстройства памяти. В литературе наиболее часто рассматриваются три основные функции памяти: фиксация, сохранение и воспроизведение полученной информации. Необходимо отметить, что за этими характеристиками трудно увидеть психологический смысл памяти как психической функции человека. До настоящего времени нет однозначных представлений относительно механизмов запоминания, соотношения индивидуального опыта и генетической памяти и т. п. Структура процесса запоминания, переработки информации и воспроизведения достаточно сложна, но можно выделить важные ее характеристики: опосредованность, целенаправленность, мотивированность. Соответственно и расстройства памяти могут происходить по всем этим трем составляющим.

При психологическом исследовании принято оценивать следующие нарушения памяти:

- 1) нарушение непосредственной памяти;
- 2) нарушение опосредованной памяти;
- 3) нарушение динамики мнестической деятельности;
- 4) нарушение мотивационного компонента памяти.

Наиболее востребованы в клинике следующие патопсихологические методики: «запоминание 10 слов» Лурия, «воспроизведение цифр» (субтест-методики Вексслера), «пиктограмма» (Рубинштейн С. Я., 1999).

Расстройства мышления. Встречающиеся в клинике нарушения мыслительной деятельности носят разнообразный характер, их трудно уложить в какую-либо жесткую схему. Вместе с тем выявление уровня нарушений мышления и определение специфики этих нарушений при психических заболеваниях чрезвычайно важно для задач дифференциальной диагностики и прогноза течения заболевания.

Наиболее распространенной является классификация Б. В. Зейгарник (1962), которая выделяла три вида нарушения мышления:

- 1) нарушение операционной стороны мышления;
- 2) нарушение динамики мыслительной деятельности;
- 3) нарушение мотивационного компонента мышления.

В свою очередь, нарушение операционной стороны мышления подразделяется на два вида: снижение уровня обобщения и искажение уровня обобщения. Кроме того, при психологической диагностике к структурным нарушениям мышления принято относить паралогическое и аутистическое разорванное мышление, встречающиеся при шизофрении.

Нарушение динамики мыслительного процесса включает четыре характеристики:

- а) лабильность мышления;
- б) заторможенность;

- в) нарушение откликаемости;
- г) инертность мышления.

Нарушение мотивационного компонента мышления определяется по возможности индивида достигать цели, поставленной задачи. Утеря целенаправленности мышления приводит к тому, что суждения становятся поверхностными, незавершенными. Для того чтобы мышление могло регулировать действия человека, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно мотивированным. При психических заболеваниях часто утрачиваются эти три компонента.

По мнению Б. В. Зейгарник, к нарушениям мотивационного (личностно мотивированного) компонента мышления можно отнести: разноплановость, резонерство, нарушение критичности. В тех случаях, когда больной захвачен бредовыми переживаниями, разноплановость выступает отчетливо и в клинической беседе. В аффективно ненасыщенной ситуации разноплановость трудно уловить клинически. Зато она прекрасно выявляется при экспериментально-психологическом исследовании.

Для изучения мышления больных наиболее часто используются следующие методики: классификация предметов (предложена К. Гольдштейном, видоизменена Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник), «простые аналогии», «сложные аналогии», сравнение понятий «существенные признаки» (Рубинштейн С. Я., 1999; Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., 2003).

3.2.1.2. Эмоционально-волевая сфера

Эмоциональные нарушения. Эмоции – это субъективные реакции человека на внутренние и внешние раздражители. В эмоциях субъекту непосредственно представлены отношения между потребностью и возможностью ее удовлетворения. Психическая деятельность человека, его реакции на окружающий мир – в норме всегда сопровождаются эмоциональными переживаниями. Эмоции субъективны, о них можно судить косвенно – по вегетативным реакциям, мимике.

Эмоции являются существенным компонентом стрессовых реакций. С одной стороны, эмоциональные реакции инициируются и оформляются восприятием (оценкой жизненной ситуации). С другой стороны, эмоции можно расценивать как последствие или исход усилий по регулированию стрессовой ситуации.

Эмоции подразделяются в зависимости от связанных с ними потребностей на два вида:

- а) высшие, относящиеся к социальным отношениям и потребностям: интеллектуальные, эстетические, эмпатические, дружеские;
- б) низшие, связанные с удовлетворением или неудовлетворением инстинктов: пищевого, полового, самосохранения.

У современного человека в психике доминируют высшие эмоции, которые проявляются в столкновении с низшими. При патологии, как правило, ослабевают высшие и из-под контроля выходят низшие эмоции.

Эмоции представлены в психике человека в виде трех основных феноменов: эмоциональные реакции, эмоциональные состояния, эмоциональные свойства.

К патологическим реакциям можно отнести патологический аффект; к патологическим состояниям — манию, депрессию, апатию, аутизм, эмоциональную тупость, тревогу и т. п. Эмоциональные свойства — устойчивая характеристика индивидуальных особенностей эмоционального реагирования, типичная для конкретного человека, его эмоциональной сферы.

К эмоциональным свойствам относят ряд параметров:

1. Эмоциональная возбудимость — быстрота эмоционального «включения», импульсивность (повышается при атеросклерозе, неврозах, гипертриеозе).

2. Эмоциональная реактивность — скорость эмоционального ответа (комбинация астеничности и сниженной реактивности встречается при обсессиях).

3. Эмоциональная лабильность — колебания эмоционального тонаса, эмоциональная подвижность, быстрая смена эмоций по различным, зачастую самым незначительным поводам (часто встречается при истерии, психоорганическом синдроме).

4. Эмоциональная ригидность — противоположна лабильности (выражена у эпилептоидных личностей).

5. Эмоциональная монотонность — характеризуется однообразием, неполнотой эмоциональных реакций, отсутствием эмоционального отзыва на события (эмоциональная сглаженность при шизофрении).

6. Эмоциональное огрубление — неспособность определять уместность и степень выражения эмоциональных реакций. Проявляется в отсутствии сдержанности, деликатности, такта. Человек становится назойливым, расторможенным, хвастливым и т. п. (при психопатии, расторможенности у лиц со снижением интеллектуальной функции).

К характеристике эмоциональной сферы можно отнести такое свойство, как эмпатию — способность к психологической сопоставке, эмоциональная отзывчивость. Здоровый человек быстро, легко и гибко, эмоционально реагирует на проявления внешней среды, что практически становится невозможным для больных с психическими заболеваниями.

Необходимо отметить такую особенность эмоций, как неотделимость их от других психических процессов. Эмоции как бы вплетены

в ткань психической жизни, они сопровождают все психические процессы. В ощущениях они выступают как эмоциональный фон (приятное – неприятное), в мышлении – как интеллектуальные чувства (вдохновение, интерес и пр.).

Существует множество методик для определения эмоциональных нарушений; в кодировочную карту мы рекомендуем включить самые распространенные и удобные для функциональной диагностики: 2-ю («депрессия») и 9-ю («мания») шкалы MMPI, а также шкалу самооценки депрессии Зунга, интегративный тест тревожности (ИТТ) (Бизюк А. П., 2010).

Волевые нарушения. Воля – активная сторона психической жизни, проявляющаяся в целенаправленности деятельности человека во всех преднамеренных процессах.

Волевой акт включает в себя побуждение, инициативу, мотивацию, последовательность выполнения, завершенность действия. В норме мотивы определяют поведение человека. Адекватность поведения соотносится с уровнем развития интеллекта, социальным развитием личности, его эмоциональной сферой. В патологии это единство нарушается, возникает противоречивое сочетание, явление дезинтеграции и дезавтоматизации слаженности привычных действий.

В психологии принято выделять следующие формы проявления волевых расстройств:

- а) понижение волевой активности;
- б) повышение волевой активности;
- в) повышенная внушаемость;
- г) извращение волевых действий.

Мы рекомендуем вносить в кодировочную карту данные по методике оценки волевых расстройств (Пережогин Л. О., 2001) и соответствующим шкалам MMPI: 4-я («психопатия») в сочетании со 2-й («депрессия») или 9-й («мания»), ориентируясь на нормативы этих шкал.

3.2.2. Личностные особенности пациента

3.2.2.1. Индивидуально-личностные, характерологические особенности, социальные свойства

В психологии категория «личность» относится к числу базовых категорий.

Б. Г. Ананьев (1996) выделяет 4 уровня человеческой организации: индивид – субъект деятельности – личность – индивидуальность. Индивид выражает общие свойства человека как организма. Появляясь на свет как индивид, человек в процессе социализации (накопления и воспроизведения социального опыта) становится личностью. Существует множество определений понятия «личность».

Общим для большинства из них является представление о том, что индивид становится личностью в процессе воспитания и самовоспитания, будучи включен в общение и предметную деятельность. Иными словами, можно сказать, что личность – это социализировавшийся индивид. В структуру личности включают: темперамент, способности, характер, направленность. Индивидуальность же выражает специфику отдельной личности.

Существует множество теорий личности и попыток классифицировать личность по типам представителями различных школ в психологии. Большинство классификаций основаны на дифференциации одной из составляющих структуру личности – характере. Под характером понимается совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, обуславливающая типичные для нее способы поведения. В ряде случаев под воздействием внешних или внутренних факторов происходит патологическое развитие или изменение характера, возникают личностные девиации, ведущие к нарушению адаптивных возможностей человека. Таковыми являются неврозы и психопатии, а также личностные нарушения, происходящие в результате эндогенных психических расстройств.

Существует большое количество личностных опросников и проективных тестов. Мы полагаем: мнение, что нужно использовать как можно большее количество методик – ошибочно, так как это является излишней нагрузкой и для пациента, и для психолога. Необходимо лишь обеспечение минимума, дающего объективные данные. Но это не означает, что дополнительно психолог не может использовать результаты других методик, чтобы составить представление о структуре личности пациента.

Для характеристики личности мы рекомендуем использовать опросник MMPI (Березин Ф. В., Мирошникова М. П., Соколова Е. Д., 1994) в качестве наиболее полно охватывающего индивидуально-личностные особенности, социальные свойства, характеристики эмоционально-волевой сферы, специфику защитных механизмов и эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях, а также уровень и особенности социальной адаптации.

3.2.2.2. Ценностно-смысловые ориентации

Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее взаимоотношений с окружающим миром, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности. При психических заболеваниях существенно искажается система ценностей; ценности идеальные, воображаемые значительно отличаются от реальных (Аристова Т. А., Петрова Н. Н., Шмидт Е. В., 2003).

Для оценки ценностных ориентаций личности мы предлагаем использовать методику В. И. Суслова (1995) «Ценностно-векторная структура „Я“». Как считает автор методики, «внутренний мир человека, его „Я“ есть в первую очередь некоторая индивидуально-своеобразная система ценностей и соответствующих им целей. Общим и конкретным, отдаленным и близким целям, в свою очередь, соответствуют определенные, чаще всего устойчивые для данного человека способы действий, предпочитаемый стиль деятельности. Взаимозависимость целей, порождаемых системой ценностных ориентаций, ценностно-операциональная структура, составляет основу „Я-системы“ – ядра личности».

Методика основана на двух предпосылках.

Во-первых, на предположении о том, что «Я» можно рассматривать как точку отсчета в пространстве, которое задается тремя измерениями: потребность, ценность, вектор. Измерения можно задать списком потребностей, ценностей, векторов.

Во-вторых, при выборе ценностей и векторов В. И. Суслов опирался на работы Г. Мюррея, который обратил внимание на то, что потребность всегда выполняет вспомогательную функцию по отношению к некоторой системе ценностей или же по отношению к достижению какой-либо цели, при этом определенные ценности соответствуют определенным операциям, тенденциям поведения. Тенденции поведения Мюррей предлагал характеризовать с помощью векторов. При практическом применении Мюррей рекомендовал схему «вектор – ценности» использовать в виде матрицы таким образом, чтобы каждый ее элемент, расположенный на пересечении соответствующей строки и столбца, характеризовал то поведение, которое описывается конкретным вектором и связанной с ним ценностью.

С помощью методики В. И. Суслова (1995), разработанной на основе этих предпосылок, можно получить по крайней мере три показателя. Во-первых – ранг каждой ценности; во-вторых – каждого вектора. Чем меньше ранговые показатели, тем более высокое место в иерархии ценностей и векторов занимают предлагаемые описания. В-третьих, можно получить такой производный показатель, как суммарная абсолютная разность рангов парных ценностей и векторов. Предполагается, что чем меньше значение этого показателя, тем более сбалансирована ценностно-векторная структура. По нашему мнению, показатель сбалансированности «Я-системы» может служить и оценкой наличия, и выраженной внутриличностного конфликта.

3.2.3. Механизмы психологической адаптации

Не меньшее значение для восстановления больных, чем биологические адаптационные процессы, имеют психологические механизмы адаптации, определяющие уровень социально-психологическо-

го функционирования личности и участвующие, как показали наши исследования (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004; Коцюбинский А. П., Петрова Н. Н., Аристова Т. А. [и др.], 2005; Аристова Т. А., 2003; Петрова Н. Н., Аристова Т. А., Чернышева А. Ю., 2007), с одной стороны, в формировании и особенно редукции психопатологической симптоматики, а с другой – в становлении приспособительного поведения (способа социальной адаптации).

Наиболее существенными в процессе адаптации являются две психологические характеристики: копинг и психологическая защита; в случае возникновения болезни к ним присоединяется третья – внутренняя картина болезни.

Копинг. Механизм адаптации, при помощи которого человек осознанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь стрессовых обстоятельств, которые невозможно устраниить, мы называем копингом.

Рекомендуем методику Р. Лазаруса (Lazarus R. S., Folkman S., 1984) для определения особенностей механизмов копинга.

Психологическая защита. Ригидный, жесткий «защитный стиль», формирующийся у психически больных, 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 рекомендуется использовать методику Р. Плутчека в адаптации Л. И. Вассермана [и др.] (2005) – «Индекс жизненного стиля».

Внутренняя картина болезни. 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., Вукс А. Я., 1987; Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1990; Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я., 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 болезни, 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.

3.2.4. Психологические внутриличностные конфликты

Для определения внутриличностных конфликтов нами были привлечены данные методик, уже вошедших в психологический блок функционального диагноза.

3.2.4.1. Конфликтогенные особенности личности

Поскольку предпосылками возникновения интраперсональных конфликтов является сочетание в структуре личности «противоположно направленных» (противоречащих друг другу) черт характера, о конфликтогенных особенностях личности можно судить по данным методики MMPI.

3.2.4.2. Наличие конфликта в системе копинг-механизмов и механизмов психологической защиты

Как показали исследования авторов (Коцюбинский А. П., Аристова Т. А., Дитятковский М. А., Горбунова С. Л., 2006), потенциально дезадаптирующими являются не изолированные психологические

защиты или копинг-стратегии *par excellence*, а их дисгармоничное сочетание и выраженность. Заключение о наличии конфликтов в системе копинг-механизмов и механизмов психологической защиты, дискордантности в сочетании доминирующих защитных механизмов и копингов психолог может сделать по данным методик, уже выполненных обследуемым.

3.2.4.3 Конфликт в системе ценностей личности

В большинстве теоретических концепций представлен один или несколько видов внутриличностных конфликтов. Для того чтобы построить их единую типологию, необходимо основание, в соответствии с которым можно объединить это разнообразие внутренних конфликтов в систему. Такой основой, по мнению многих авторов, является ценностно-мотивационная сфера личности.

Так, в работах А. Н. Леонтьева (1981) и В. С. Мерлина (1996) подчеркивается ценностно-смысловая обусловленность внутриличностных конфликтов. 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». 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 рамках гуманистической психологии личность трактуется как целостная система, обладающая определенной степенью свободы от внешней детерминации благодаря смыслам и ценностям, которыми она руководствуется. Конфликт возникает, когда внутри системы взглядов и ценностей индивида появляются противоречия или когда эта система не соответствует реальному опыту человека. В. Франкл (2000) описывает ведущий внутриличностный конфликт как конфликт ценностей, когда личность стоит перед выбором одного из противоречащих друг другу принципов.

В психологической литературе определяющими факторами интрапсихических конфликтов иногда представляются противоречия в структуре «Я». Однако, как отмечает Д. В. Грешнев (2002), «не только и не столько эти противоречия определяют внутриличностный конфликт, сколько их ценностная природа. Общие и частные самооценки являются следствием индивидуальной системы ценностей, которые становятся критериями самоотношения, самоуважения и определяют содержание отношения индивида к собственному представлению о себе». Точно так же и «особенности социокультурной ситуации и межличностного взаимодействия могут определять и вызывать внутри-

личностные противоречия, но только в том случае, если они или их воздействие на индивида либо являются собой индивидуальную ценность, либо препятствуют реализации значимых ценностей».

По нашему мнению, ценности не только гармонизируют внутренний мир человека, обеспечивая устойчивость, уравновешенность и сбалансированность его проявлений, но и определяют ценностную обусловленность внутриличностного конфликта.

Итак, поскольку лежащие в основе конфликта тенденции, вступающие в противоборство, по существу представляют собой индивидуальные субъективные ценности, для его выявления и всесторонней оценки мы рекомендуем использовать данные методики В. И. Суслова, показывающей степень дисбаланса между системой индивидуальных ценностей и способами их реализации, наличие конфликта в «Я-системе» личности.

Принимая во внимание предположение автора, что «Я» рассматривается как точка отсчета в пространстве, которое задается тремя измерениями: потребность, ценность, вектор, сбалансированность которых определяет «конструктивность» структуры «Я», рассогласованность («деструктивность модели») позволяет сделать вывод об отсутствии или наличии внутриличностного конфликта в «Я-системе». Поэтому мы считаем правомочным применять эту методику для оценки выраженной внутриличностного конфликта, используя значения показателей разности векторов и ценностей, а также показатель суммарной абсолютной разности рангов парных ценностей и векторов.

Данные психологического блока позволяют судить и о мере осознаваемости психологического конфликта. Осознаваемые конфликты – определяются пациентом, верно идентифицируются им как вызывающие психологический дискомфорт. Неосознаваемые – не идентифицируются пациентом как «проблемные области».

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): отрижение, 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 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.

3.2.5. Результатирующий показатель психологического функционирования – психологический диагноз

Совокупность представленных выше психологических характеристик позволяет психологу провести как качественный, так и количественный анализ различных сторон психологической адаптации каждого пациента и в качестве конечного результата сформулировать **психологический диагноз**.

Понятие психологического диагноза нельзя считать достаточно разработанным в современной психологии. В практике этот термин применяется часто в очень широком и неопределенном смысле как констатация количественной и качественной характеристики того или иного признака. В психометрии диагноз является производным от процедур тестового измерения, а психодиагностика определяется как идентификация психологических характеристик индивида с помощью специальных методов. 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. Цель диагностического процесса – ответить на психологические вопросы и подготовить фундамент для решения проблемы. Целостность процесса оказания психологической помощи отражает принцип единства диагностики и коррекции.

Мы придерживаемся точки зрения, согласно которой психологический диагноз в клинике – это результат исследования различных аспектов структуры личности пациента и особенностей его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клинико-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления. Данные о различных сферах психической деятельности должны интерпретироваться в контексте целостного понимания личности и отражать как патологические, так и здоровые ее стороны.

Выявленные психологические особенности испытуемого следует оценивать в контексте его жизненной ситуации (т. е. учитывая данные социального блока функционального диагноза) и клинической формы психического расстройства (по данным биологического блока).

Глава 4

СОЦИАЛЬНЫЙ БЛОК ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Нарушения личностно-средового взаимодействия, социальные конфликты, невозможность реализации личностью своих актуальных социальных потребностей играют существенную роль в психогенезе психических заболеваний. Авторы солидарны с точкой зрения Л. И. Вассермана, Б. В. Иовлева и М. А. Беребина (2004): « ...длительное дестабилизирующее действие социально- frustrирующих 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».

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), т. е. – к снижению их социальной компетентности.

А. В. Снежневский (1972) описывает феномен социальной компетентности как способность к «уравновешиванию с окружающей, в первую очередь, социальной средой». К. А. Абульханова-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».

Современное понимание социальной компетенции объединяет способности индивидуума осуществлять свои личные потребности и реализовывать личные цели во взаимодействии с окружающими, одновременно сохраняя с ними хорошие устойчивые отношения (Дак С., 2001; Рубин К. Х., Роуз-Крэспор Л., 2001; Pfingstein U., 2003; Hinsch R., Pfingstein U., 2007).

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».

Мы также понимаем социальную компетентность как способность к продуктивному приспособлению к социальному окружению, которая обеспечивается адаптационными механизмами (в частности –

копингом), определяющими тип приспособительного поведения и реализующимися в уровне адаптации в различных социальных сферах.

При этом 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., Pfingstein 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 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 нейропсихологического дефицита или когнитивных искажений (изъяны восприятия и интерпретации социальных ситуаций).

В результате снижения социальной компетентности «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 невосполнимым дефицитом социальных возможностей и перспектив» (Гуляевская Н. В., Одарченко Е. М., Дорофеева О. В.).

В целом можно констатировать, что в настоящее время при изучении нарушений социальной компетентности существенную сложность представляет недостаточная определенность дефиниций данного феномена и разнородность измеряемых при этом переменных.

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 единственной помощью в борьбе пациента с последствиями болезни.

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).

В связи с этим в социальном блоке фиксируются не только особенности социального статуса больного и имеющиеся у него социальные проблемы, но и параметры его социальной поддержки.

Наиболее существенными представляются следующие характеристики, влияющие на социальное функционирование пациентов:

- 1) социальный статус больного;
- 2) характеристики социальной поддержки (семья и внесемейное окружение);
- 3) результирующий показатель социального функционирования — социальный диагноз.

4.1. Социальный статус больного

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 (вкупе с другими характеристиками функционального диагноза) позволяет судить о потенциале его возможностей по восстановлению (а возможно, и усовершенствованию) трудовых и социальных навыков и о «мишениях» для его инструментальной социальной поддержки.

4.2. Характеристики социальной поддержки

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, то есть помогаи больному в совладании с требованиями, предъявляемыми окружением (Thoits P. A., 1986) или ситуацией.

4.2.1. Семья

В связи с успехами фармакотерапии все возрастающее число хронически психически больных с разным уровнем ремиссии постоянно проживают в своих семьях. Согласно общей теории систем (Берталланфи 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 семьи 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 функционального 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 осозаемой, 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 операции 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), предназначеннной 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, разработанная 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.

4.2.2. Внесемейное окружение

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

1) влияние, оказываемое на больного формальным (коллеги по работе) и неформальным (друзья) окружением;

2) качество работы социальных институтов (медиков, социальных работников, других организаций), призванных помочь больному в его социализации и разрешении социальных проблем.

Социальная поддержка включает социальную-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).

4.3. Результирующий показатель социального функционирования — социальный диагноз

Социальный диагноз формулируется на основе характеристик социального функционирования и включает в себя особенности социальных проблем и межличностных конфликтов.

4.3.1. Социальные проблемы

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 приспособляться 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 (незанятость), 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.

Анализ всех составляющих социального блока функционального диагноза позволяет выделить и сформулировать характер социальных проблем пациента в виде **социального диагноза**. Конкретные проблемы пациентов являются «мишениями» для работы специалистов в области социальной помощи психически больным.

4.3.2. Межличностные конфликты

Социальный блок функционального диагноза позволяет уточнить не только различные аспекты социальной фрустрированности больного, но и выявить характер возможных межличностных (интерперсональных) конфликтов.

Существует много определений этого понятия. 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 личностные.

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 собственный социальный блок функционального диагноза, то анализ данных психологического блока помогает обнаружить наиболее патогенные

психологические механизмы, обуславливающие существование этих неблагополучных 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 самоценности и самоуважения и в конечном итоге способствует повышению социальной компетентности, поддержанию их «Я» во внешнем обществе (Аппельбаум П. С., 1999).

Итак, анализ данных, составляющих социальный блок функционального диагноза, позволяет определить цели и задачи программы ресоциализации конкретного пациента.

Глава 5

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Результирующие показатели трех блоков функционального диагноза пациента — его клинический диагноз, психологический диагноз и социальный диагноз — в основном помогают специалистам выработать стратегию реабилитационной программы конкретного больного. В то же время для определения тактики терапевтических мероприятий на каждом из этапов болезни следует рассмотреть **интегративные характеристики** биopsихосоциального функционирования пациента (см. рис. 1, с. 26), к которым относятся:

- 1) характеристика биологической адаптации — динамика психического состояния;
- 2) характеристики психологической адаптации — особенности приспособительного поведения и качество жизни;
- 3) характеристика социальной адаптации — уровень функционирования в различных социальных сферах.

5.1. Характеристика биологической адаптации — динамика психического состояния

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. И если при определении 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.

При этом принципиально важным обстоятельством является тот факт, что психические расстройства представлены преимущественно в виде ремиссионных состояний, и диагностическое определение состояния больного как ремиссии (вместо постоянного и неизменного диагноза шизофрении) 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 на возможность и необходимость «управления болезнью».

В западной литературе до сих пор при описании динамики психического состояния широко используются такие термины, как **реакция/ответ** (response), рецидив (relapse), улучшение (improvement), ремиссия (remission), выздоровление (recovery) (Frank E. [et al.], — по Andreasen N. C. [et al.], 2005) и **исход/результат** (outcome).

С нашей точки зрения (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., 2006), наиболее последовательная позиция состоит в том, что реакция/ответ (response) на лечение, определяющая исход/результат (outcome) заболевания (или его этапа), может быть в форме:

1) **ухудшения** (worsening) в виде эндоформной реакции, пререкидива (при незначительно выраженной симптоматике) или непосредственно рецидива (relapse);

2) **улучшения** (improvement), которое по прошествии некоторого времени, разного для различных вариантов течения заболевания, через этап «становления ремиссии» сменяется **ремиссией** (remission), **интермиссией** (intermission) или **выздоровлением** (recovery).

Реакция/ответ на лечение — понятие, которое относится к динамике симптомов на фоне лечения, — обычно измеряется с помощью шкал CGI, PANSS, BPRS, MADRS, Hamilton (HARS); 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.

Учет реакции на лечение полезен для оценки эффективности терапии у психически больных, однако достижение такого рода реакции не является достаточным результатом для практикующих клиницистов, чья цель не редуцировать симптомы на 20–50 %, но получить состояние, максимально близкое к полному исчезновению симптомов (Gopal S. [et al.], 2005), другими словами, психиатр должен стремиться к достижению качественного изменения состояния, максимально возможного на данном этапе заболевания.

Исход/результат нигде конкретно не определяется, можно только отметить, что слово это употребляется в двух значениях. Одно значение – исход заболевания в целом (например, «исходное состояние при шизофрении») (Andreasen N. C. [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). С последним пониманием термина «исход» смыкается понятие «результат лечения», к которому тоже возможно применить термин «outcome».

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. C. [et al.], 2005).

Более детализированное рассмотрение представлений об **ухудшении** (worsening) психического состояния делает необходимым выделение в качестве самостоятельных понятий **«реакции эндогенного типа»** и **«пререцидив»**.

Возможность возникновения экзогенных психических реакций реактивной природы (делирий, аменция, сумеречные состояния и др.), возникающих в ответ на действие острых инфекций и интоксикаций и опосредованных конституциональным предрасположением, обоснована в работах K. Bonhoeffer (1907).

Такого рода состояния, рассматриваемые А. Б. Смулевичем и Э. Б. Дубницкой (2005) в рамках концепции пределиционных (лат. *deliquis* – недостаточный, но предопределенный) типов реагирования, могут протекать не только в форме реакций экзогенного типа. Н. А. Ильина (2006), основываясь на собственных наблюдениях и данных целого

ряда исследований, рассматривает шизофренические реакции (по аналогии с реакциями экзогенного типа), как реакции эндогенного типа.

Таким образом, можно считать, что в настоящее время обоснованы возможности проявления эндоформных расстройств вне рамок эндогенного процесса.

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, бредоподобными 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 недель).

Пререцидив, по литературным данным, представляет собой такой вид ухудшения состояния, которое возникает вне связи с психотравмирующим воздействием, является достаточно продолжительным (без указания на конкретные временные критерии) и характеризуется умеренно выраженной симптоматикой непсихотического или даже психотического регистра, но не достигающей, однако, степени выраженности острого психоза. Место для этих явлений в существующей классификации МКБ-10 не определено.

Понятие о рецидиве (лат. *recidivus* – возвращающийся) как ухудшении состояния, судя по имеющимся данным литературы, разработано в гораздо меньшей степени, чем представление о ремиссии и выздоровлении.

Рецидив, экзацербация, обострение – это ухудшение состояния, которое может напоминать имевшийся ранее активный этап заболевания или отличаться от него, что обусловлено как характером болезни, так и применяемой терапией. При этом клиническая картина рецидива может характеризоваться значительной стойкостью и выраженностью симптоматики непсихотического или психотического уровня.

Формализованные критерии эндоформных реакций, пререцидива и рецидива отсутствуют. В некоторых сообщениях содержатся данные, которые можно использовать как косвенные указания на различную интенсивность расстройств, требующих назначения или коррекции терапии. Но при этом нет никаких указаний на то, имеет ли место у больных эндоформная реакция, пререцидив, истинный рецидив (ухудшение состояния) или стойкое расстройство.

Остается пользоваться формальными критериями, которые установлены для начала и поддержания 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.

В отечественной литературе **ремиссия** (лат. *remission* — уменьшение, ослабление) понимается как улучшение психического состояния, характеризующееся снижением его остроты или выраженности, возникающее либо в результате саногенеза, либо (гораздо чаще) благодаря влиянию медикаментозной терапии (Вовин Р. Я., 1986).

Из всех многочисленных 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 широкий диапазон состояний от граничащих с практическим восстановлением до тех, при которых уже отчетливо выступают симптомы дефекта».

Итак, ремиссия 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. То есть ремиссия — необходимый, но недостаточный шаг к выздоровлению.

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 (Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Ротштейн В. Г., 1985; Свердлов Л. С., Скорик А. И., Галанин И. В., 1991).

В дальнейшем мы будем говорить о «терапевтической ремиссии» (в отличие от спонтанной) как реакции на терапевтические воздействия.

В последние годы интерес к ремиссиям явно возрос (Andreasen N. C. [et al.], 2005; De Hert M. [et al.], 2007; Docherty J. P. [et al.], 2007; Mortimer A. M., 2007; Opler M. G. A. [et al.], 2007;

Penn D. L., Mueser K. T., 1996; Os J. van [et al.], 2006a; Os J. van [et al.], 2006b; Os J. van, Kahn R., 2007), что и привело к определению международно согласованных операциональных критериев ремиссионных состояний. Это понятно с точки зрения запросов практики: больные шизофренией не только во время острых состояний, но и в период ремиссий являются объектом активной терапевтической работы (фармакотерапии, психотерапии и социальной реабилитации). Согласно общепринятым стандартам (Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б., 2007; American Psychiatric Association, 2004) фармакотерапия после купирования симптоматики одного приступа заболевания должна продолжаться в тех же дозах в течение года, а при многоприступном течении – на протяжении не менее 5 лет. В период такой фармакотерапии (т. е. во время ремиссий), возрастает значение сохранения комплена.

В то же время существующее в современных классификациях DSM-IV-TR (2000) и МКБ-10 (1994) разделение ремиссий, в зависимости от наличия или отсутствия резидуальных симптомов, на частичные и полные не характеризует ремиссию как основную цель антипсихотической терапии, не квалифицирует уровень ремиссии и отличается высокой долей субъективности.

В научной психиатрии существуют два более дифференцированных пути определения ремиссии: категориальный и дименсиональный, которые обеспечивают более четкие рамки данной дефиниции.

Категориальный подход основан на феноменологической характеристике расстройств, сохраняющихся вне обострения, или характере наблюдающихся после их уменьшения или исчезновения изменений личности (Жариков Н. А., 1961; Зеневич Г. В., 1964; Морозов В. М., 1953; Смулевич А. Б., Измайлова Л. Г., Ястребов В. С., 1976; Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007).

В последние десятилетия исследователи выделяют качественно различные варианты ремиссии при шизофрении, отражающие в первую очередь клинические особенности эндогенного процесса: симптоматические (неполные) и синдромальные (полные) (Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А., 2007).

Преобладает симптоматический тип ремиссии, который предполагает наличие разного рода резидуальных проявлений шизофрении (отдельные «застрявшие» бредовые идеи, транзиторные галлюцинации и иные позитивные симптомы) на фоне существенной редукции других нарушений острого периода и недостаточно критичного отношения к сохраняющимся болезненным проявлениям: тимопатический, обсессивный, ипохондрический и параноидный типы.

Синдромальная ремиссия предполагает завершенность обратного развития проявлений острого периода, стабильное отсутствие

позитивных симптомов при наличии негативной симптоматики. Эти ремиссии подразделяются в соответствии с характерным синдромом на типы: стенический, астенический, апатический, аутистический, психастеноподобный (два последних относятся к так называемым псевдопсихопатиям).

В недавнем клинико-эпидемиологическом исследовании А. Б. Смулевича [и др.] (2007), посвященном, в том числе, разработке систематики ремиссий, была отмечена высокая частота параноидного, тимопатического и апатического вариантов. При этом отечественные исследователи оценивали ремиссию исходя из трех критерев — клинического, социального и трудового, отказываясь тем самым только от измерительного 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).

Однако категориальный подход к ремиссиям имеет ряд недостатков:

- 1) субъективизм в оценке типа ремиссии;
- 2) отсутствие характеристики степени социальной дезадаптации;
- 3) лишь косвенное упоминание об аффективной и когнитивной составляющих структуру ремиссии;
- 4) отсутствие единого мнения о необходимости выделения и границах временного критерия.

Кроме того, как справедливо отмечается в работах А. В. Потапова (2010) и А. В. Потапова [и др.] (2010), важным показателем, отсутствующим в структуре ремиссий, но характерным для ее определенных типов, является оценка степени осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям.

В связи с этим нам представляется, что осознание болезни и критика к психопатологическим проявлениям заболевания тесно связаны с реституционными компенсаторными механизмами, отражающими разную степень сохранности личности (Морозов В. М., Тарасов Ю. К., 1951; Марковская М. И., 1953; Авруцкий Г. Я., 1957; Амбрумова А. Г., 1962; Мелехов Д. Е., 1963; Зеневич Г. В., 1964).

Реституционные механизмы при формировании ремиссий обеспечиваются появлением у больного во время улучшения состояния так называемых истинных компенсаторных реакций (Мелехов Д. Е., 1963), обозначаемых другими авторами как защитные силы (Волков П. П., 1979) или невродинамические изменения reparatивного и реституционного характера (Морозов В. М., 1953), которые заменяют наблюдаемые в активном периоде заболевания патологические компенсаторные процессы (патогенные компенсаторные процессы по И. В. Давыдовскому, 1962). В результате происходит восстановление нарушенного «рав-

новесия», 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.

Выделено пять типов «истинных компенсаторных реакций», ранжируемых по степени своей «зрелости»:

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

2) **двойственная оценка патологических переживаний** за счет включения построений, конкурирующих с основной их фабулой (Сальникова Л. И., 1995), «существование 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 овладение пациентом своей болезнью, 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» психопатологических переживаний «от адекватных сторон психики» (Рабинович В. И., 1940), «изоляция психотического от сохранныго» (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. Н., 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 внут-

ренной переориентировки; попытка дать своему аномальному состоянию паралогическое объяснение, к которому фактически отсутствует критика («патологическое объяснение патологического»).

Итак, в основе большинства отечественных классификаций ремиссий лежит наиболее яркий и характерный ведущий признак, обусловливающий поведение больного. При этом подчеркивается сущность ремиссии как качественной синдромальной характеристики клинического восстановления, о социальной адаптации говорится вскользь, и ремиссия рассматривается скорее как условие для реализации индивидуумом еще сохраняющихся (хотя и ограниченных болезнью) возможностей существования во внешнем окружении.

В западной литературе ремиссия (*remission*) определяется как «низкоумеренный уровень интенсивности симптома, когда такие отсутствующие, пограничные или мягкие (*mild*) симптомы не влияют на поведение индивида» (Frank E. [et al.], 1991; Nierenberg A., Wright E., 1999; Ninan P., 2001; по Andreasen N. C. [et al.], 2005). «Рабочая группа по ремиссии при шизофрении» (The Remission in Schizophrenia Working Group) определяет ремиссию как состояние, в котором больной переживает улучшение в отношении ядерных центральных знаков и симптомов до такой степени, при которой интенсивность оставшихся симптомов настолько мала, что они больше не «взаимодействуют значимо с поведением, и ниже степени, используемой для верификации (юстификации, *justification*) диагноза шизофрении» (Andreasen N. C. [et al.], 2005).

Процесс разработки критерииев ремиссии при больших психических расстройствах, включая расстройства настроения и тревогу, интенсивно развивается в последние десятилетия (Doyle A., Pollack M., 2003; по Lasser R. [et al.], 2005; Frank E. [et al.], 1991). Подчеркивается, что при ремиссии речь идет именно о симптоматическом, а не о функциональном улучшении, более близком к понятию *«recovery»* (выздоровление). В связи с этим сейчас под ремиссией подразумевают только ослабление ядерных психопатологических симптомов (Os J. [et al.], 2006a). При этом авторы рабочей группы по разработке критерииев ремиссии при шизофрении (Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005) используют именно показатель выраженности расстройств, а не динамику относительного улучшения по сравнению с исходным уровнем (т. е. противопоставляют частное понятие «ремиссия» общему понятию «терапевтическая реакция/ответ» (*response*): необходимая для ремиссии выраженность симптоматики определяется как низкая (недостаточная) лишь тогда, когда она не влияет на поведение пациента. Допустимы также малые изменения в тех симптомах, которые

не сказываются заметно на повседневном функционировании или объективном благосостоянии больного.

При разработке симптоматических критериев ремиссии при шизофрении западные исследователи базировались на факторном анализе ее структуры (Andreasen N. C., Carpenter W., 1993; Bilder R. [et al.], 1985; Andreasen N. C., Grove W., 1986; Liddle P., 1987; Moscarelli [et al.], 1987; Andreasen N. C. [et al.], 1995; Gur R. [et al.], 1991; Liddle P. [et al.], 1989; Arndt S. [et al.], 1995; O'Leary D. S., Flaum M., Kesler M. L. [et al.], 2000; Crespo-Facorro B. [et al.], 2001), результат которого привел к установлению трех измерений (*dimension*):

1) негативная симптоматика (бедность речи и мимики, уменьшение спонтанности моторики, невыразительность жестикуляции, эмоциональная отгороженность и отсутствие модулированности голоса);

2) дезорганизация (неадекватность аффекта, бедность содержания речи, соскальзывания, речевой напор, отвлекаемость внимания);

3) «психотизм» или «искажение реальности» (галлюцинации и бред).

Для количественной оценки этих показателей рекомендуется использовать ряд шкал:

1) SAPS, шкала оценки позитивных симптомов (34 пункта), SANS, шкала оценки негативных симптомов (25 пунктов) (Andreasen N. C., 1982; Andreasen N. C., Olsen S., 1982), используются вместе, диапазон оценок по пунктам 0 (no) – 5 (*severe*). SAPS – SANS разделены на три измерения:

– психотизм (галлюцинации и бред);

– негативные симптомы (аффективное уплощение, алогия, абулия-апатия, ангедония-асоциальность);

– дезорганизация (неадекватный аффект, странное поведение, формальные расстройства мышления).

2) PANSS, шкала позитивных и негативных симптомов (Kay S. [et al.], 1987), оценки 1 (*absent*) – 7 (*extreme*). По шкале PANSS выраженност симптоматики не должна превышать 3 баллов по каждому из следующих пунктов:

– бред (P1);

– необычное содержание мыслей (G9),

– галлюцинации (P3);

– концептуальная (понятийная) дезорганизация (P2);

– манерность и позирование (G5);

– притупленный аффект (N1);

– пассивно-апатическая социальная отгороженность (N4);

– нарушение спонтанности и плавности речи (N1).

3) BPRS, краткая психиатрическая рейтинговая шкала (Overall J., Gorham D., 1962), оценки 0/1 (*non present*) – 6/7 (*most severe*). В этой методике для диагностики ремиссии учитывается снижение выра-

женности 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).

Эти критерии ремиссии согласованы с тремя измерениями факторного анализа и пятью критериями шизофрении DSM-IV. Авторы предлагают рассматривать в качестве симптоматического критерия ремиссий суммарное снижение учитываемых шкальных оценок по шкале PANSS более чем на 20 % и выраженность психопатологической симптоматики по этим шкалам не выше 3 баллов.

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 1 месяца до 2 лет. По мнению рабочей группы, 6-месячный период стабильности является минимальным, чтобы диагностировать ремиссионное состояние.

В значительном числе работ (De Hert M., van Winkel R., Wampers M. [et al.], 2007; Docherty J. P., Bossie C. A., Lachaux B. [et al.], 2007; Mortimer A. M., 2007; Opler M. G. A. [et al.], 2007; Penn D. L., Mueser K. T., 1996; Os J. van [et al.], 2006a; Os J. van [et al.], 2006b; Os J. van, Kahn R., 2007) подтверждается валидность предлагаемых критериев, в том числе, указывается на возможность их использования в натуралистических условиях. Валидизация международных критериев ремиссии проходила в рамках популяционных (Helldin L., Kane J. M. [et al.], 2006) и фармакотерапевтических исследований (Lasser R. A. [et al.], 2005).

Таким образом, существующие международные критерии являются примером дименсионального подхода (в противоположность категориальному подходу Э. Крепелина); они основаны на оценке выраженности ряда показателей различных шкал.

Шагом вперед стали стандарты «Ремиссии при шизофрении», разработанные двумя рабочими группами — американской в 2003 г. и европейской в 2005 г. (Фляйшхакер В., Лашо Б., Канн Дж. М. 2006; Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005). Предлагаемая оценка ремиссий базируется на критериях уменьшения выраженности пяти позитивных и 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). Для верификации ремиссии у пациента все эти симптомы должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выражены (1–3-й уровень по шкале PANSS) на протяжении 6 месяцев (Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.], 2005). Преимуществами такого подхода являются: стандартизация и единообразие получаемых данных с возможностью их использования для мета-анализа, ориентированность оценок на стабильность и долгосрочный исход, наличие порогового интервала длительности ремиссии (более 6 мес.).

Вместе с тем к недостаткам международных критериев ремиссии следует отнести то обстоятельство, что они нацелены на достижение врачом определенных количественных показателей, характеризующих состояние больного, в то время как цель практического врача не ограничивается 20 % редукцией симптомов; она состоит в достижении максимальной редукции симптомов (Gopal S. [et al.], 2005; Rupnow M. [et al.], 2005) и восстановлении функционирования больного (Rupnow M. [et al.], 2005).

Кроме того, в критериях ремиссии отсутствуют параметры социального функционирования: пока, по заявлению авторов международной классификации, не представляется возможным включить психосоциальную дисфункцию в понятие ремиссии и выздоровления/восстановления при шизофрении (Andreasen N. C. [et al.], 2005).

Когнитивные нарушения могли бы быть включены в понятие ремиссии, однако это положение поддерживается далеко не всеми исследователями. 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.

Кроме того, существенное значение имеет аффективная симптоматика (депрессия и нажитая циклотимия), которая представляется обязательной для включения в разработку стандартизованных критериев. 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 (Жариков Н. М., 1961; Зеневич Г. В., 1964; Морозов В. М., 1953; Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А.,

2007), 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).

Важно также и то, что, как подчеркивает А. Б. Смулевич [и др.] (2007), при этом подходе отсутствует типологическая (синдромальная) характеристика ремиссий, а также их дифференциация по степени стабильности; отсутствует дифференцированный подход к различным формам и типам течения шизофрении, в результате чего не учитываются показатели связи ремиссии с предшествующим течением заболевания. Наконец, предложенные международные стандарты охватывают лишь наиболее благоприятный круг ремиссий, оставляя в стороне состояния стабилизации процесса с более выраженным нарушениями.

Не случайно международное определение ремиссии вызывает возражение со стороны отечественных ученых. Как считает А. С. Аведисова (2004), существующие сегодня операциональные критерии ремиссии волонтаристичны. Кроме того, как отмечается в работах А. В. Потапова (2010) и А. В. Потапова [и др.] (2010), с одной стороны, в некоторых случаях предложенный порог в 3 и менее баллов по шкале PANSS оказывается недостижимым, несмотря на длительную стабильность. 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.

В целом А. В. Потапов, анализируя различные клинические типы ремиссий, выявил наиболее значимые области для дальнейшей разработки квантифицированных критериев ремиссии. Во-первых, это позитивная симптоматика, которая у многих стабильных пациентов не достигает предложенного симптоматического уровня по PANSS. Во-вторых, это негативная симптоматика (астенический синдром, апато-абулические проявления, уплощение эмоциональных проявлений, малая доступность, аутистичность). В-третьих, это нарушения мышления и речи.

Наконец, исследование А. В. Потапова (2010) позволило выявить ряд симптомов, которые не были учтены международными критериями ремиссии. Это волевые нарушения в виде нерешительности, амбивалентности при расстройствах типа «зависимой личности», нарушения контроля импульсивности и внутренних побуждений при псевдопсихопатической ремиссии, малоконтактность и эмоциональная отгороженность при аутистической ремиссии, а также дизбулические нарушения при псевдопсихопатической ремиссии

и изменениях типа «фершробен». Следует указать также на необходимость учета когнитивных и аффективных характеристик, имеющихся у больных в период ремиссии.

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 ограничении и характеристике ремиссий при разных вариантах течения эндогенного заболевания.

С точки зрения А. Б. Смулевича [и др.] (2007), наряду с критериями, предложенными исследовательскими группами «ремиссии при шизофрении», облигатным элементом оценки состояний стабилизации процесса является клиническая (типологическая) характеристика ремиссии. Комплексный подход предполагает также анализ ремиссии в аспекте общих закономерностей течения шизофрении (длительность заболевания, тип течения, количество перенесенных приступов и др.).

Совокупность полученных данных способствует уточнению клинического и социального прогноза, позволяет выделить группу риска — нестабильные состояния, несущие информацию о возможности рецидива психоза, — в отношении которой становится особенно актуальной задача сохранения и углубления ремиссии, предотвращения экзацербации процесса. В связи с этим правомерной представляется постановка вопроса о пересмотре критериев ремиссии в сторону их расширения. В противном случае значительная группа состояний с признаками стабилизации процесса не получает адекватной клинической и социальной квалификации и приравнивается к манифестным проявлениям, свойственным прогредиентно текущей шизофрении.

Так, И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова (2008) предлагают в качестве операционально-диагностических критериев ремиссии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра использовать следующие положения.

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

При неполной ремиссии, вне зависимости от выраженности симптомов, необходимо наличие относительно упорядоченного, соци-

ально приемлемого поведения (отсутствие поступков, категорически недопустимых в данной культуре), в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

При этом психопатологические расстройства в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности и становятся «частным делом» больного, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени:

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

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

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

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

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

— депрессивная симптоматика, как правило, носит стертый, атипичный характер с преобладанием нерезко выраженных астено-

адинамических нарушений, с суточной ритмикой (например, улучшением во второй половине дня), снижением витального тонуса, интересов, нерезко выраженной ангедонией и сенесто-ипохондрическими жалобами. Возможно также наличие гипертимии, стеничности, моторной оживленности или смешанного аффекта. Кроме того, на протяжении ремиссии может отмечаться смена знака аффекта. Чувство вины, идеи самообвинения и суицидальные мысли отсутствуют; возможна относительно выраженная негативная симптоматика в виде апатии, слаженности эмоциональных реакций, аутизации, обеднения речевой продукции, однако грубо не нарушающая контакты с социальным окружением, что позволяет при определенной поддержке удерживаться в обществе.

Указанные критерии, естественно, могут быть расширены или уточнены.

Кроме того, как отмечают И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер и Я. А. Сторожакова (2008), на современном этапе понимания патогенеза шизофрении и расстройств шизофренического спектра в рамках биopsихосоциальной модели, оценка достигнутого улучшения в обязательном порядке должна включать и социальные характеристики. При этом необходимо учитывать результаты исследований А. Б. Смулевича [и др.] (2007), которые отметили, что между синдромальным характером ремиссии и уровнем адаптации имеются неожиданные соотношения; это свидетельствует о невозможности оценки качества ремиссии только по социальному критерию.

В то же время сам по себе параметр социального функционирования является одним из важных показателей психического состояния. Не случайно опубликовано большое число исследований о необходимости широкого круга мероприятий психосоциальной реабилитации, направленных на повышение уровня социального функционирования пациентов, что имеет противоречивый эффект и препятствует частым госпитализациям (Bustillo J. R. [et al.], 2001; Hogarty G. E., Kornblith S. J., Greenwald D. [et al.], 1997; Hogarty G. E., Greenwald D., Ulrich R. F. [et al.], 1997; Howard L., Leese M., 2000; Penn D. L., Mueser K. T., 1996).

Таким образом, оценка достигнутого улучшения в обязательном порядке должна включать и социальные характеристики. Учитывая, что для целостной классификации состояния больного необходимо определение выраженности нарушений социального функционирования, необходимо введение социальной оси, тем более что такая ось уже существует в некоторых диагностических классификациях (в частности, в DSM-IV).

К недостаткам предложенной западными исследователями систематики ремиссий можно отнести и подмену некоторых клинических

критериев социальными (синдромальная ремиссия, сопровождающаяся хорошей социальной адаптацией, оценивается как выздоровление). Наиболее распространенная позиция исследователей состоит в том, что ремиссия и выздоровление/восстановление (*recovery*) — не одно и то же (Os J. van [et al.], 2006). Высказывается точка зрения, согласно которой операционные критерии выздоровления, появление которых в будущем возможно, должны включать качество жизни и психосоциальное функционирование (Os J. van [et al.], 2006). При этом диагностика выздоровления/восстановления требует возврата уровня функционирования к показателям, близким к норме (Ballender J. [et al.], 1998, по Andreasen N. C. [et al.], 2005).

По сути дела речь идет о том, что симптоматический критерий, предложенный для диагностики ремиссии, должен быть дополнен критериями функционального улучшения (Rund B., 1990; Rund B., Torgalsboen A., 1989; Torgalsboen A., 1999; Liberman R. [et al.], 2002). В связи с этим оценка выздоровления или, скорее, восстановления (*recovery*) должна включать, помимо оценок симптомов, и критерии функционирования; в качестве последних предлагаются, например, так называемые UCLA recovery criteria, объединяющие оценки ремиссии и функционирования (Kane J., 2006).

Понятие, относимое к функционированию при **выздоровлении/ восстановлении**, также оценивается при помощи многомерных шкал, например, MSIF (Multidimensional Scale of Independent Functioning), PSP (Personal and Social Performance), критерии разработаны и валидизированы J. Kane (2006).

Интермиссия (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.

В связи с этим И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер и Я. А. Сторожакова (2008) предлагают в число диагностических категорий ремиссий включить характеристики личностно-социального восстановления (*recovery*), т. е. использовать, помимо клинико-психопатологической, также социальную и личностную диагностические оси.

Это способствовало бы реализации новых требований к психиатрическим службам, сформулированным в ряде работ по социальному-личностному восстановлению больных шизофrenией (Гурович И. Я.,

Любов Е. Б., Сторожакова Я. А., 2008). Более того, после публикации большого числа работ, посвященных выздоровлению, и широкого признания важности проблемы вряд ли было бы правильным не учесть это в новой редакции МКБ.

Личностно-социальное восстановление, сопровождающееся положительными функциональными изменениями, не является характеристикой какой-либо одной ремиссии, а представляет собой как бы сквозной процесс, даже несмотря на возможные обострения. Именно оценка его выраженности (этапа) важна не только в рамках ремиссии, а как самостоятельная характеристика изменений динамики состояния, в том числе для определения психосоциальных реабилитационных мероприятий.

Указанные дополнения к МКБ могли бы способствовать оптимизации представлений о психических расстройствах, а динамика этих состояний и личностно-социального восстановления больных показывала бы возможности биологической терапии и психосоциальной реабилитации. Кроме того, это приблизило бы МКБ к задачам и особенностям оказания психиатрической помощи на современном этапе (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2008).

Таким образом, обзор критерии динамики психического состояния показывает следующее. В диагностике как ухудшения, так и улучшения психического состояния практически у всех авторов присутствуют выводы о необходимости использования многомерного подхода. Предлагается включить, помимо психопатологического или нескольких психопатологических параметров, психологические и социальные характеристики. Мы попытались все эти подходы, которые пока довольно разрознены и плохо систематизированы, свести воедино, и предлагаем концепцию функционального диагноза, пригодного для задач исследования и практики здравоохранения.

Итак, мы полагаем, что характеристики динамики психического состояния (отражающие особенности биологической адаптации пациента), могут включать в себя как параметры ухудшения (эндоформная реакция, пререцидив, рецидив или экзацербация), так и улучшения (ремиссия и выздоровление). При этом ремиссия рассматривается с точки зрения ее основных характеристик:

а) **категориальной** (клинический тип ремиссии, учитывающий продуктивные, негативные, когнитивные и аффективные компоненты, а также реституционные механизмы, предопределяющие оценку степени осознания болезни и критики к психопатологическим проявлениям);

б) **дименсиональной** (соответствие международным стандартам, т. е. симптоматическому и временному критериям определения ремиссии).

Дименсиональная характеристика, в свою очередь, позволяет считать ремиссии «**полными**» (состояния улучшения, которые соответствуют как критерию степени выраженности симптоматического улучшения состояния, так и стабильности этого улучшения) или «**неполными**» (состояния улучшения, в том числе и на этапе формирования ремиссии, одновременно не соответствующие степени выраженности симптоматического улучшения и/или временного критерия стабильности достигнутого результата лечения).

Интермиссию можно диагностировать только при полном отсутствии каких-либо проявлений болезни на протяжении, превышающем 6 месяцев, а выздоровление — при полном клиническом и социальном благополучии в течение не менее 5 лет.

При этом необходимо подчеркнуть, что психологические и социальные аспекты, характеризующие состояние пациента, должны рассматриваться как самостоятельно существующие оси целостной оценки. Таким образом, если при ремиссии допустимо некоторое «отягощение» этих осей, то при констатации интермиссии и выздоровления — как психологические, так и, особенно, социальные характеристики должны быть не ниже максимальных достижений, имевшихся у пациента ранее.

5.2. Характеристика психологической адаптации

5.2.1. Особенности приспособительного поведения

Первоосновой представления о приспособительном поведении 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 (Schröder H., Vorwerg M., 1978, по Вайзе К., Воловик В. М., 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 уравновешивания со средой, а всегда представляет собой активный поиск, направленный на освоение, преодоление и подчинение среды обитающему в ней живому существу.

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 (риgidное 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) морбиднозависимость;
- 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 приведен-

ных 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.

Выраженное личностно-социальное восстановление.

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

2. 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, помочь другим).

Умеренное личностно-социальное восстановление.

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

Слабое личностно-социальное восстановление.

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

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

С нашей точки зрения, приспособительное поведение представляет собой «биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью» (Воловик В. М., Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1984) и отражает стиль функционирования пациента в социуме.

К представлению о приспособительном поведении близко понимание некоторыми авторами копинга. Нередко понятия копинг и приспособительное поведение вообще используются синонимично (Залуцкая Н. М., 2003), что нам кажется 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.

Предлагаемая нами систематика типов приспособительного поведения базируется на разработках В. М. Воловика (1980) об основных приспособительных тенденциях личности в формировании социального поведения.

Клинически верифицированными оказались три типа приспособительного поведения психически больных, в двух из которых выделены отдельные варианты:

- 1) конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты);
- 2) регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты);
- 3) морбидный.

Рассмотрим их детально.

1. Конструктивный тип. Важной характеристикой конструктивного поведения является наличие у пациентов установки на соизнательную 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 отмечаются развитые 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: социальный и гиперсоциальный.

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, насильтвенным, 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 недоразумений, 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, по Э. Г. Кельмишкеиту (1974), избирательно-активный субвариант.

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).

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 у больных этого типа в форме 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 идеи, 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 больным, имеющим те же цели, свойственно прежде всего искаженное поведение, самой характерной чертой которого является ригидность гиперсоциальной установки, однобоко повышенная социальная активность.

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 становятся действия, направленные на благо окружающих и помочь 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 помочи 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).

2. 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 попыткам 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, мистификация действительности, боязнь неудач.

В рамках этого типа приспособительного поведения выделены следующие варианты: защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый.

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 доморошенного ортобиоза часто полностью овладевають больными, не оставляя места для иных интересов (профессиональных, культурных и прочих). 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.

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 неоформленными 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 прогредиентности заболевания) 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).

Зависимый вариант (включая рентно-потребительский подвариант) наблюдается у больных с особой жизненной позицией, которая отличается прежде всего тем, что такие пациенты постоянно склонны перекладывать все виды ответственности на окружающих. Их продуктивная деятельность чрезвычайно низка, отношение к социальной действительности 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 резкое противоречие с поведением и установками пациентов. Характерным является и полный уход от сложных жизненных ситуаций (свообразный эскапизм, побегание, 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 (Шмуклер А. Б., 1998).

В качестве подварианта зависимого поведения можно рассматривать рентно-потребительское (отчасти совпадающее с нозофильным вариантом ипохондрического развития по В. И. Кашкарову, 1977, и искаленно-тоническим по Г. В. Логгинович, 1990). В системе ценностных ориентаций этих пациентов преобладают индивидуалистические и эгоцентристические 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 тепличной обстановкой и отгороженностью от внешнего мира.

Зависимый вариант приспособления напоминает компенсаторно-приспособительную защиту типа «укрытия под опекой» (Сем-ке А. В., 1995).

3. 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, кататоно-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.

5.2.2. Особенности качества жизни

Интерес к качеству жизни впервые возник в 60-е гг. XX в. в контексте измерения благополучия человеческого бытия, и уже в 70-х гг. Римским клубом это понятие предложено использовать в научных исследованиях. 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.

Функциональный диагноз как многомерное целостное диагностическое описание психически больного объединяет результаты исследовательской деятельности врача, которые интегрируются им в программе лечения, основанной на его клиническом опыте. Однако 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 нею. 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 нонкомплаенса. Подобного рода

расхождения между активностью врача и больного сами становятся предметом исследования, а их результаты используются в лечебных программах. В последние десятилетия стандартным инструментом исследования внутреннего субъективного опыта больного выступают шкалы качества жизни.

«Качество жизни» — одна из самых общих категориальных характеристик человека, определяющих его место в мире. Это и не «уровень жизни», и не «благосостояние», 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 измерениях 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 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.

Качество жизни по определению ВОЗ — это «восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культурных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (Kuypen W., Orley J., Hudelson P., Sartorius N., 1994; WHOQOL, 1993). С точки зрения А. Б. Шмуклера (1998), качество жизни является надежной субъективной характеристикой социального функционирования больных, которую необходимо использовать в практическом здравоохранении. Об этом же, относя «качество жизни» к характеристике психической адаптации, говорят Н. Н. Петрова, А. Ю. Дмитриев и С. Ф. Случевская (1998). Отражая удовлетворенность пациента различными сторонами своего психологического и социального функционирования, характеристика качества жизни включает и его удовлетворенность имеющейся у него социальной поддержкой, которая в значительной степени связана с исходными ожиданиями пациента. Необходимо учитывать субъективные представления больных об оптимальном образе жизни, иначе предлагаемый способ социальной адаптации может быть отвергнут ими как не соответствующий их ценностным ориентациям (Гуляевская Н. В., Одарченко Е. М., Дорофеева О. В., интернет-ресурс).

В медицине принят менее широкий подход при оценке качества жизни человека. Учитывают не все радости и огорчения пациента,

а только те, которые у большинства людей ощутимо зависят от состояния здоровья, т. е. «патозависимые».

Можно выделить несколько причин интереса современных исследователей к патозависимому качеству жизни. Основная причина интереса состоит во всеобщем признании того, что чувства во многом определяют телесное и душевное здоровье людей. И следовательно, эффективность лечения в значительной мере определяется тем, насколько позитивной будет эмоциональная жизнь больного человека после выздоровления.

Но есть и другие серьезные причины. Дело в том, что в современном мире отношения между врачами и пациентами стали гораздо сложнее, чем раньше. Во-первых, разнообразие выбрасываемых на рынок лекарств достигло той критической величины, когда врачи уже не могут принимать оптимальные решения и врачебные назначения содержат все большую долю случайности. Во-вторых, современная реклама настолько сильна, что ее влияние превосходит возможности здравоохранения противодействовать даже явному мошенничеству. В результате возникает невиданное ранее разнообразие терапевтических запросов населения. И вот это многообразие потребительских запросов в сочетании с разнообразием врачебных назначений разрушает нормальное взаимодействие между врачами и пациентами, все чаще порождая «саботаж» — нонкомплаенс, который вынуждает врача больше интересоваться внутренним миром пациента, его ожиданиями, ценностями, причинами недовольства лечением, его результатами и последующей жизнью — следовательно, его качеством жизни.

Таким образом, к настоящему времени стало общепризнанным, что при выборе любых мер лечебного воздействия, помимо узко клинических критериев, следует учитывать также изменение субъективного ощущения благополучия пациента, т. е. его качество жизни. Субъективные шкалы качества жизни фокусируются на тех сферах жизненного благополучия, изменения в которых наблюдаются в результате как различных заболеваний, так и применяемых медицинских вмешательств. В содержании соответствующих опросников субъективная оценка респондентами их здоровья и жизненных условий учитывается в большей степени, чем их объективное функциональное состояние. Такие инструменты измеряют индивидуальное восприятие респондентами своей жизни в тех ее областях, которые связаны со здоровьем, но не предполагают измерять объективное состояние здоровья.

Итак, медицинское определение «качества жизни» — это субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем. Существуют два основных способа измерения ка-

чества 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 недостоверности 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 исследованиях следует раздельно 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 Морозовой М. А., Бениашвили А. Г., 2008).

Помимо перечисленных эффектов общего характера, можно указать на ряд более конкретных преимуществ использования инструментов измерения качества жизни (КЖ).

Практическая медицина. Использование инструментов КЖ позволяет определить наиболее щадящие и эффективные методы терапии, обеспечивающие активное участие пациентов в лечении (снижение нонкомплаенса) и создать алгоритмизированные методики оптимальных лечебных назначений.

Научная медицина. Поскольку все без исключения физиологические, психологические и социально-психологические процессы основаны на эмоциональных переживаниях, они могут и должны изучаться в контексте качества жизни в этиологических исследованиях. При этом использование инструментов КЖ как единого критерия эффективности терапии делает сопоставимыми результаты разных программ, повышает обоснованность научных рекомендаций и способствует интеграции исследований. Кроме того, измерения КЖ психически больных позволяют установить исследовательские приоритеты и направить усилия туда, где ожидается максимальный эффект.

Управление медицинской. Показатель КЖ психически больных – естественный критерий эффективности работы медицинских учреждений. Также он может быть использован для направления исследовательских грантов на изучение в первую очередь тех проблем, решение которых обеспечит реальное улучшение жизни пациентов.

Говоря в целом о шкалах качества жизни, можно отметить, что они могут быть использованы также более широко:

1. В системе взаимодействия отдельного пациента и его лечащего врача. Взаимодействие и взаимопонимание между больным и врачом улучшается благодаря тому, что врач, использующий шкалы для измерения качества жизни и обсуждающий результаты с пациентом, лучше понимает, каким именно образом данное заболевание влияет на переживание пациентом своей жизни. Это придает больший смысл и удовлетворенность работе врача, а в итоге приводит к улучшению качества обслуживания пациента. Более того, сами пациенты могут лучше уяснить себе свое состояние здоровья и связанные с ним жизненные проблемы. Помимо этого, рутинное использование инструмента может усовершенствовать сбор и фиксацию данных о пациентах в историях болезни, а также способствовать обмену ценной информацией между профессионалами.

2. При клинических испытаниях новых лечебных методов и препаратов. На основе полученных данных об улучшении качества жизни пациентов при лечении их определенными препаратами:

а) могут приниматься решения о снабжении лечебных учреждений более широким выбором именно этих медикаментов, а врачи могут изменить свои стереотипы лекарственных и иных лечебных назначений;

б) фармацевтические фирмы могут сосредоточить усилия на поиске лекарств, которые улучшают качество жизни пациентов, а научно-исследовательские и учебные учреждения — скорректировать свои планы и программы таким образом, чтобы развивать и внедрять те виды терапии (проводимой в рамках реабилитационных программ и включающей психо- и социотерапевтические влияния), которые дают максимальный вклад в улучшение качества жизни;

в) административные органы здравоохранения получают инструмент для дополнительной оценки качества работы медицинских служб, а также для принятия решений, куда именно нужно направить средства и усилия при ограниченных ресурсах.

3. В психотерапевтической и психосоциальной работе с психически больными на основе функционального диагноза. Действительно, обнаружение неблагополучных сфер жизни больного с помощью инструментов КЖ само по себе не содержит указаний, чем можно улучшить психосоциальную адаптацию больного, на какие именно психотерапевтические управляемые (податливые) его качества следует воздействовать для улучшения адаптации. Знание же только дефицитарных психологических качеств личности больного (входящих в психологический блок функционального диагноза) не содержит оснований для выбора того из них, воздействие на который позволит устраниить обнаруженное жизненное неблагополучие пациента. Сочетание же качества жизни и психологического параметра образует определенный психологический конгломерат (в том случае, когда оба составляющих его параметра достаточно тесно взаимодействуют), чтобы при изменении психологических параметров происходили и изменения качества жизни.

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., Левченко Е. В., Ломаченков А. С., 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., Левченко Е. В., Ломаченков А. С., 1999).

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 аprobация методики была проведена Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург). Составляющие опросник 36 пунктов структурированы 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**, 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 взаимозаменяюще используется оценка «плохая–хорошая» жизнь (или любой ее фрагмент).

3. Несоблюдение требования фейс-валидности вопросов инструментов. В качестве примера следует указать на нецелевое использование самооценочных функциональных шкал для изучения качества жизни пациентов. Так, при использовании SF-36 реально измеряет-

ся 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.

Указанные недостатки существующих инструментов послужили стимулом для разработки нового инструмента – ПКЖ2Ф².

5.2.2.1. Общие сведения об инструменте ПКЖ2Ф

Опросник разработан на базе трех ранее созданных инструментов, к которым относятся:

1. ВОЗКЖ-100 – ядерный инструмент, созданный ВОЗ в результате широкомасштабного (более 5000 человек) многоэтапного международного (более 20 стран) научного проекта.

2. КЖСМ-44 – специфический инструмент, разработанный в соответствии с методологией ВОЗ для использования в качестве частного модуля – дополнения к ядерному.

3. КЖСД-46 – неспецифический инструмент, разработанный в институте им. В. М. Бехтерева на оригинальной методологической основе.

Инструментальные измерения позволяют объективировать субъективные оценки пациентом своих собственных переживаний жизни и сделать их доступными для лечащего врача и использования в лечении. Указанная объективация возможна потому, что множество субъективных, изменчивых и случайных оценок индивидом своих внутренних эмоциональных процессов организовано в устойчивые образования так, что при случайном изменении каждой отдельной оценки сохраняются неизменными средние характеристики, которые и становятся показателями качества жизни индивида.

Основная методическая идея инструмента ПКЖ2Ф состоит в том, что были учтены достоинства предыдущих шкал КЖ и устраниены их недостатки, что позволило создать измеритель качества жизни, соответствующий предметной области медицинской психологии и психиатрии и пригодный для использования в этиологических исследованиях, а именно, использовались:

– уже существующий банк вопросов ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44 и КЖСД-46 для конструирования специфических вопросников;

² Авторами шкалы ПКЖ2Ф являются старший научный сотрудник, кандидат психологических наук Г. В. Бурковский, доктор медицинских наук, профессор Н. Г. Незнанов, доктор медицинских наук, профессор А. П. Коцюбинский.

- два критерия для валидизации интегрального инструмента;
- апостериорная классификация вопросов, образующих частные показатели КЖ.

Достоинствами нового инструмента измерения КЖ являются:

1. *Интегральность*. ПКЖ2Ф разработан на признаковой базе трех ранее разработанных авторами инструментов: ВОЗКЖ-100 – для больных общего профиля (1998 г.), КЖСМ-44 – для психически больных (1999 г.) и КЖСД-46 – для общей популяции (2003 г.). Благодаря этому обстоятельству новый инструмент обладает всеми достоинствами первичных инструментов и в то же время приобретает новые черты и возможности, обусловленные реструктуризацией объединенной признаковой базы.

2. *Полимодальность*. Для оценки благополучия в конкретных фасетах жизни используются два вида индикаторов благополучия, которые обладают разной чувствительностью к различным сторонам субъективной реальности респондента:

а) индикаторы в формате закрытых пятибалльных вопросов об удовлетворенности респондента, которые используются практически во всех известных измерителях КЖ;

б) индикаторы в формате биполярных семибалльных шкал семантического дифференциала.

Этот формат обладает способностью измерять соотношения наиболее сложных переживаний, возникающих в процессе высших форм функционирования индивида. Данное нововведение позволило обнаружить и ввести в измерительную процедуру ранее не использованный вид показателей саморазвития больного, т. е. его способность находить смысл и цели своего существования и реализовать их в деятельности. Сочетание двух измерительных форматов впервые в практике разработки шкал КЖ позволило охватить весь диапазон переживаний индивида от простейших рутинных форм приспособительной жизнедеятельности до самых сложных форм саморазвития. При этом модули ПКЖ2Ф оказались упорядоченными в соответствии с иерархией тех потребностей индивида, удовлетворение или неудовлетворение которых дает положительный или отрицательный вклад в качество жизни.

3. *Эмпирическая обоснованность*. В данном инструменте разработана новая система показателей, сформированная на основе многомерного анализа и структурирования эмпирических данных, независимо от первичных представлений исследователей о том, какова будет эта структура. То есть в данном инструменте (впервые в практике построения измерителей КЖ) введена система показателей, основанная не на традиционной экспертной классификации, а на естественной группировке исходных ответов на вопросы, что обеспечивает повышение валидности получаемых данных.

4. Отражение психологических механизмов. В описываемой медико-психологической технологии также впервые использованы оригинальные комплексные показатели качества жизни, в которых разнородные субъективные переживания респондента интегрируются в такие сочетания, которые указывают на психологические механизмы, обеспечивающие устойчивость адаптации индивида к реальности.

Благодаря указанным нововведениям инструмент обеспечивает полноту отображения структуры КЖ психически больного, что соответствует современной биopsихосоциальной концепции в психиатрии и медицинской психологии; это создает дополнительные возможности для научно обоснованного совершенствования лечебного процесса и исследовательской деятельности.

5. Актуальность. В настоящее время возникла необходимость в практической реализации новой парадигмы медицинской помощи, направленной не только на избавление пациента от страданий, но и на улучшение его качества жизни. Реализация же такого гуманистического направления деятельности медицинских учреждений невозможна без разработки нового инструментария.

В качестве первичного элемента шкалы рассматривалась фасета. Фасета (в терминологии ВОЗ) – базовый показатель КЖ, состоящий из минимального количества вопросов, который не подлежит дроблению в данном инструменте и используется для построения более общих показателей. В данном проекте 18 двухвопросных фасет используется в качестве основного строительного материала. Благодаря этому обстоятельству исходная признаковая база нового инструмента обладает верифицированной валидностью. Тщательно разработанная международным коллективом исследователей процедура отбора вопросов для первых двух инструментов (ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44) и двухступенчатая процедура отбора шкал третьего инструмента (КЖСД-46) обеспечили измерение именно тех параметров жизни, которые связаны с ее качеством, благодаря фейс-валидности и критериальной валидности всех включенных вопросов.

Надежность инструмента в целом по критерию внутренней согласованности ответов на вопросы анкеты альфа Кронбаха равна 0,89. Тест-ретестовая надежность инструмента ПКЖ2Ф по критерию коррелированности значений суммарного показателя КЖСМ-44 при повторном тестировании с интервалом 1–5 дней равна 0,81.

Валидность инструмента по критерию множественной корреляции всех его вопросов с глобальным (неспецифическим) показателем общего благополучия жизни респондента «жизнь плохая и я ею неудовлетворен – жизнь хорошая и я ею удовлетворен» равна 0,86. Фейс-валидность вопросов обеспечивалась использованием очевидно ценностных предикатов всех вопросов, а именно: предикатом

«удовлетворенность» и его синонимическими эквивалентами (вопросная часть) и предикатом «хорошая—плохая» и его корреляционными и содержательными эквивалентами (семантическая часть).

Критериальная валидность признаков обеспечивалась коррелированностью ($R = 0,35–0,60$) каждого вопроса с глобальными показателями качества жизни, что полностью соответствует методологическому правилу ВОЗ. Согласно этой методологии критериями валидности считаются субъективные оценки респондентом — 1) своей «удовлетворенности» жизнью в целом; и 2) «хорошести» жизни в целом. Эти глобальные показатели качества жизни как эквивалентные критерии гарантируют включение в инструмент только оптимально информативных признаков.

Оба глобальных показателя качества жизни оценивают соотношение позитивных и негативных переживаний жизни индивида, т. е. измеряют качество жизни, и априори нет логических оснований предпочесть один вид оценок другому. Если попросить больного сравнить его отношение к жизни до болезни и после ее развития, то он может использовать как взаимозаменяемые выражения «теперь жизнь стала хуже» или «теперь я меньше доволен жизнью». И это естественно, что влияние заболевания на жизнь можно оценить двумя эквивалентными способами.

Однако невозможно только на основании формулировок двух типов валидизирующих вопросов (сложных стимулов) определить, кому из них можно больше доверять при измерении качества жизни. Действительно, оба стимула включают в себя одно и то же понятие «ваша жизнь», а также близки по смыслу понятию «удовлетворенности» и «хорошести» (блага).

Таким образом, КЖ представляет собой такое отношение индивида к своей жизни, которое включает в себя переживания как удовлетворенности ею, так и оценку ее «хорошести». При этом каждый вид индикаторов сохраняет свою содержательную специфику, которая находит выражение и в статистических данных.

Так, проведенный факторный анализ шести глобальных признаков КЖ явно указывает на наличие содержательной специфики у каждого подхода. Это означает, что каждый формат измерения отображает не только общее — качество жизни, но и свои собственные специфические аспекты этого качества, определяющие и специфические свойства частных показателей, которые могут быть получены в результате применения стандартной процедуры отбора вопросов анкеты из большого числа пробных.

Помимо двух указанных критериев отбора фасет (фейс-валидность и корреляция с глобальным КЖ), для включения в новый вопросник из трех первичных шкал КЖ были также использованы сле-

дующие процедуры, обеспечивающие повышение валидности нового инструмента:

- корреляция с психиатрическим статусом респондента (больной/здоровый), чем обеспечивается достаточная дискриминантная валидность признака;
- корреляция с клиническим статусом больного (начало и конец лечения), чем обеспечивается достаточная высокая чувствительность признака;
- корреляция с тотальной шкальной оценкой (тотальным показателем) ПКЖ2Ф, чем обеспечивается достаточная конвергентная валидность признака.

При этом данные 18 фасет (36 вопросов) обеспечивают 89 % надежность измерения качества жизни по критерию альфа Кронбаха и достаточную валидность по критерию множественной регрессии всех переменных инструмента относительно интегрального глобального показателя КЖ («моя жизнь хорошая и я ею удовлетворен») — $R = 0,86$.

Инструмент представляет собой вопросник (Приложение 2) для самостоятельного заполнения психически больными. Он состоит из 36 закрытых вопросов, обеспеченных 5- и 7-балльными ответными шкалами (расчет всех показателей осуществляется по формулам, разработанным авторами), которые обеспечивают высокий уровень отображения **медицинского качества жизни**. То есть инструмент достаточно полно отображает именно КЖ, связанное со здоровьем психически больных, что и было целью разработки настоящего инструмента.

Медицинское качество жизни — ПКЖ2Ф (Психотикозависимое качество жизни, двухформатная шкала) включает 36 наиболее информативных индикаторов-вопросов. Эти вопросы отобраны из нескольких сотен валидных вопросов, входящих в ранее разработанные нами инструменты: ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44 и КЖСД-46. Высокая информативность всех 36 признаков обусловлена их оптимальной корреляционной чувствительностью к ряду критерии, использованных для включения их в инструмент. Каждый признак чувствителен к валентности жизни (глобальному качеству жизни в ВОЗКЖ-100), к статусу психического здоровья (больной— здоровый), к тяжести психического состояния (поступление—выписка), к «психотикозависимому» качеству жизни (критерий альфа Кронбаха). Благодаря чувствительности отобранных вопросов к указанным критериям итоговый инструмент обладает высокой валидностью (объективно измеряет именно субъективное качество жизни, именно психически больных, именно к изменениям психического состояния), обладает высокой надежностью и хорошей структурированностью, впервые в практике создания таких шкал отображающей базовое деление мотивации респондента на самосохранение и саморазвитие, что соотно-

сится с традиционным представлением о движущих силах активности людей: стремлении к удовольствиям и к избавлению от страданий.

С помощью 36 вопросов вычисляются 18 исходных двухвопросных показателей-фасет, унаследованных от трех ранее созданных инструментов (ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44 и КЖСД-46). Эти фасеты далее используются в качестве строительного материала для вычисления всех остальных специфических показателей инструмента, знание которых необходимо для корректной интерпретации результатов измерений.

В табл. 1 приводится перечень 18 исходных фасет, отобранных по указанным выше критериям, с указанием их изначальной принадлежности к одному из трех первоначальных инструментов, а также краткая экспликация смыслов всех исходных фасет, достаточная для понимания новых показателей, введенных в данном инструменте.

Таблица 1
Исходные показатели ПКЖ2Ф

Источник	Термин	Краткая экспликация смыслов фасет
ВОЗКЖ-100	Самообслуживание	Выполнение повседневных домашних дел
	Работоспособность	Выполнение трудовых операций
	Неутомляемость (выносливость)	Выносливость при выполнении повседневных дел
КЖСМ-44	Общение	Общение с микросоциальным окружением
	Самоконтроль	Управление своим поведением
	Самообладание	Устранение нарушений эмоционального равновесия
	Образ жизни	Привычки и навыки, не приносящие ущерб психическому здоровью
	Самопонимание	Понимание и осознавание себя и происходящего вокруг
	Гармония мира	Восприятие гармонии и красоты окружающего мира
КЖСД-46	Осмысленность	Обнаружение смысла и цели своего существования
	Захватывающая (целеустремленность)	Полная концентрация на поставленных задачах
	Остроумие (креативность)	Обнаружение нестандартных аспектов жизни

Источник	Термин	Краткая экспликация смыслов фасет
КЖСД-46	Уважение	Осознание признания обществом личных достижений
	Правильность	Соответствие жизни личным и социальным нормам и правилам
	Красота	Восприятие мира по критериям красоты и гармонии
	Удачность (удачливость)	Удачливость в использовании экзистенциальных возможностей реальности
	Деятельность	Участие в совместной целеустремленной деятельности
	Радость	Позитивное переживание жизнедеятельности

Исходные фасеты используются в клиническом анализе результатов в качестве источника информации о психологических адаптационных механизмах, обуславливающих качество жизни индивида.

На основе этих 18 исходных показателей-фасет с помощью процедур многомерной статистики сформировано 12 основных новых показателей: 1 основной тотальный показатель (включающий 18 фасет); 2 основных мотивационных (ценностных) показателя (включающие по 9 фасет); 3 основных секторальных показателя (по 6 фасет) и 6 основных сферальных (ядерных) показателей (по 3 фасеты каждый).

Разнокачественные элементы сферальных показателей обозначаются термином «парциалы» (терминальные, инструментально-когнитивные и инструментально-эмотивные), подчеркивающим их частный, зависимый от целого характер, подобно тому, как в технике компоненты любого устройства обозначаются словом «деталь», а каждая деталь является необходимым элементом целого. Таким образом, парциал — это деталь психологического механизма. Специальное описание парциалов будет дано далее, после определения сферальных показателей.

Определения 12 основных новых показателей структуры психотикозависимого качества жизни (ПКЖ2Ф) представлены в сводной табл. 2, иллюстрирующей системные свойства инструмента и дающей понимание логики построения показателей, а также внутренних соотношений между компонентами инструмента, знание которых необходимо для корректной интерпретации результатов измерений.

Таблица 2

Структура основных показателей ПКЖ2Ф

Секторы	Индивидуальное СамоСохранение	Микросоциальное СамоСохранение	Макросоциальное СамоСохранение
Сфераы	СамоОбеспечение (3 фасеты)	СамоАффилиация (3 фасеты)	СамоИнтеграция (3 фасеты)
Ценностно-мотивационные процессы	↑↑↑ СамоСохранение (9 фасет)		
ПКЖ	↓ 18 фасет жизнедеятельности (18 фасет) ↑		
Ценностно-мотивационные процессы	СамоРазвитие (9 фасет) ↓↓↓		
Сфераы	СамоОпределение (3 фасеты)	СамоРеализация (3 фасеты)	СамоУтверждение (3 фасеты)
Секторы	Индивидуальное СамоРазвитие	Микросоциальное СамоРазвитие	Макросоциальное СамоРазвитие

Как указано в центральной строке, 18 фасет образуют основной, главный, общий (тотальный, по терминологии ВОЗ) показатель психотикозависимого качества жизни ПКЖ. Эти 18 фасет в результате факторной процедуры разбиваются на два подмножества, образующих два новых «ценностно-мотивационных» показателя — качество процессов жизнедеятельности, направленных на самосохранение индивида, и качество процессов жизнедеятельности, направленных на саморазвитие индивида. Далее аналогичным способом факторных разбиений образованы показатели качества жизнедеятельности в шести сферах жизни (для процесса СамоСохранения — сферы СамоОбеспечение, СамоАффилиация и СамоИнтеграция, а для процесса СамоРазвития — сферы СамоОпределение, СамоРеализация и СамоУтверждение). Наконец, на основе содержательного анализа структур последних 6 сферальных показателей формируются показатели благополучия индивида в трех секторах жизни (индивидуальном, микросоциальном и макросоциальном), рассматриваемых порознь как индивидуальное, микросоциальное и макросоциальное СамоСохранение, а также индивидуальное, микросоциальное и макросоциальное СамоРазвитие.

График сравнения 12 основных показателей психотикозависимого качества жизни для больных эндогенными психозами при поступлении (внизу), при выписке (в середине) и для здоровых индивидов (вверху) (рис. 2) свидетельствует о способности шкалы ПКЖ2Ф хо-

рошо дифференцировать больных и здоровых индивидов, а также о высокой ее чувствительности к состоянию психически больного.

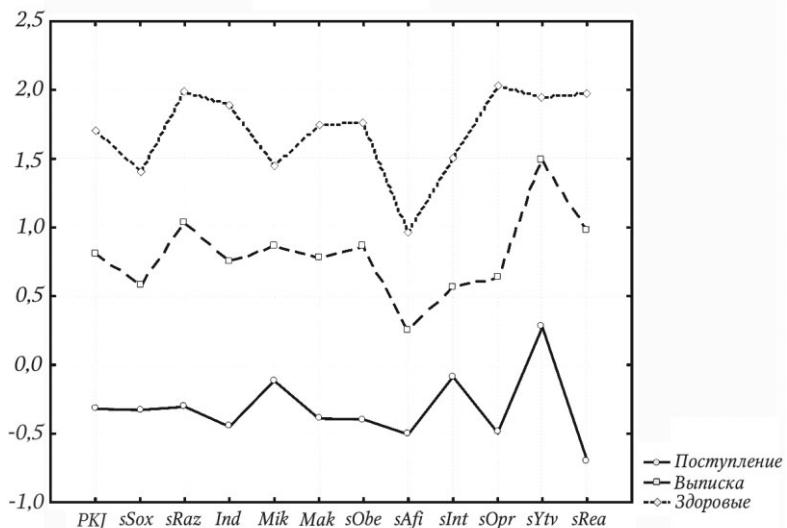


Рис. 2. Зависимость основных показателей ПКЖ2Ф от состояния психически больных людей

Для первоначального (предварительного) знакомства с терминологией, используемой при описании новых показателей инструмента (см. табл. 3), основные показатели ПКЖ2Ф упорядочены в соответствии со следующими наиболее важными понятиями концепции качества жизни.

Адаптационные ценностно-мотивационные процессы. Адаптационные процессы – это две широкие ценностные категории жизнедеятельности, выявленные статистическими (факторными) процедурами и различающиеся по своей целевой направленности на относительно простые регулятивные задачи стабилизации жизненных процессов или на более сложные преобразовательные задачи развития. Первые обозначены как СамоСохранение, а вторые как СамоРазвитие.

Адаптационные секторы – такие три содержательно выделенные широкие категории жизнедеятельности, которые различаются по объекту приложения адаптационных усилий индивида, а именно: он сам, его микросоциальное окружение и его макросоциальная среда.

Адаптационные сферы — это шесть таких статистически выделенных узких адаптационных областей жизнедеятельности, которые отличаются друг от друга сочетанием определенного сектора жизнедеятельности и доминирующей в нем целевой направленности индивида. Например, направленность индивида на СамоСохранение в индивидуальном секторе образует сферу СамоБеспечения, а направленность на СамоРазвитие в макросоциальном секторе жизнедеятельности образует сферу СамоУтверждения.

Таблица 3

Итоговая сводная таблица терминов, принятых для основных показателей инструмента ПКЖ2Ф

Тип показателей	Показатель	Область адаптации
Тотальный	ПКЖ	Вся жизнедеятельность, связанная с психическим здоровьем
Ценностно-мотивационные	СамоСохранение	Регулятивный процесс жизнедеятельности, мотивированный ценностями самосохранения основных параметров своей жизни
	СамоРазвитие	Креативный процесс жизнедеятельности, мотивированный ценностями творческого преобразования и развития своей жизни
Секторальные	Индивидуация	Индивидуальный сектор жизнедеятельности, включающий и регулятивные, и креативные процессы
	Микро Социализация	Микросоциальный сектор жизнедеятельности, включающий и регулятивные, и креативные процессы
	Макро Социализация	Макросоциальный сектор жизнедеятельности, включающий и регулятивные, и креативные процессы
Сферальные	СамоБеспечение	Сфера индивидуальной саморегуляции, обеспечивающая поддержание своей жизнеспособности
	СамоАффилиация	Сфера микросоциальной саморегуляции, обеспечивающая присоединение к ближайшему окружению
	СамоИнтеграция	Сфера макросоциальной саморегуляции, обеспечивающая участие в жизни социальных институтов

Окончание табл. 3

Тип показателей	Показатель	Область адаптации
Сферальные	СамоОпределение	Сфера индивидуальной креативности, обеспечивающая поиск смысла и цели жизни
	СамоРеализация	Сфера микросоциальной креативности, обеспечивающая реализацию своего творческого потенциала
	СамоУтверждение	Сфера макросоциальной креативности, обеспечивающая повышение своего социального статуса

Кроме 36 вопросов, связанных с указанными показателями ПКЖ2Ф, анкета инструмента содержит еще 6 дополнительных вопросов о качестве жизни в целом (глобальное качество жизни), с помощью которых вычисляются 3 глобальных (неспецифических, универсальных) показателя, используемых для сопоставления со специфическими показателями при интерпретации результатов измерений.

Далее дифференцированно рассмотрены основные показатели, относящиеся как к глобальному качеству жизни, так и к медицинскому качеству жизни.

5.2.2.2. Основные показатели глобального качества жизни

Глобальное качество жизни (GKJ). Особое место в инструменте занимают показатели глобального качества жизни. Они не относятся к медицинскому качеству жизни (обусловленному состоянием здоровья или чувствительному к состоянию здоровья и лечения). Технически при разработке инструментов эти переменные использовались для отбора валидных признаков инструмента наряду с признаками состояния здоровья. Суть глобального (универсального) КЖ состоит в измерении безусловного КЖ, которое не зависит ни от каких условий — измеряется просто абсолютный поток позитивных и негативных переживаний, источником которых может быть все, что угодно, а не только изменение состояния психотикозависимой части жизни. Признаки практически не содержат информации о том, каковы источники позитива и негатива в жизни респондента — только обобщенный итог оценок благополучия жизни в целом.

Глобальное качество жизни 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 данном показателе также использованы

всего лишь два самых общих и практически взаимозаменяемых критерия: «удовлетворенности» и «хорошести».

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 обстоятельствам жизни. Глобальный показатель используется для валидизации психотикозависимых показателей и для сравнительного анализа эффективности лечебного процесса. Например, если в результате лечения глобальные показатели резко улучшились, а психотикозависимые остались неизменными, то следует предполагать, что в жизни респондента произошли серьезные благоприятные изменения, улучшающие качество жизни, несмотря на сохранение болезненных проявлений.

В табл. 4 представлены основные показатели глобального качества жизни и соответствующие им вопросы инструмента.

Таблица 4

Структура глобального показателя качества жизни

Виды глобальной жизнедеятельности	Аспекты жизнедеятельности (вопросы)
Глобальное СамоСохранение (GSox)	Как Вы оцениваете свое качество жизни? (G1)
	Насколько Вы удовлетворены качеством своей жизни? (G2)
	В целом, насколько Вы удовлетворены своей жизнью? (G3)
Глобальное СамоРазвитие (GRaz)	Ваша жизнь плохая – хорошая? (N02)
	Ваша жизнь неполноценная – полноценная? (N24)
	Ваша жизнь отталкивающая – привлекательная? (N45)

Глобальное СамоСохранение 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.

Глобальное СамоРазвитие 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 Само-

Утверждению результатов своей деятельности в социуме. Все три аспекта жизнедеятельности, отображающие уровень глобального СамоРазвития, позволяют учитывать все виды переживаний индивида, которые определяют его жизненные предпочтения.

5.2.2.3. Основные показатели медицинского качества жизни

Тотальный (основной) показатель (РКЖ). Психотикозависимое качество жизни – ПКЖ (РКЖ) является самым общим (суммарным) показателем психотикозависимого КЖ в предлагаемом инструменте.

В дизайне данного инструмента операционально определяемое психотикозависимое КЖ – 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 качество жизни» (ГКЖ), измеряющего качество жизни безотносительно к психическому здоровью респондента (и любым другим параметрам респондента).

В табл. 5 приведены стандартные данные о структуре суммарного показателя ПКЖ с указанием основных компонентов психотикозависимого качества жизни, их обозначений и количества вопросов, составляющих каждый компонент.

Таблица 5

Структура суммарного показателя психотикозависимого качества жизни

Процессы жизнедеятельности	Сфера жизни	Обозначение	Количество вопросов
СамоСохранение (SSox)	СамоОбеспечение	SObe	6
	СамоАффилиация	SAfi	6
	СамоИнтеграция	SInt	6
СамоРазвитие (SRaz)	СамоОпределение	SOpr	6
	СамоРеализация	SRea	6
	СамоУтверждение	SYtv	6

Ценностно-мотивационные показатели процесса качества жизни.

1. СамоСохранение 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, однако они становятся доминирующей и ведущей частью жизни индивида при заболевании.

Сфера жизни, в которых протекает процесс СамоСохранения, будут рассмотрены в специальном подразделе «Сферальные (ядерные) показатели качества жизни» (с. 149).

2. СамоРазвитие 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.

Сфера жизни, в которых реализуются процессы СамоРазвития, будут рассмотрены в специальном подразделе (см. с. 152–153).

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:

1) **индивидуальный** сектор жизни, включающий самообеспечение индивида и поиск смысла существования и деятельности;

2) **микросоциальный** сектор жизни, включающий общение индивида с ближайшим окружением и реализацию в нем своего творческого потенциала.

3) **макросоциальный** сектор, к которому относится взаимодействие с макросоциумом и стремление к повышению своего социального статуса.

В табл. 6 показана секторальная структура двух основных показателей жизнедеятельности – СамоСохранения и СамоРазвития.

Индивидуация — это комплексная приспособительная деятельность индивида, объединяющая СамоВобеспечение и СамоОпределение.

Таблица 6

Секторальные показатели психотикозависимого качества жизни

Процессы жизнедеятельности	Сектор		
	Индивидуальный (Ind)	Микросоциальный (Mik)	Макросоциальный (Mak)
СамоСохранение (SSox)	СамоВобеспечение (SObe)	СамоАффилиация (SAfi)	СамоИнтеграция (SInt)
СамоРазвитие (SRaz)	СамоОпределение (SOpr)	СамоРеализация (SRea)	СамоУтверждение (SYtv)

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 поддержание микросоциального статуса. Они основаны на стремлении быть принятым ближайшим окружением и реализовать в нем свои способности и возможности.

Макросоциализация — это комплексная приспособительная деятельность индивида, объединяющая компоненты самосохраняющей и развивающей активности, направленной на свое макросоциальное окружение как объект совместной деятельности в социальных институтах.

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.

Сферальные показатели процесса **СамоСохранения** и соответствующие им фасеты представлены в табл. 7.

Отдельные навыки и приемы «саморемонта» консолидируют- ся в относительно автономную подсистему СамоСохранения, решающую все разнообразие регулятивных задач: от восстановления физиологического комфорта в индивидуальном секторе активности (СамоВобеспечение), навыков межличностного взаимодействия

в микросоциальном секторе активности (СамоАффилиация) до поддержания здорового образа жизни, компенсирующего негативные влияния дисгармоничной внешней среды в макросоциальном секторе активности (СамоИнтеграция).

Таблица 7

Сферальная (ядерная) структура процесса СамоСохранения

Процесс жизнедеятельности	Сфера	Парциалы (фасеты)		
СамоСохранение (SSox)	СамоОбеспечение (SObe)	СамоОбслуживание (SObsT)	РаботоСпособность (RabSK)	НеУтомляемость (NeYtE)
	СамоАффилиация (SAfi)	Общение (ObwT)	СамоКонтроль (SKonK)	СамоПодданность (SOblE)
	СамоИнтеграция (SInt)	Образ жизни (ObrJT)	СамоПонимание (SPonK)	Гармоничность Мира (GarME)

Все три сферы СамоСохранения представляют собой комплексные неоднородные факторы, отображающие структуру психологических адаптационных механизмов. В каждом таком механизме представлен конечный, терминальный, целевой источник неудовлетворенности и способы преодоления этого переживания за счет использования инструментальных (когнитивных и эмотивных) механизмов психологической адаптации.

СамоОбеспечение 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 большого своей способностью выполнять обычные повседневные дела («СамоОбслуживание»), трудоспособностью («РаботоСпособность») и способностью преодолевать усталость («НеУтомляемость»). При высоких значениях этого показателя инди-

вид 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).

Таким образом, СамоВыживание объединяет собственно терминальные переживания самого процесса самообслуживания и вторичные когнитивные и эмотивные переживания успешности или неуспешности выполнения трудовых операций и подавления или контроля усталости.

СамоАффилиация – 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 (терминальная составляющая данного показателя), а с другой – способностями преодолевать трудности общения, обусловленные неадекватными эмоциями или поведением (инструментальная составляющая).

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 общежитию в непосредственном окружении, к успешной самоорганизации своей жизни для самореализации жизненных планов и устремлений, так и самовосстановлению нарушенного болезнью или стрессами равновесия.

Этот показатель так же представлен тремя фасетами, характеризующими удовлетворенность большого своей способностью продуктивно взаимодействовать со своим ближайшим окружением.

Данный фактор отображает работу психологического адаптационного механизма, отражая как психоэмоциональный источник стресса (общение), так и способы совладания с ним (самоконтроль и самообладание). Таким образом, СамоАффилиация объединяет собственно терминальные переживания самого процесса общения и вторичные инструментально-когнитивные и эмотивные переживания успешности или неуспешности подавления или контроля межличностного общения со своим ближайшим окружением.

СамоИнтеграция – это сфера самосохраняющей жизнедеятельности индивида в макросоциальном секторе, которая направлена

на восстановление и частичное совершенствование нарушенных, утраченных или дефицитарных 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 взаимодействия с ним, высоко оценивает благоприятность внешних макросоциальных условий для своего существования. Три фасеты, которыми представлен этот показатель, характеризуют терминалную удовлетворенность большого своей способностью вырабатывать здоровый образ жизни на основе инструментально-когнитивного самопонимания и инструментально-эмотивного принятия окружающей действительности.

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.

СамоИнтеграция объединяет самые существенные терминалные переживания в макросоциальной сфере (неудовлетворенность своим образом жизни) и инструментальные вторичные переживания успешности или неуспешности самопомогающей активности, основанной на инструментально-когнитивном понимании роли своих самовредящих стереотипов поведения и инструментально-эмотивном отношении к окружающему миру.

Сферальные показатели второго базового процесса жизнедеятельности, **СамоРазвития**, и соответствующие им фасеты представлены в табл. 8.

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 микросоциальной среде (самореализация), который обеспечит ему реальные возможности для

достижения поставленных целей в совместной деятельности в макро-социальной среде и в достижении личностного и общественного признания ценности ее результатов (самоутверждение).

Таблица 8

Сферальная (ядерная) структура процесса Саморазвития

Процесс жизнедеятельности	Сфера	Парциалы (фасеты)		
Саморазвитие (SRaz)	СамоОпределение (SOpr)	Осмысленность (OsmCT)	Остроумие (OstUK)	Захваченность (ZaxPE)
	СамоРеализация (SRea)	Деятельность (DeqAT)	Удачность (YdaVT)	Радость (RadVE)
	СамоУтверждение (SYtv)	Уважение (YvaST)	Правильность (PraPK)	Красота (KraPE)

СамоОпределение – 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*. СамоОпределение объединяет терминальные собственно эмоциональные переживания самого процесса целеполагания и вторичные инструментальные когнитивные и эмотивные переживания успешности или неуспешности самововлечения индивида в творческую жизнь.

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).

СамоРеализация 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.

СамоРеализация объединяет терминальные переживания удачности самого процесса достижения жизненных целей и вторичные инструментальные когнитивные переживания успешности или неуспешности целеустремленной деятельности и поддержания эмоционального состояния радости.

Данный фактор отображает работу психологического адаптационного механизма, в котором указывается как терминальный психоэмоциональный источник стресса, так и инструментальные способы совладания с ним.

СамоУтверждение — это сфера саморазвивающей жизнедеятельности индивида в *макросоциальном* секторе его активности, которая направлена на достижение высокого статуса уважаемого члена сообщества. Данная сфера активности является условием возможност 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.

СамоУтверждение объединяет терминальные переживания самого процесса достижения привилегированного макросоциального статуса уважаемого члена сообщества, вторичные инструментально-когнитивные переживания корректности своего поведения и инструментально-эмотивные переживания красоты жизни. Фактически данный фактор отображает работу психологического адаптационного механизма, в котором указывается как психоэмоциональный источник стресса, так и способ совладания с ним путем принятия просоциального образа жизни.

Каждому из шести ядерных показателей психотикозависимого качества жизни в вопроснике ПКЖ2Ф соответствует три вопроса, каждой из 18 фасет — два вопроса.

5.2.2.4. Показатели, производные от основных (парциальные показатели, субпоказатели)

Шесть перечисленных в подразделе 5.2.2.3 сферальных (ядерных) показателей образуют целостную систему (структуру парциальных

лов), которая сама определяет смыслы входящих в нее элементов-фасет, относя их к терминальным, инструментальным: когнитивным или эмотивным компонентам адаптационных механизмов (табл. 9).

Таблица 9

Парциальная структура ядерных показателей (сфер) жизнедеятельности

Сфера	Парциалы сфер (фасеты)		
	Терминальные фасеты	Инструментальные фасеты	
		когнитивные	эмотивные
СамоОбеспечение	СамоОбслуживание	Работоспособность	Неутомляемость
СамоАффилиация	Общение	Самоконтроль	СамоОбладание
СамоИнтеграция	Образ Жизни	Самопонимание	Гармония Мира
СамоОпределение	Осмысленность	Остроумие	Захваченность
СамоРеализация	Деятельность	Удачность	Радость
СамоУтверждение	Уважение	Правильность	Красота

В первой (левой) колонке таблицы представлены шесть сферальных показателей, а для каждого из них в строках указаны упорядоченные компоненты-фасеты. Во втором столбце указаны *терминальные* фасеты, которые непосредственно указывают на главные конечные переживания индивидом эффективности его функционирования именно в данной сфере. В третьем и четвертом столбцах указаны *инструментально-когнитивные* и *инструментально-эмотивные* фасеты, которые указывают на способы преодоления терминального страдания за счет инструментального использования когнитивных и эмотивных адаптационных приемов. Таким образом, таблица демонстрирует механизменную природу качества жизни. В психологических механизмах каждой сферы в качестве психологических «деталей» служат терминальные и инструментальные адаптационные функции индивида.

В описываемом инструменте каждая из шести сфер качества жизни оказалась сопоставленной с тремя парциальными характеристиками адаптационного функционирования. Соотношение этих трех адаптационных способностей имеет решающее значение при интерпретации результатов измерений, позволяет лечащему врачу и исследователю охарактеризовать психологические механизмы, обусловливающие качество данного фрагмента жизни и его динамику. Понимание психологических механизмов является необходимым компонентом и условием эвристической деятельности врача по выработке реабилитационных программ. (Для удобства компьютерной

обработки данных машинные имена парциалов имеют суффиксы Т, К, Е, соответствующие начальным буквам.)

Терминальные фасеты.

Это центральные фасеты своих сфер, выполняющие ведущую роль в мотивации сферальной жизнедеятельности индивида. Они характеризуют способность (навыки, умения, квалификацию) респондента удовлетворять непосредственно те потребности, которые его мотивируют, а не вспомогательные адаптационные способности, которые лишь обеспечивают эффективность реализации терминальных. Например, если индивида мотивирует потребность в общении, то его терминальными способностями являются умение слушать, понимать сказанное и выражать свое мнение, в отличие от его инструментальных способностей — сознательного умения (компетентности) контролировать свое болезненное раздражение и способность совладать со своими эмоциями, что является условием качественного общения.

Инструментальные фасеты.

Характеризуют способность индивида эффективно поддерживать сам процесс достижения терминальных целей с помощью механизмов психологической адаптации. Они подразделяются на *когнитивные и эмотивные*.

Инструментально-когнитивные фасеты: оценивают качество тех компонентов жизнедеятельности, которые обусловливают эффективное использование терминальных способностей на основе информационно-интеллектуальных навыков и умений.

Инструментально-эмотивные фасеты: оценивают качество тех компонентов жизнедеятельности, которые обусловливают эффективное использование терминальных способностей на основе эмоционально-волевого потенциала личности, позволяющего устранять (и предупреждать) возникновение нарушений эмоциональных процессов, связанных со стрессами общения. В нашем примере это способность сохранять самообладание в общении.

Определение парциальных показателей.

Терминальные парциалы сферальных показателей:

1. СамоОбслуживание (SObsT) (сфера СамоВспомоществования).

Фасета «СамоОбслуживание» (способность выполнять повседневные дела) характеризует терминальную составляющую способности индивида выполнять свои обычные ежедневные дела. Она включает как заботу о себе, так и, соответственно, о своей собственности.

Терминальность фасеты означает, что индивид, удовлетворенный своим самообслуживанием, способен непосредственно выполнять необходимые функции обслуживания самого себя на требуемом уровне (покупать, готовить, убирать) в отличие, например, от способности

преодолевать усталость, что является одним из необходимых условий самообслуживания, но им самим не является.

2. Общение (ObweT) (сфера СамоАффилиации).

Фасета характеризует терминальную составляющую способности индивида к микросоциальному взаимодействию — удовлетворенность своими навыками общения как такого. Фасета описывает то, какие чувства вызывает общение у психически больного: в какой степени в общении с другими людьми он находит источник положительных эмоций, удается ли ему переживать в своих отношениях с ними чувства взаимопонимания, эмоциональной близости, эмпатической связанности, взаимной симпатии, удовольствия и т. д. Рассматриваются также отрицательные переживания, которые пациент испытывает, общаясь с другими людьми, например: робость, скованность, стыд, раздражение, отчужденность, непонимание, растерянность, недоброжелательность, агрессия, враждебность, страх, обида и т. п.

В этом показателе отражаются переживания пациентом невозможности самовыражения в общении, трудности использования общения для отреагирования накопленных эмоций, ощущения недостаточной экспрессивности или, наоборот, импрессивности — способности понимать невербальный компонент человеческого общения.

3. Образ Жизни (ObrJT) (сфера СамоИнтеграции).

В данной терминальной фасете описывается удовлетворенность человека имеющимися у него навыками и способностями предпринимать необходимые действия для улучшения своего текущего состояния и своего здоровья в перспективе путем выполнения правил и норм здорового образа жизни.

При этом исследуется то, как человек оценивает имеющиеся у него навыки и способности знать и понимать особенности протекания своей болезни, самостоятельно справляясь с ее течением и симптомами; перерабатывать свои отрицательные переживания в ценный для себя и других опыт, предпринимать необходимые действия для улучшения своего текущего состояния и своего здоровья в перспективе.

Исследуется также, как человек оценивает те аспекты своих привычек и навыков поведения, которые приносят ущерб его собственному психическому здоровью или процессу лечения, например, наличие вредных привычек, принятие на себя чрезмерных нагрузок, или, напротив, бездеятельность, склонность к чрезмерному риску, или отказ от обоснованного риска, использование болезни для получения материальной или иной выгоды и т. п.

4. Осмысленность (OsmCT) (сфера СамоОпределения).

Терминальная фасета «Осмысленность» характеризует удовлетворенность индивида осмысленностью и целеустремленностью его жизни в противовес ее бессмысленности и бесцельности.

Терминальная фасета «Осмысленность» характеризует благополучие индивида, определяемое осмысленностью и целеустремленностью своей жизни в противовес ее бессмысленности и бесцельности.

5. Деятельность (DeqAT) (сфера СамоРеализации).

Терминальная фасета «Деятельность» характеризует благополучие индивида, обусловленное хорошими результатами преимущественно микросоциального взаимодействия, которые проявляются во взаимодействии с партнерами по совместной деятельности в быту и производстве. Указанное микросоциальное взаимодействие предполагает активное участие индивида в согласованных действиях с партнерами в противовес бездеятельности и пассивности.

6. Уважение (YvaST) (сфера СамоУтверждения).

Терминальная фасета «Уважение» характеризует благополучие индивида, обусловленное его удовлетворенностью теми результатами макросоциального взаимодействия, которые проявляются в прямых реакциях признания социальными институтами и коллективами их социальной ценности (уважение, слава) в противоположность издевательству и позору.

Когнитивные парциалы сферальных показателей:

7. Работоспособность (RabSK) (сфера СамоВобеспечения).

Когнитивная фасета Работоспособность характеризует инструментально-когнитивную составляющую СамоВобеспечения. «Работа» означает любой основной вид деятельности, в которую человек вовлечен, что может включать дневное обучение, оплачиваемую работу, неоплачиваемую работу, добровольную общественную работу, заботу о детях и работу по дому. Вопросы не касаются того, что люди чувствуют относительно характера работы, которую выполняют, а также качества их рабочей среды.

В отличие от удовлетворенности самообслуживанием, работоспособность создает лишь условия для успешного самообслуживания (и самообеспечения), но не является самостоятельной целью индивида, к достижению которой он стремится.

8. Самоконтроль (SKonK) (сфера СамоАффилиации).

В данном инструментально-когнитивном показателе отображается способность человека управлять своим поведением, справляться с внешними и внутренними трудностями, и противостоять им, способность справляться с негативными или болезненными переживаниями и контролировать свои поступки. Противоположностью волевого подавления собственных импульсов является переключение на другие виды деятельности, что позволяет отреагировать или компенсировать исходные негативные переживания.

В данной фасете исследуется способность человека к такой деятельности, которая позволяет ему отвлекаться от своих проблем

и чувствовать облегчение, находить для себя «отдушины», тем самым регулируя свое состояние и как бы «уравновешивая» болезнь и связанные с ней неприятности и страдания удовлетворением и удовольствием от чего-то другого, что является одним из условий успешного общения.

9. Самопонимание (SPonK) (сфера СамоИнтеграции).

Данная инструментально-когнитивная фасета исследует то, как человек оценивает свою способность осознавать и понимать происходящее вокруг; бодрость и ясность своего сознания; свою способность ориентироваться в пространстве, времени, обстоятельствах; способен ли он живо «схватывать» происходящее, «быть в курсе» либо, наоборот, чувствует себя «вне мира», «вне реальности». Исследуются также реакции человека на свою способность соответствовать самому себе, изменять, упорядочивать себя и свою жизнь в соответствии со своими представлениями, ресурсами, ценностями, нормами и принципами. Сюда относятся способность правильно определять границы своего «я» и возможность дистанцироваться от окружения, а также способность адекватно соотносить свои собственные впечатления с объективной реальностью.

Самопонимание, как инструментальная способность, является необходимым условием выполнения правил здорового образа жизни в изобилующей вредностями среде.

10. Остроумие (OstUK) (сфера СамоОпределения).

Инструментально-когнитивная фасета «Остроумие» характеризует благополучие индивида, обусловленное способностью обнаруживать нестандартные остроумные решения, видеть юмористическую сторону во многих жизненных ситуациях в противоположность занудству и тупости, и тем самым преодолевать неизбежные фрустрации творческой жизни. В основе остроумия лежит также способность видеть мир во всей его сложности и противоречивости, включая скрытые стороны человеческой мотивации.

11. Удачность (YdaVT) (сфера СамоРеализации).

Инструментально-когнитивная фасета «Удачность» характеризует благополучие индивида, обусловленное удовлетворенностью процессом и результатом своей целенаправленной деятельности в микросоциальном окружении и производственных коллективах. В ней оценочный полюс удачности и везения противопоставляется полюсу неудач и невезения в соответствии с известными нормами данного микросоциального сообщества.

12. Правильность (PraPK) (сфера СамоУтверждения).

Инструментально-когнитивная фасета «Правильность» характеризует благополучие индивида, обусловленное удовлетворенностью от осознавания индивидом того, что его способы достижения своих

межличностных целей соответствуют макросоциальным нормам, правилам и законам: правильность и приемлемость в противоположность неправильному и неприемлемому.

Эмотивные парциалы сферальных показателей:

13. Неутомляемость (NeYtE) (сфера СамоВобеспечения).

Фасета Неутомляемость характеризует инструментально-эмотивную составляющую сферы СамоВобеспечения. Она исследует энергию, энтузиазм и выносливость, с которыми индивид выполняет необходимые задачи повседневной жизни, а также иные виды деятельности, избираемые им самим, такие как, например, отдых.

Неутомляемость, с одной стороны, является условием успешного самообслуживания, а с другой – способом компенсации недостаточных терминальных навыков ухода за самим собой (самообслуживания). Диапазон ответов – от сообщений о полной неспособности делать что-либо из-за усталости до случаев, когда индивид ощущает в себе достаточно энергии, чтобы чувствовать себя действительно бодрым.

14. СамоОбладание (SOble) (сфера СамоАффилиации).

СамоОбладание – это инструментально-эмотивная фасета, характеризующая способность пациента замечать несоответствие его эмоционального состояния известным нормативам, оценивать негативную роль ощущаемых отклонений для его жизни и регулировать свои эмоции, возвращая их в допустимые пределы путем подавления эмоциональных реакций на неприятные ощущения или вытеснения их на периферию сознания.

Самообладание является в буквальном смысле инструментом, обеспечивающим свободную от эмоциональных помех реализацию таких навыков собственно общения, как выслушивание собеседника, преодоление тревожности и стеснительности и т. п.

15. Гармоничность Мира (GarME) (сфера СамоИнтеграции).

Гармоничность Мира – это инструментально-эмотивная фасета, которая охватывает способность человека испытывать удовольствие, наслаждение от гармоничности, упорядоченности и осмыслинности, проявляющихся в повседневной жизни – в делах, общении, труде, хобби, музыке, живописи, архитектуре, природе, спорте и т. п. Фасета в основном исследует уменьшение способности пациента ощущать удовольствие от того, в чем он раньше находил отдых, наслаждение или источник восполнения энергии.

Помимо наличия способностей к эстетической оценке деятельности, здесь учитывается и вызываемое заболеванием уменьшение или ограничение возможностей пользоваться теми источниками наслаждения, которые предоставляет общество, например, из-за снижения доходов или ограничения подвижности, из-за страха общения

и любых других причин. С другой стороны, в этой фасете отражаются переживания человека при встречах с уродливыми, безобразными, дисгармоничными сторонами жизни. Здесь часто имеется в виду особая, повышенная чувствительность пациентов к отклонению действительности от тех требований к ней, которые выработал индивид в течение жизни, а также неспособность избегать встреч с уродливым или выносить его.

16. Захваченность (ZaxPE) (сфера СамоОпределения).

Данная инструментально-эмотивная фасета характеризует отношение индивида к его способности быть полностью захваченным процессом достижения целей и способности ощущать полноту жизни, в противоположность скуке и пустоте. Она оценивает благополучие индивида в рамках его усилий по нахождению смысла своей жизни и постановке жизненных целей благодаря способности концентрироваться на поставленных задачах несмотря на препятствия.

17. Радость (RadVE) (сфера СамоРеализации).

Инструментально-эмотивная фасета «Радость» характеризует благополучие индивида, обусловленное удовлетворенностью теми результатами микросоциального взаимодействия, которые проявляются во взаимодействии с социальными партнерами и коллективами, в противоположность печали и унынию.

С одной стороны, радость индицирует реакцию на успех или неуспех деятельности, а с другой — указывает на межличностную мотивационную роль индивида-оптимиста, способного компенсировать снижение коллективной мотивации при возникновении трудностей и неудач, что является залогом успеха совместной деятельности.

18. Красота (KraPE) (сфера СамоУтверждения).

Инструментально-эмотивная фасета «Красота» характеризует благополучие индивида, обусловленное удовлетворенностью от соответствия жизненных процессов и итогов неосознаваемым личностным и социальным моделям идеального поведения индивида: красота и прекрасное в противоположность уродливому и безобразному. Стремление к красоте в рамках межличностных отношений может служить средством компенсации недостаточной коммуникативной компетентности.

5.2.2.5. Факультативные показатели

Инструмент предоставляет возможность получения трех факультативных показателей глобального качества жизни, которые могут соответствовать особым исследовательским целям отдельных пользователей; например, из микро- и макросоциальных сфер можно образовать новые показатели, охватывающие всю социальную зону

жизнедеятельности (зональные показатели). К таким дополнительным факультативным относятся три показателя, характеризующие всю (микро- и макро-) социальную жизнедеятельность индивида. Эти показатели измеряют качество жизни во всей социальной области в целом и являются простыми обобщениями микро- и макросоциальных сфер и секторов. Расчетные формулы для них включены в Приложение 3.

Структура факультативных показателей ПКЖ представлена в табл. 10.

Таблица 10

Факультативные показатели психотикозависимого качества жизни

Показатели		Микросфера	Макросфера
Социальная жизнь (Soc)	Социосохранение (SocS)	СамоАффилиация (SAfi)	СамоИнтеграция (SInt)
	Социоразвитие (SocR)	СамоРеализация (SRea)	СамоУтверждение (SYtv)

Качество **Социальной жизни** охватывает все процессы микро- и макросоциальных взаимодействий индивида с окружением.

Показатель **Социосохранение** измеряет качество процесса самосохранения жизни в объединенных микро- и макросоциальных сферах.

Показатель **Социоразвитие** измеряет качество процесса саморазвития жизни в объединенных микро- и макросоциальных сферах

5.2.2.6. Дополнительные показатели

Для всех неядерных (несферальных) показателей психотикозависимого качества жизни (тотального, мотивационных и секторальных) можно вычислять парциальные (терминальные, когнитивные и эмотивные) показатели, позволяющие охарактеризовать структурное благополучие индивида в широких областях жизни. Перечень таких дополнительных показателей приведен в табл. 11, а их расчетные формулы указаны в Приложении 4.

Таблица 11

Дополнительные показатели ПКЖ

Вид парциала	Парциалы	Обозначения
Парциалы тотального показателя	Терминальный парциал тотального КЖ	РКЖТ
	Когнитивный парциал тотального КЖ	РКЖК
	Эмотивный парциал тотального КЖ	РКЖЕ

Вид парциала	Парциалы	Обозначения
Парциалы мотивационных показателей	Терминальный парциал СамоСохранения	SSoxT
	Терминальный парциал СамоРазвития	SRazT
	Когнитивный парциал СамоСохранения	SSoxK
	Когнитивный парциал СамоРазвития	SRazK
	Эмотивный парциал СамоСохранения	SSoxE
	Эмотивный парциал СамоРазвития	SRazE
Парциалы секторальных показателей	Терминальный парциал индивидуализации	IndT
	Терминальный парциал микросоциализации	MikT
	Терминальный парциал макросоциализации	MakT
	Когнитивный парциал индивидуации	IndK
	Когнитивный парциал микросоциализации	MikK
	Когнитивный парциал макросоциализации	MakK
	Эмотивный парциал индивидуации	IndE
	Эмотивный парциал микросоциализации	MikE
	Эмотивный парциал макросоциализации	MakE

5.2.2.7. Рекомендации по интерпретации данных измерений

При интерпретации данных обследований с помощью описанных показателей следует учитывать, что все показатели связаны определенными иерархическими соотношениями и являются составными частями психологических механизмов разных уровней, которые перечислены ниже (слева направо – от низшего к высшему).

Механизмы	Иерархии
СамоСохранение – СамоРазвитие	Иерархия процессов
Индивидуальное – социальное	Иерархия сфер
Инструментальные – терминальные	Иерархия фасет

1. СамоСохранение является фундаментом для иерархически вышестоящего, более сложного и более объект-ориентированного СамоРазвития. Вместе они образуют психологический механизм на основе сложных обратных связей, когда потребность в творческом развитии становится источником возмущения (дестабилизации) нижележащих процессов СамоСохранения, которые сами становятся новым стимулом для СамоСовершенствования и СамоРазвития в ходе циклической активности.

2. Индивидуальные процессы самосохранения и саморазвития являются основой, на которой надстраиваются более сложные, широкие и иерархически высокие микро- и макросоциальные процессы. Вместе они также образуют психологические механизмы, действующие циклически на основе принципа обратной связи, когда социальная активность становится стимулом для личностного восстановления или роста.

3. Инструментальные виды активности в каждом компоненте жизнедеятельности образуют основу и тем самым необходимое условие для успешного протекания терминальной (целевой) активности индивида. При этом инструментальные и терминальные способности образуют психологический механизм, в котором терминальная активность дестабилизирует психические процессы, а инструментальная восстанавливает нарушенное равновесие.

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.

5.3. Характеристика социальной адаптации — уровень функционирования в различных социальных сферах

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 приятия 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.

Социальное функционирование психически больных может быть оценено с помощью различных социометрических шкал. В частности, может быть использована шкала личностного и социального функционирования — PSP (Personal and Social Performance Scale), которая оценивает 4 сферы:

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) 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) нарушение отсутствует;

2) слабая выраженность — трудности заметны только лицам, хорошо знакомым с пациентом;

3) 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) 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) сильная (тяжелая) — затруднения, которые делают пациента неспособным выполнять любую роль в данной области без профессиональной помощи или приводят пациента к деструктивной роли; однако опасность для выживания отсутствует;

6) очень сильная (очень тяжелая) — нарушения и трудности такой интенсивности, которые ставят под угрозу выживание пациента.

Четвертая сфера ранжируется следующим образом:

1) нарушение отсутствует;

2) слабая выраженность — пациент слегка груб, необщителен или постоянно недоволен;

3) явная — разговаривает слишком громко, или говорит с другими людьми в слишком фамильярной манере, или принимает пищу социально неприемлемым образом;

4) значительная (выраженная) — публично оскорбляет других, ломает или портит вещи; поведение часто социально неприемлемо, но не опасно — например, публично обнажается или мочится;

5) сильная (тяжелая) — частые вербальные угрозы, или частые эпизоды физического насилия без намерения, или возможности нанесения тяжелых повреждений;

6) 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 в 10-уровневой системе, в рамках которого врач определяет конечный балл (Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L. [et al.], 2000).

С этой же целью может быть использована шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости (Social and Occupational Functioning Assessment Scale — SOFAS), которая также 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.

Наиболее употребительной шкалой, фиксирующей социальное функционирование пациентов, является шкала GAF (Global Assessment of Functioning Scale).

Таблица 12

Социальное функционирование пациентов. Шкала GAF

Коды	Описание функционирования
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
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)
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
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 кражи в доме), но в целом деятельность успешна, межличностные отношения сохранены

Коды	Описание функционирования
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)
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)
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)
30–21	Поведение в значительной степени определяется бредовыми идеями и галлюцинациями; значительное затруднение в общении или критике (например, речь временами бессвязна, совершает грубо неадекватные поступки, суициальная настроенность); не способен функционировать в большинстве сфер (например, целыми днями лежит в постели, безработный, бездомный)
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)
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

Также могут быть полезны шкала глобальная оценка уровня отношений (Global Assessment of Relational Functioning – GARF) и шкала защитных механизмов (Defensive Functioning Scale – DFS).

Однако к недостаткам этих шкал следует отнести то, что одновременно является и их достоинством, — слишком обобщенную оценку функционирования пациента, фактически сводящуюся к одной цифре. 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 доболезненный 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; Katz M. M., Lyerly S. B., 1963). Такая оценка может быть представлена и измерена как профиль 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. При этом, с точки зрения многих исследователей (Наджаров Р. А., Жариков Н. М., Циркин С. Ю., Жабленский А., 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. [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. Горбацевич (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 P. Mason [et al.] (1996), привело авторов к выводу, что социальная адаптация пациентов улучшается к концу 1-го 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 не-плохие 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, связанный с администрированием, и т. д.).

Обобщая данные литературы, M. 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 стационаризаций 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, Häfner H. [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 fertильность (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 (Burr W. A., Falek A., Strauss L. T., Brown S. B., 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. Вартанян (1970), также подтвердив низкую fertильность 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) fertильность 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.

Нами для фиксации уровня функционирования предложена категориально валидизированная шкала социальной активности. 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) организаций 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 катамнестического 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 необходимостью гибкого эмоционально-личностного

реагирования с окружающими. Это позволяет говорить о «кривой» социального функционирования группы больных шизофренией с мало- или умеренно прогредиентным течением.

Описание содержательных характеристик каждого уровня в различных социальных сферах представлено в табл. 13.

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.

Таблица 13

Функционирование больных в разных социальных сферах

Социальная сфера	Оценка в баллах	Характеристика
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, надомнику и т. п.).

Продолжение табл. 13

Социальная сфера	Оценка в баллах	Характеристика
Профессиональная	2	Возможны: а) вечерние и заочные формы обучения без адекватной трудовой нагрузки; б) частая смена мест работы при низкой эффективности деятельности
	3	Работает или учится в адаптированных учреждениях (ЛТМ, спец-ПТУ и т. п.)
	4	Не работает и не учится
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
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)
	2	Неустойчивые супружеские отношения (наличие серьезных размолвок) при «краевом» участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение семейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций)

Продолжение табл. 13

Социальная сфера	Оценка в баллах	Характеристика
Супружеские отношения (исключая сексуальные)	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)
Воспитание детей (при их наличии)	0	Выполняет основную работу по воспитанию детей или существенно помогает супругу, активно участвуя в нем
	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
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.)
	1	Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при формальном отношении к выполнению обязанностей
	2	Ограниченнное, «краевое» участие в жизни семьи при формальном выполнении обязанностей
	3	Деструктивное участие в жизни семьи
	4	Полное неучастие, самоудаление от жизни семьи
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

Социальная сфера	Оценка в баллах	Характеристика
Организация быта повседневной жизни	2	В семье выполняет лишь конкретные бытовые поручения (сходить в магазин, помочь в уборке и т. п.). Не соразмеряет семейные расходы с уровнем потребностей, нерационально расходует деньги. Живя в одиночестве, выполняет хозяйственные задачи лишь отчасти и зачастую плохо, не умеет правильно планировать и укладываться 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 небрежен, хаотичен, непоследователен, постоянно «нестроен», экономически несостоятелен
	4	Способен только к элементарному самообслуживанию или полностью обслуживается другими членами семьи. Жить один не может
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»

Результаты множественной регрессии динамики *профессионального функционирования* больных шизофренией показали, что, независимо от типа течения и клинических особенностей заболевания, на протяжении первых трех лет после выписки из отделения оно улучшалось, а затем, к шестому году катамнестического 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 межличност-

ного 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 немногого сниженным оказался 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 сохранять 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.

Характеризуя в целом интегративные характеристики биopsихосоциального функционирования, можно сказать следующее:

1) характеристика биологической адаптации — динамика психического состояния — помогает клиницисту выбрать тактику лечения, руководствуясь определением текущего этапа заболевания;

2) характеристики психологической адаптации: а) тип приспособительного поведения позволяет определить стиль жизни, способ деятельности пациента, т. е. является качественной характеристикой процесса его функционирования; б) качество жизни — показывает степень удовлетворенности больного своим состоянием и жизнью в целом;

3) характеристика социальной адаптации — уровень функционирования в различных социальных сферах — отражает объективный результат, успешность больного.

Таким образом, интегративные характеристики являются главными обобщающими показателями функционального диагноза, определяющими тактику фармако-, психо- и социотерапии в реабилитационной программе пациента на каждом этапе заболевания, и могут служить надежными индикаторами эффективности терапевтических вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современная биopsихосоциальная 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. 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» (*CMHT – 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 его соавторы (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 (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004). Собственно, эти два варианта бригад (клинический вариант «кейс-менеджмента» и «полипрофессиональная психиатрическая бригада») оказываются столь близкими, что некоторые авторы их практически не дифференцируют.

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., Голланд В. Б., Зайченко Н. М., 2000;

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).

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.

Модель междисциплинарной бригады базируется на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами, относящимися к разным, хотя и связанным дисциплинам и подчиненным 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 ощущимой 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 принести 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 управлеченческой 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).

Итак, для комплексной диагностики состояния больного с целью оптимального выбора соответствующей программы реабилитации необходимо построить эффективное междисциплинарное взаимо-

действие 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 (Гурович И. Я. [и др.], 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. Г. 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 функционального диагноза, 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 каж-

дым из ее членов. Внедрение функционального диагноза 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, вытекающих из особенностей функционального диагноза, решает не только задачу осведомленности участников терапевтического процесса о методах лечения, но и тесного сотрудничества пациент-центрированных специалистов, объединенных общей стратегической целью.

В связи с этим нами предлагается новый диагностический подход — современная разработка функционального диагноза, позволяющая всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и функционировании пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения, что позволяет конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных и дает надежный инструмент взаимодействия различных специалистов в области психического здоровья.

Итак, функциональный диагноз — это целостная оценка психического состояния больного в формате триединого подхода, каждая составляющая которого формулируется в присущих ему диагностических категориях: клинико-биологических, психологических и социальных, отражаясь в интегративных характеристиках.

Системообразующим фактором функционального диагноза являются адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер функционирования пациента. Таким образом, функциональный диагноз позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом и социальном уровне, т. е. является системой многосторонней оценки состояния больного, основанной на единых теоретических позициях.

Функциональный диагноз способствует проведению углубленного и дифференцированного анализа различных (а не только болезненно измененных) аспектов жизнедеятельности пациента. Это представляется особенно важным, так как известно, что даже при аналогичных феноменологических проявлениях заболевания (и, соответственно, одинаковых нозологических диагнозах) социальное функционирование пациентов оказывается очень разным.

Следует особо подчеркнуть, что имеется тесная взаимозависимость как между параметрами внутри каждого из блоков, так и между блоками функционального диагноза. Например, параметр «качество

жизни» тесно связан не только с другими интегративными характеристиками, но и взаимозависим с определяющими их тремя блоками функционального диагноза: клинико-биологическим, психологическим и социальным.

В частности, для психически больных основной жизненной проблемой в период лечения является болезнь. Она же – основной фактор существенного ухудшения качества жизни, связанного со здоровьем. Эндогенное психическое расстройство – это специфический жизненный стресс, несомненно, требующий особых приемов психологической адаптации к нему. Во-первых, обучению отказа от тех присущих пациенту приемов совладания со стрессом, которые связаны со снижением качества жизни. Во-вторых, поддержке старых или тренировке новых адаптивных приемов, способных повышать качество жизни. Особенности же психологической адаптации тесно связаны с характером социальной адаптации. В связи с этим, помимо психофармакотерапии пациентов, необходимо совершенствование способов преодоления больными связанных с болезнью жизненных трудностей, что достигается в процессе групповой и индивидуальной психотерапевтической и социотерапевтической работы (индивидуальная и групповая психотерапия, развитие терапевтической среды и др.).

Если говорить о психологическом блоке, то, оставляя в стороне важность соотношения между собой различных психологических параметров, определяющих уровень психологической адаптации, следует отметить связь психологического блока с особенностями проявления заболевания, с одной стороны, и особенностями социальной ситуации, в которой находится больной – с другой. Их функциональное взаимодействие в значительной мере определяет эффективность и фармакологического лечения, и психотерапии, и социотерапии.

Анализ всех параметров функционального диагноза позволяет сформулировать реабилитационную программу конкретного больного в рамках осуществляемого по отношению к нему биопсихосоциального подхода. Характеристики клинико-биологического блока функционального диагноза определяют прежде всего врачебную стратегию в отношении прогноза течения заболевания и направления психофармакологических воздействий: психологического – направление психокоррекционных воздействий, психосоциального – объем и особенности социотерапевтических мероприятий.

Это 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».

Включение в клиническую методологию функционального диагноза предполагает его использование как в полном (прежде всего — при проведении научных исследований), так и в редуцированном виде, ориентируясь в этом случае только на результирующие характеристики и интегративные показатели функционального диагноза.

При этом функциональный диагноз делает возможным:

1) точнее оценить потенциально имеющиеся адаптивно-компensаторные 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 характеристик функционального 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 функциональный диагноз 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.

Авруцкий Г. Я. О клинике ремиссий и особенностях течения шизофрении с преобладанием бредовых явлений : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1957. — 16 с.

Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М. : Наука, 1976. — 272 с.

Алексеев Б. Е. Психически больной в семье // Обозрение 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.

Амбрюрова А. Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1981. — С. 35—49.

Амбрюрова А. Г. Течение шизофрении по данным отдаленного катамнеза. — М. : Институт психиатрии МЗ РСФСР, 1962. — 218 с.

Аммон Г. Динамическая психиатрия. — СПб. : Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. — 198 с.

Аммон М. [и др.]. Модель терапии и психологической диагностики в клинике динамической психиатрии : методические рекомендации. — СПб., 2004. — № 6. — С. 4—7.

Аммон М. Динамическая психиатрия как интегративная концепция терапии психических расстройств // Российский психиатрический журнал. — 2000. — № 6. — С. 4—7.

Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания. — Москва ; Воронеж, 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.

Ануфриев А. К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. — М., 1974. — С. 18–22.

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. Изучение особенностей полоролевой идентичности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией // Третий всероссийский съезд психологов «Психология и культура». — СПб., 2003. — С. 154–158.

Аристова Т. А. [и др.] Сравнительные исследования эмоционально-мотивационных нарушений при заболевании неврозами и неврозоподобной шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2000. — № 1. — С. 32–35.

Аристова Т. А., Петрова Н. Н., Велимбовская Е. Д. Особенности познавательной деятельности при шизофрении // Бехтеревские чтения : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. — СПб.; Киров, 2003. — С. 327–330.

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.

Ассаджиоли Р. Духовное развитие и его кризисы // Психология человеческих проблем / сост. К. В. Сельченок. — Минск : Харвест, 1998. — С. 106–124.

Баев А. А. Мир – познание – личность // Человек. — 1999 — № 6 / Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru./VV/PAPERS/MEN/BAEV.htm>.

Баженов А. С. К вопросу о месте социального работника в реабилитации психически больных // Медицинские исследования. — 2001. — Т.1. — Вып. 1. — С. 114.

Бандура А. Теория социального обучения. — М. : Евразия, 2000. — 320 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 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1996. — № 3. — С. 30–34.

Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л., 1988. — 268 с.

Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). — М. : Фолиум, 1994. — 175 с.

Беркман А. М., Бурковский Г. В., Левченко Е. В. Толерантность петербуржцев 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. – 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.

Бизюк А. П. Основы нейропсихологии: учебное пособие. – СПб. : Речь, 2010. – 293 с.

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 прогредиентностью // 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.

Божович Л. И. Проблемы формирования личности. – Москва ; Воронеж, 1995. – 352 с.

Братусь Б. С. Аномалии личности. – М. : Мысль, 1988. – 304 с.

Бурковский Г. В. Отношение психически больного к госпитализации и лечебно-восстановительным воздействиям реабилитационного отделения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1987. – Вып. 7. – С. 1072–1075.

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) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2008. – № 1. – С. 23–27.

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.

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., 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., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : методические рекомендации. — СПб. : Изд-во СПБНИПИ 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., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. Теория, практика, обучение. — М. : ACADEMA, 2003. — 725 с.

Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. — 3-е изд. — СПб. : Питер, 2008. — 512 с.

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.

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. 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. [и др.] Клиника и типология дефицитарных нарушений при шизофрении. Постановка проблемы // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение). — СПб., 1991. — С. 6–29.

Вовси М. С. Руководство по внутренним болезням: Болезни системы мочеотделения. — М. : Медгиз, 1960.

Войтенко Р. М., Синкевич В. Н. Функциональный клинико-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.

Волобаев В. М. К вопросу о функциональном диагнозе синдрома эмоционального выгорания // Психотерапия. — 2008. — № 11. — С. 25—29.

Воловик В. М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофrenии и проблема ранней реабилитации больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1980. — 39 с.

Воловик В. М. О приспособляемости больных шизофrenией // 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 шизофrenией // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976. — С. 26—28.

Воловик В. М., Коцбинский А. П., Шейнина Н. С. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофrenией // Ранняя реабилитация психически больных. — Л., 1984. — С. 39—46.

Воловик В. М., Вид В. Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М. : Медицина, 1989. — С. 98 — 117.

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.

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 шизофrenии // Современные проблемы шизофrenии. — М. : Биомедгиз, 1933. — С. 106—111.

Гладкова К. И. Клинико-социологические исследования вялотекущей шизофrenии и некоторых форм пограничных расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1974. — 34 с.

Горбацевич Л. А. Динамика клинических проявлений и социальной адаптации больных вялотекущей шизофrenией (эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Вып. 1. — С. 116—121.

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., Одаргенко Е. М., Дорофеева О. В. Социально-медицинская реабилитация психически больных // <http://www.hyggeia.ru/content/sotsialno-meditsinskaya-reabilitatsiya-psikhicheskikh-bolnykh>.

Гурович 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.

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., Зайгенко 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., 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.

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. [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.

Гусева О. В. Мультимодальная психотерапевтическая программа (с бригадным обслуживанием специалистов) для больных эндогенными психозами в условиях стационара // Психотерапия. — М., 2007. — № 12. — С. 30—35.

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»).

Дмитриева Т. Б. Введение : Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. — М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — С. 9—14.

Добрjak С. Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе : автореф. дис. ... канд. псих. наук. — СПб., 2004. — 24 с.

Елгазина Л. М. Формы и условия компенсации бредовых состояний в ремиссии при вялотекущей шизофрении // Проблемы шизофрении. Вопросы клиники. — М., 1962. — С. 492—503.

Жариков Н. А. Клиника ремиссий при шизофрении в отдаленном периоде заболеваний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1961. — 20 с.

Жулина И. В., Анашикина Л. М., Яздовская А. В. Семейная адаптация больных шизофренией // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). — Томск, 1998. — С. 63, 64.

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.

Залузская Н. М. Взаимодействие в семьях больных эндогенными психозами : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003. — 23 с.

Залузская 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.

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.

Зейгарник Б. В. Патология мышления. М. : Изд-во Московского университета, 1962. — 244 с.

Зеневиг 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.

Зеневиг 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. ... д-ра мед. наук. — М., 2006. — 22 с.

Исаева Е. Р. Возможности психологической диагностики в психиатрической клинике // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. — СПб., 2009. — Т. 2. — С. 48—53.

Йерон 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. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб., 1998. — 256 с.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — Л. : Медицина, 1978. — 232 с.

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.

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.

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.

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 Асоції 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.
- 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.* Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных : автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1999. — 46 с.
- Коцюбинский А. П. [и др.]* Методы психологической диагностики больных с эндогенными психическими расстройствами : усовершенствованная медтехнология. — СПб. : СПбНИПИ им. В. М. Бехтерева, 2006. — 47 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 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2004. — Т. 1. — № 1. — С. 7—10.
- Коцюбинский А. П. [и др.]* Факторы психологической адаптации больных с эндогенными психическими заболеваниями // Психиатрия. — 2005. — № 5. — С. 22—25.
- Коцюбинский А. П., Скорик А. И.* Оценка динамики психического состояния // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2006. — Т. 3. — № 2. — С. 4—7.
- Коцюбинский А. П. [и др.]* Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб. : Гиппократ плюс, 2004. — 336 с.
- Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С.* Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1996. — № 2. — С. 203—212.
- Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пентул 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., Пентул Н. А.* Функциональный диагноз в психиатрии (сообщение 2) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Т. 16. — Вып. 4. — С. 86—89.

Красик Е. Д., Смольянинова В. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента хронически больных шизофренией «нового типа» // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1985. — Вып. 5. — С. 742—746.

Краснов В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18. — Вып. 1. — С. 5—11.

Краснов В. Н. [и др.] Психиатрическая помощь больным шизофренией : клиническое руководство. — М., 2007. — 260 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.

Кругиус Н. В. Личность в конфликте. — Саратов : Изд-во Сарат. Ун-та, 1976. — 144 с.

Курек Н. С. Экспериментально-психологическое исследование особенностей целенаправленного поведения у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — Вып. 12. — С. 1858—1863.

Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. — М. : Политиздат, 1975. — 304 с.

Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. — М. : Изд-во МГУ, 1981. — 584 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., Повяжель 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 : научные записки Моск. гос. инс-та экспериментальной психологии. — Т. 6. — М., 1930.

Лэнг Р. Д. Расколотое «Я» : пер. с англ. — СПб. : Белый Кролик, 1995. — 352 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 психогенезах типа реакции отказа у больных вялотекущей шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987. — Вып. 5. — С. 703—709.

Макушин 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.

Макушин Е. В. Принципы диагностики в подростковом возрасте // Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. — М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007а. — С. 252—280.

Малкин П. Ф. Бесспорное и спорное в учении о шизофрении // Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). — М., 1962. — С. 148—155.

Марковская М. И. Шизофренические ремиссии в свете диспансерного наблюдения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1953. — Вып. 3. — С. 200—202.

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 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.

Морозова М. А., Бениашвили А. Г. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении // Психиатрия и психо-фармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2008. — Т. 10. — № 2. — С. 4—12.

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. Шкалы психометрической оценки шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. — М. : Новый цвет, 2001. — 237 с.

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.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л. : Изд-во ЛГУ, 1960.—426 с.

Наджаров Р. А. Формы течения // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. — М. : Медицина, 1972. — С. 16—76.

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.

Недува А. А., Нисс А. И. О типологии состояний при выписке из психиатрической больницы и об оценке эффективности терапии больных эндогенными психозами // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1979. — Вып. 6. — С. 780—788.

Незнанов Н. Г. Биopsихосоциальная парадигма — новые тенденции и стартовые 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 биopsихосоциальной парадигме. — СПб. : ВВМ, 2007. — 248 с.

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 // Обозрение 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.

Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия / под ред. проф. И. Я. Гуровича : пер. с нидерл. — М., 1993. — 319 с.

Пережогин Л. О. Судебно-психиатрическая оценка волевых расстройств с учетом ст. 22 УК РФ (электронный ресурс) : дис. ... канд. мед. наук // Русский медицинский сервер. — М., 2001. — Режим доступа: http:// www.rusmedserv.com/uk22.htm.

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., Дмитриев А. Ю., Слугевская С. Ф. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно-психическими и соматическими расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1998. — № 2. — С. 60—62.

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.

Плотигер А. И. О сознании болезни при шизофрении // Проблемы психиатрии. — Киев, 1970. — Вып. 1. — С. 29—36.

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., 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.

Потапов А. В. Стандартизованные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении (популяционное, фармакоэпидемиологическое и фармакотерапевтическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 24 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., Аришавский 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. Избранные философско-психологические труды. — М. : Наука, 1997. — 463 с.

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — М. : Учпедгиз, 1946. — 704 с.

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М. : ЗАО «Изд-во ЭКСМО-Пресс», 1999. — 448 с.

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практическое руководство. — М. : Апрель-Пресс : Психотерапия, 2007. — 224 с.

Рустановиг 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.

Рустановиг 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 шизофrenией с разной степенью выраженности дефекта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — Вып. 12. — С. 1846–1850.

Сальникова Л. И. Больные параноидной шизофренiей 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 шизофrenией на отдаленных этапах течения заболевания (по данным клинико-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 шизофrenических приступах // Биологическая терапия в системе реабилитации психически больных. — Л., 1980. — С. 48–60.

Свердлов Л. С., Скорик А. И., Галанин И. В. О механизмах развития рецидива при эндогенных психозах: Длительность ремиссий при шизофrenии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. — Вып. 1. — С. 89–94.

Свердлов Л. С. Ремиссии и рецидивы при приступообразной шизофrenии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1986. — 48 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.

Семигов С. Б. Предболезненные психические расстройства. — Л. : Медицина, 1987. — 182 с.

Семке А. В. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофrenии : автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Томск, 1995. — 50 с.

Серебрякова З. Н. Динамика трудоспособности больных с непрерывным течением шизофrenии по данным эпидемиологического исследования // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1972. — Вып. 3. — С. 430—437.

Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1994. — 32 с.

Сметаникова Е. А. Многоосевая оценка психического здоровья лиц призывающего возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008 — 16 с.

Смулевич А. Б., Ильина Н. А. Концепции шизофrenии — современные подходы — оценки и дискуссии (по материалам XV Всемирного конгресса по психиатрии, Буэнос-Айрес, 18—22 сентября 2011 г.) // Психиатрия и психо-фармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — Т. 14. — № 1. — С. 4—9.

Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Психопатология и терапия шизофrenии на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. — 2005. — Т. 7. — № 4. — С. 3.

Смулевич А. Б. Расстройства личности и шизофrenия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2011. — Т. 1. — С. 8—15.

Смулевич А. Б. Расстройства личности. — М. : Медицинское информационное агентство, 2007. — 192 с.

Смулевич А. Б. [и др.] Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А. Б. Смулевича. — М. : Логос, 1992. — 176 с.

Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А. Проблема ремиссий при шизофrenии: Клинико-эпидемиологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2007. — Т. 107. — № 5. — С. 4—15.

Смулевич А. Б., Волель Б. А. Современные аспекты психофармакотерапии расстройств личности // Психиатрия. — 2004. — № 5 (11). — С. 7—13.

Смулевич А. Б., Измайлова Л. Г., Ястребов В. С. Типология дефектных состояний с синдромом монотонной активности у больных шизофrenией (к проблеме поздних ремиссий) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1976. — Вып. 9. — С. 1372—1379.

Смулевич А. Б. [и др.] Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогенеза) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 2. — С. 4—9.

Снежневский А. В. Nosos et pathos schizopreniae // Шизофrenия. Мультидисциплинарное исследование. — М. : Медицина, 1972. — С. 5—15.

Снежневский А. В. Симптоматология и нозология // Шизофrenия. Клиника и патогенез. — М. : Медицина, 1969. — С. 5—28.

Снежневский А. В. Место клиники в исследовании природы шизофrenии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1975. — Вып. 9. — С. 1340—1345.

Сонник Г. Т., Милявский В. М. Негативные симптомы в структуре шизофrenии // История Сабуровой дачи. — 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.
- Судаков К. В. Общая теория функциональных систем. — М. : Медицина, 1984. — 224 с.
- Судаков К. В. Иммунные механизмы системной деятельности организма: факты и гипотезы // Иммунология. — 2003. — Т. 24. — № 6. — С. 372–381.
- Суслов В. И. Ценностно-векторная структура «Я» // Ананьев Б. Г. Ленинградская школа в развитии психологии : материалы научно-практической конференции / отв. ред. Ю. И. Филимоненко; СПбГУ, факультет психологии, научно-исследовательская программа «Народы России: возрождение и развитие». — СПб., 1995. — 152 с.
- 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 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1994. — № 4. — С. 55–69.
- Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства. — М. : ООО «Мединское информационное агентство», 2007. — 784 с.
- Тэхкэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход : пер. с англ. — М. : Академический проект «Концепции», 2001. — 576 с.
- Ураков И. Г. Дефектные состояния при вяло протекающих параноидной и простой формах шизофrenии (клиника и трудоспособность) // Социальная реадаптация психически больных. — М., 1965. — С. 65–80.
- Ушаков Ю. В. [и др.]. Некоторые результаты социально-экономического изучения больных шизофrenией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. — Вып. 10. — С. 91–94.
- Федоров А. П. Когнитивная психотерапия : учебное пособие для врачей. — СПб. : Издание Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей, 1991. — 20 с.
- Фляйшихакер В., Лашо Б., Кайн Дж. М. Стандартизованные критерии ремиссии при шизофrenии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Вып. 3. — С. 80–84.
- Франкл В. Человек в поисках смысла. — М. : Прогресс, 1990. — 368 с.
- Франкл В. Воля к смыслу. — М. : Апрель-Пресс ; ЭКСМО-Пресс, 2000. — С. 97.
- 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., Рустанович А. В. О феноменологической и функциональной оценке состояния в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1998. — № 1. — С. 66–68.
- Хиберт 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.

Холь И. Невротический конфликт // Ключевые понятия психоанализа : пер. с нем. / под ред. В. Мертенса. — СПб. : Б & К. — 2001. — С. 138–144.

Хорни К. Наши внутренние конфликты. Невроз и развитие личности // Собр. соч. : в 3 т. — М. : Смысл, 1997. Т. 3. — 696 с.

Хьюлл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. — СПб. : Питер Пресс, 1997. — 608 с. (Сер. «Мастера психологии».)

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.

Цуцульковская 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.

Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 4) (Электронный ресурс) // Новости украинской психиатрии. — Харьков, 2005. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper193.htm>.

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.

Червinskая К. Р. Компьютерная психодиагностика и инженерия знаний. — СПб. : Ювента — 2002. — 624 с.

Червinskая К. Р., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. — СПб. : ООО «ЛСП», 2000. — 412 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.

Чумагенко 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., Рустанович А. В., Мишуринский Э. Э. К вопросу о многоосевой оценке психического состояния // Психиатрические аспекты обще-

медицинской практики : сб. тезисов научной конференции с международным участием 26–27 мая 2005 г. — СПб., 2005. — С. 242–245.

Шанин В. Ю. Патофизиология критических состояний. — СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2003. — 436 с.

Шанин В. Ю., Кропотов С. П. Клиническая патофизиология функциональных систем. — СПб. : Специальная литература, 1997. — 332 с.

Шварц Ф. Психоаналитическое исследование психозов // Ключевые понятия психоанализа : пер. с нем. — СПб. : Изд-во Б & К. — 2001. — С. 178–182.

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. : ИМАТОН, 2002. — С. 189–192.

Шейнина Н. С. [и др.]. Психопатологический диатез : (предвестники психических заболеваний). — СПб. : Гиппократ, 2008. — 128 с.

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. [и др.]. Формирование семьи у больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом по данным эпидемиологического обследования (рождаемость) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 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.

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 антисоциального 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. — СПб., 2007. Ч. 2. — 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.

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 практик

тической психологии и психоанализа. 3 сент., 2009. Москва. yagniuk@yandex.ru
ru. <http://www.yagniuk.ru>

Ялтонский В. М., Сирота Н. А. Социальная поддержка и наркомания // Обозрение 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. 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.

Ястребов В. С. [и др.]. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2008. — № 6. — С. 4—10.

Adler A. The practice and theory of individual psychology. New York : Harcourt, Brace & World, 1927.

Aleman A. [et al.] Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 1358—1366.

American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2nd ed. // Am. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 161. — Suppl. 2. — P. 1—114.

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., Arndt S., Alliger R. [et al.]. Symptoms of schizophrenia: methods, meanings and mechanisms // Arch. Gen. Psychiat. — 1995. — Vol. 52. — P. 341—351.

Andreasen N. C., Carpenter W. T. Diagnosis and classification of schizophrenia // Schizophr. Bull. — 1993. — Vol. 19. — P. 199—214.

Andreasen N. C., Carpenter W. T., Kane J. M. [et al.]. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // Am. J. Psychiat. — 2005. — Vol. 162. — № 3. — P. 441—449.

Andreasen N. C., Grove W. M. Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia // Psychiatr. Psycholog. — 1986. — Vol. 1. — P. 108—121.

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.

Arndt S., Andreasen N. C., Flaum M. [et al.]. A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia: predictions and patterns of change // Arch. Gen. Psychiat. — 1995. — Vol. 52. — P. 352—360.

Beck A. T. Rush A. J., Shaw B. F [et al.]. Cognitive Therapy of Depression. — New York : Cuilford, 1979.

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.

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 : Deuticke F., 1914. — 404 s.

Bilder R. M. [et al.]. Symptomatic and neuropsychological components of deficit states // Schizophren. Bull. — 1985. — Vol. 11. — P. 409—419.

Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie / Hrsg. von G. Aschaffenburg. — Leipzig ; Wien. : Fr. Deuticke, 1911. — Spezieller Teil. — Abt. 4. — 420 s.

Bleuler E. Zur Unterscheidung der Phisiogenen und des Psychogene bei Schizophrenen // Allg. Ztschr. F. Psychiat. — 1930. — Bd. 84. — S. 22—38.

Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte Langjähriger Kranken-und Familien-geschichten. — Stuttgart, 1972.

Bonhoeffer K. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. — 1907.

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.

Bustillo J. R., Lauriello J., Horan W. P., Keith S. J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 158. — № 2. — P. 163—175.

Cannon M., Caspi A., Moffit T. [et al.]. Evidence for early, pan-developmental impairment specific to schizopreniform disored. Results from a longitudinal birth cohort // Arch. Gen. Psychiat. — 2002. — Vol. 59(5). — P. 449—456.

Chung R., Langeluddecke P., Tennant C. Threatening life events in the onset of schizophrenia, schizopreniform psychosis and hypomania // Brit. J. Psychiat. — 1986. — № 148. — P. 680—685.

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.

Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestalt-analyse des Wahns: 3 Aufl. — Stuttgart : Thieme, 1971 (1 Aufl. — 1958). — 165 s.

Crespo-Facorro B., Paradiso S., Andreasen N. C. [et al.]. Neural mechanisms of anhedonia in schizophrenia: a PET study of response to unpleasant and pleasant odors / JAMA. — 2001. — Vol. 286. — P. 427—435.

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.

Docherty J. P., Bossie C. A., Lachaux B. [et al.]. Patient-based and clinicianbased support for the remission criteria in schizophrenia // Int. Clin. Pharmacol. — 2007. — Vol. 22. — № 1. — P. 51—55.

Donlon P. T., Blacker K. H. Stages of schizophrenic decompensation and reintegration // J. Nerv. Ment. Dis. — 1973. — Vol. 157. — № 3. — P. 200 — 209.

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.

Ellis A. Rational-Emotive Therapy // Current psychotherapies (ed. Corsini R. J.) — 1989. — Itasca, III : Peacock. — P. 197—238.

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.

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. E. Weiss). — New York. : Basic Books, 1952. — P. 166—183.

Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford : Stanford University Press. — 1957.

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.

Gmür M. Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung. — Stuttgart : Verlag F. Enke. — 1986. — 202 s.

Gopal S. [et al.]. Mania remission rates in a randomized controlled trial of risperidone. Risperidal : Poster Book : Janssen-Cilag Organon. — 2005. — P. 8.

Green M. F., Marshall B. D., Virshing W. C. Does risperidone improve verbal working memory in treatment-resistant schizophrenia? // Am. J. Psychiatry. — 1997. — Vol. 154. — P. 799—804.

Grow T. J. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine: Discussion 2 // Br. J. Psychiatry. — 1980. — Vol. 137. — P. 383 — 386.

Gur R. E., Mozley P. D., Resnick S. M. [et al.]. Relations among clinical scales in schizophrenia // Amer. J. Psychiat. — 1991. — Vol. 148. — P. 472—478.

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.

Hartmann H. Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego // Essaye on Ego Psychology. — New York : 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 / K. A. Hawkins, R. E. Hoffman, D. M. Quinlan [et al.] // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 1997. — Vol. 9. — № 1. — P. 81—89.

Heaton R. K. Wisconsin Card Sorting Test Manual. — Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, 1981.

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 and Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping // Psychoter., Psychosom., med. Psychol. — 1988. — № 1. — P. 8—17.

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.

Hinsch R., Pfingstein U. Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK). Grundlagen, Durchfrung, 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.

Hogarty G. E., Greenwald D., Ulrich R. F. [et al.]. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients // Am. J. Psychiatry. — 1997. — Vol. 154. — № 11. — P. 1514—1524.

Hogarty G. E., Kornblith S. J., Greenwald D. [et al.]. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates // Am. J. Psychiatry. — 1997. — Vol. 154. — № 11. — P. 1504—1513.

Howard L., Leese M., Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis // Acta Psychiatr. Scand. — 2000. — Vol. 102. — P. 376—385.

Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen // Frtschr. Neur. Psychiat. — 1966. — Bd. 34. — S. 409—426.

Huber G. Indizien für die Somatosehypothese bei den Schizophrenien // Fortschr. Neurolog. Psychiat. — 1976. — Bd. 44. — № 3. — S. 77—94.

Huber G., Gross G. Wahn: Eine deskriptiv-phaenomenologische Untersuchung schizophrenen Wahns. — Stuttgart : F. Enke Verlag, 1977. — 181 s.

Jablensky A. Epidemiological and clinical research as a guide in the search for risk factors and biological markers // J. Psychiatr. Res. — 1984. — Vol. 18. — No 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.

Janzarik W. Dinamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. — Berlin : Springer, 1959. — 99 s.

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 Assessment 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.

Kasper S., Resinger E. Cognitive effects and antipsychotic treatment// Psychon euroendocrinology. — 2003. — Vol. 28 (Suppl. 1). — P. 27—38.

Katz M. M., Lyerly 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. P., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bull. — 1987. — Vol. 13. — P. 261—276.

Kolb L. Modern Clinical Psychiatry. — Philadelphia ; London ; Toronto : Saunders. — 1973. — 696 p.

Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. — Livingstone. Edinburg, 1919.

Kreisman D. E., Joy V. D. Family Response to the Mental Illness of a Relative: A Review of the Literature // Schizophren. Bull. — 1974. — Vol. 10. — P. 34—57.

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.

Kuyken W., Orley J., Hudelson P., Sartorius N. Quality of life assessment across cultures // Int. J. Ment. Health. — 1994. — Vol. 23. — No 2. — P. 5—27.

Lasser R. A. [et al.]. Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection // Schizophrenia Res. — 2005. — Vol. 77. — P. 215—227.

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.

Larkin R. A., Dupuy T. R., Greenberg L. M., Corman C. L., Kindschi C. L. Test of Variables of Attention. Universal Attention Disorders, Inc. — 1996.

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.

Levin K. Field theory in social science: selected theoretical papers / D. Cartwright (Ed.). — New York : Harper & Row, 1951.

Lezak M. D. Neuropsychological assessment/3th ed. — Oxford University Press, New York, 1995.

Liberman R. P. [et al.]. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia // Int. Rev. Psychiatr. — 2002. — Vol. 14. — P. 256–272.

Liddle P. F. The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy // Br. J. Psychiatry. — 1987. — Vol. 151. — P. 145–151.

Liddle P. F., Barnes T. R. E., Morris D., Haque S. Three syndromes in chronic schizophrenia // Br. J. Psychiatry. — 1989. — Vol. 155 (Suppl. 7). — P. 119–122.

Lieberman J. A., Scott T., Stroup T. [et al.]. CATIE // The New England Journal of Medicine. — 2005. — Vol. 353. — № 12. — P. 1209–1223.

Maj M. [et al.]. (Hg). Образовательная программа по депрессивным расстройствам // Т. I. Общая часть. Основные аспекты депрессии (редакция 2008 г.). — М., 2010. — 112 с.

Maller O. Amotivational Syndrome in Chronic Schizophrenics. A Biophysiological Model of Schizophrenic Impairment // Neuropsychobiology. — 1978. — V. 4. — № 4. — P. 229–247.

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. [et al.]. 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.

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.

Mentzos S. (Hg.). Psychose und Konflikt: Zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Störungen / 4 Auflage. — Gottingen : Vandenhoeck&Ruprecht, 2000. — 259 s.

Miller N. E., Dollard J. Social learning and imitation. — New York : Yale Univ. Press, 1941.

Möller H. J., Scharl W., Zerssen D. V. von. Störungen der praemorbidien sozialen Adaptation als Praediktor für die Fuenfjaresprognose schizophrener Psychose // Nervenarzt. — 1984. — Bd. 55. — № 7. — S. 358–364.

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, Suppl. (Aug). — P. 4–7.

Moscarelli M., Maffei C., Cesana B. M. [et al.]. An international perspective on assessment of negative and positive symptoms in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 1987. — Vol. 144. — P. 1595–1598.

Müller M. Prognose und Therapie Geisteskrankheiten. — 1949. — S. 5–15, 80–90.

Nierenberg A. A., Wright E. C. Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression // J. Clin. Psychiatry. — 1999. — Vol. 60 (Suppl. 22). — P. 7–11.

Ninan P. Generalized anxiety disorder: why are we failing our patients? // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62 (Suppl. 19). — P. 3–10.

O'Leary D. S., Flaum M., Kesler M. L. [et al.]. Cognitive correlates of the negative, disorganized and psychotic symptom dimensions of schizophrenia // J. Neuropsychiat. Clin. Nerosci. — 2000. — Vol. 12. — P. 4–15.

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.

Os J. van., Burns T., Cavalaro R. [et al.]. Standardized remission criteria in schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. — 2006a. — Vol. 113. — № 2. — P. 91–95.

Os J. van., Druckker M., Campo J. [et al.]. Validation of remission criteria for schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 2006b. — Vol. 163. — № 11. — P. 2000–2002.

Os J. van., Kahn R. Remission criteria in schizophrenia // Dutch J. Psychiatry. — 2007. — Vol. 49. — № 1. — P. 21–26.

Os J. van. Tracking patient remission, patient outcomes and treatment delivery in schizophrenia. Transcending Model Expectations in Schizophrenia: Enhancing the Assessment of Patient Outcomes // 13th Biennial Winter Workshop on Schizophrenia. Davos, 06.02.2006: Satellite Symposium / Program and Abstract Book. : Janssen-Cilag, 2006. — P. 10–11.

Overall J. E., Gorham D. R. Brief psychiatric rating scale // Psychological Review. — 1962. — Vol. 10. — P. 799–812.

Penn D. L., Mueser K. T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 153. — P. 607–617.

Pfingstein U. Trainingsozialer Kompetenz//Lehrbuch der Verhaltenstherapie. — Berlin ; Heidelberg ; New York : Springer-Verlag, 2003. — Band I. — P. 474–483.

Rogers C. R. On becoming a person. — Boston : Houghton Mifflin, 1961.

Rund B. R. Fully recovered schizophrenics: a retrospective study of some premorbid treatment factors // Psychiatry. — 1990. — Vol. 53. — P. 127–139.

Rund B. R., Torgalsboen A. K. Fully recovered schizophrenics compared to chronic patients on premorbid and treatment characteristics // Psychiat. Psychobiol. — 1989. — Vol. 5. — P. 113–121.

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.

- 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. — No 1. — P. 9—43.
- Schmidt M.* Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT): A Handbook. Psychological Assessment Resources, Inc. — USA, Odessa, 1999.
- Schneider K.* Zwangszustände und Schizophrenie // *Arch. Psychiat. Nervenkr.* — 1925. — Bd. 74. — S. 93—107.
- Sharma T., Mockler D.* The cognitive efficacy of atypical antipsychotics in schizophrenia // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 1998. — Vol. 18. — P. 12—19.
- Skinner B.F.* Science and human behavior. — New York, 1953.
- Stern R. A., Javorsky D. J., Singer E. A., Singer N. G.* [et al.]. The Boston Qualitative Scoring System for the Rey-Osterrieth Complex Figure. Professional Manual // Psychological Assessment Resources, Inc. — USA, Odessa, 1999.
- Stransky E.* Über die Demetia praecox. — Wiesbaden, 1909. — 46 s.
- Thoits P. A.* Support as coping assistance // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1986. — Vol. 54. — P. 416—423.
- Torgalsboen A. K.* Fully recovery in schizophrenia: the prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender // *Psychiatr. Res.* — 1999. — Vol. 88. — P. 143—152.
- 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. — Suppl. 23. — P. 25—28.
- Vie J.* Quelques terminations des délires chroniques // *Ann. méd.-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.
- 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.
- Zubin J., Spring B.* Vulnerability — a new view of schizophrenia // *J. Abnorm. Psychol.* — 1977. — Vol. 86. — P. 103—126.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Кодировочная карта

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ	
ФИО	
Пол (0 – женский, 1 – мужской)	
Возраст	
Длительность заболевания (годы)	
КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК	
1. Психопатологический диатез (признак отсутствует – 0; признак присутствует – 1)	
1.1.	Эпизодическая форма психопатологического диатеза
1.1.1.	ЭР – Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:
1.1.1.1.	Психомоторные нарушения
1.1.1.2.	Неспецифические нарушения сна
1.1.1.3.	Сверхценные страхи
1.1.2.	ЭП – Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:
1.1.2.1.	«Диссомнические» (особые формы нарушения сна)
1.1.2.2.	«Шизотропные» (эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременныеrudименты психических расстройств)
1.1.2.3.	«Аффектотропные» (внешне немотивированные спады настроения и активности)
1.2.	Промежуточная форма психопатологического диатеза (ПФ):
1.2.1.	Астено-дистимические эпизоды
1.2.2.	Психосоматические и истерические реакции
1.3.	Константная форма психопатологического диатеза (КФ):
1.3.1.	Диссоциированность (а, б, в, г)*
1.3.2.	Дефицитарность (ущербность психики):
1.3.2.1.	Тотальная – а, б **
1.3.2.2.	Парциальная (дефицитарность в определенных сферах – а, б, в, г, д)***

* а) противоречивость характерологических черт; б) несоответствие субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения; в) неравномерность уровня развития различных сторон психики; г) несоответствие чрезмерно развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности внешней сдержанности в проявлении эмоций;

** а) явления психического инфантилизма; б) проявления «псевдопсихопатий», напоминающие постпроцессуальное развитие личности;

*** а) интеллектуальной; б) эмоциональной; в) «энергетической»; г) коммуникативной; д) сексуальной

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
2. Психопатологические расстройства (признак отсутствует – 0; признак присутствует – 1)			
	Позитивные расстройства	Г (госп.)	В (вып.)
2.1.1.	Невротические (неврозоподобные) расстройства		
2.1.2.	Психопатические (психопатоподобные) расстройства		
2.1.3.	Парапояльные расстройства		
2.1.4.	Бредовые расстройства		
2.1.5.	Расстройства ощущений (сенестопатии)		
2.1.6.	Расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации)		
2.1.7.	Явления психического автоматизма		
2.1.8.	Формальные расстройства мышления (включая синдром метафизической интоксикации)		
2.1.9.	Расстройства памяти (дисмнезии, конфабуляции)		
2.1.10.	Кататонические расстройства		
2.1.11.	Расстройства сознания		
2.1.12.	Судорожные явления		
2.2.	Аффективные расстройства		
2.2.1.	Маниакальный аффект		
2.2.2.	Депрессивный аффект		
2.2.3.	Смешанный аффект		
2.2.4.	Тревожные расстройства (включая соматоформные)		
2.3.	Когнитивные расстройства		
2.3.1.	Расстройства внимания		
2.3.2.	Расстройства памяти		
2.3.3.	Расстройства исполнительских функций		
2.4.	Негативные расстройства		
2.4.1.	Характерологическая деформация: 1 – амплификация (усиление) преморбидных характерологических черт; 2 – расщепление (по типу антиномного сдвига) личностных черт при неизменности типологической структуры личности; 3 – замещение преморбидных свойств личности трансформированными психопатологическими проявлениями психоза.		
2.4.2.	Особенности дефекта: 1 – астенический; 2 – дистонический; 3 – атонический; 4 – органоидный.		
3.	Тип течения заболевания: 0 – транзиторный; 1 – циркулярный; 2 – рекуррентный; 3 – приступообразно-прогредиентный; 4 – непрерывный; 5 – первый эпизод, когда еще нельзя определить тип течения		

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
4.	Прогредиентность заболевания: 0 – нет; 1 – слабая; 2 – умеренная; 3 – выраженная; 4 – злокачественная; 5 – начало заболевания, когда степень прогредиентности еще невозможно определить		
5.	Острота состояния: 0 – отсутствие психопатологических нарушений; 1 – резидуальные явления; 2 – хронические проявления; 3 – обострение амбулаторного уровня; 4 – подострое состояние; 5 – острое состояние.		
6.	Результатирующий показатель биологического функционирования – клинический диагноз (МКБ-10):		
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
1.	Особенности различных сфер психологического функционирования		
1.1.	Познавательная сфера: 0 – нарушение отсутствует; 1 – легкое; 2 – среднее; 3 – выраженное		
1.1.1.	Нарушения внимания:	Г (госп.)	В (вып.)
1.1.1.1.	Нарушение концентрации		
1.1.1.2.	Нарушение устойчивости		
1.1.1.3.	Нарушение переключаемости		
1.1.1.4.	Повышенная отвлекаемость		
1.1.1.5.	Сужение объема внимания		
1.1.2.	Нарушения памяти		
1.1.2.1.	Нарушения непосредственной памяти:		
1.1.2.1.1.	Сужение объема памяти		
1.1.2.1.2.	Нарушение кратковременной памяти		
1.1.2.1.3.	Нарушение долговременной памяти		
1.1.2.1.4.	Наличие конфабуляций		
1.1.2.2.	Нарушение опосредованной памяти		
1.1.2.3.	Нарушение динамики мнестической деятельности		
1.1.2.4.	Нарушение мотивационного компонента памяти		
1.1.3.	Нарушения мышления		
1.1.3.1.	Нарушение операциональной стороны мышления:		
1.1.3.1.1.	Искажения уровня обобщения		
1.1.3.1.2.	Латентные признаки		
1.1.3.1.3.	Неравномерность процесса обобщения		
1.1.3.1.4.	Вторично-конкретные признаки*		
1.1.3.1.5.	Расплывчатость*		
1.1.3.2.	Снижение уровня обобщения:		
1.1.3.2.1.	Наличие конкретных признаков		
1.1.3.2.2.	Нарастание конкретизации*		

* Может наблюдаться как при искажении, так и при снижении уровня обобщения

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
1.1.3.3.	Нарушение мотивационного, личностного компонента мышления:		
1.1.3.3.1.	Разноплановость		
1.1.3.3.2.	Резонерство		
1.1.3.3.3.	Нарушение критичности		
1.1.3.4.	Нарушение динамики мыслительной деятельности:		
1.1.3.4.1.	Заторможенность (замедление процесса мышления)		
1.1.3.4.2.	Инертность (наличие персевераций, вязкости, ригидности)		
1.1.3.4.3.	Откликаемость (ускорение процесса мышления)		
1.1.3.4.4.	Лабильность (ускорение процесса мышления)		
1.2.	Эмоционально-волевая сфера		
1.2.1.	Наличие тревоги. Интегративный тест тревожности (рассчитывается по общему показателю):		
1.2.1.1.	Личностная тревога: 0 – 3 (0) – отсутствует; 4 – 5 (1) – легкая; 6 – 7 (2) – средняя; 8 – 10 (3) – выраженная		
1.2.1.2.	Ситуационная тревога: 0 – 3 (0) – отсутствует; 4 – 5 (1) – легкая; 6 – 7 (2) – средняя; 8 – 10 (3) – выраженная		
1.2.2.	Наличие депрессии:		
1.2.2.1.	Шкала самооценки депрессии (шкала Зунга): Шкала уровня депрессии (УД) менее 50 (0) – нет депрессии; УД – 50–59 (1) – легкий уровень; УД – 60–69 (2) – средний уровень; УД выше 70 (3) – тяжёлый уровень		
1.2.2.2.	MMPI (2 шкала): до 65 – отсутствует (0); 65–71 – легкая (1); 72–75 – средняя (2); выше 75 – выраженная (3)		
1.2.3.	Наличие мании: MMPI (9 шкала): до 65 – отсутствует (0); 65–71 – легкая (1); 72–75 – средняя (2); выше 75 – выраженная (3)		
1.2.4.	Методика оценки волевых расстройств Л.О. Пережогина	Стандартные баллы*	
1.2.4.1.	Нарушение волевых действий (ВД)		
1.2.4.2.	Преодоление препятствий (ПП)		
1.2.4.3.	Преодоление конфликта (ПК)		
1.2.4.4.	Преднамеренная регуляция (ПР)		
1.2.4.5.	Автоматизмы и навязчивости (АН)		
1.2.4.6.	Мотивы и влечения (МВ)		
1.2.4.7.	Прогностическая функция (ПФ)		

* При стандартных баллах в графах 1.2.4.1 – 1.2.4.7 до 50 (0) – нарушение отсутствует; 50–60 (1) – легкое; 61 – 75 (2) – среднее; выше 75 (3) – выраженное

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
2.	Личностные особенности пациентов		
2.1	Индивидуально-личностные, характерологические особенности пациента, социальные свойства (MMPI)		
	Название шкалы		Г (госп.)
			В (вып.)
2.1.1.	Ипохондричность		
2.1.2.	Депрессивность		
2.1.3.	Истеричность		
2.1.4.	Психопатизация		
2.1.5.	Маскулинность – фемининность		
2.1.6.	Паранойяльность		
2.1.7.	Психастения		
2.1.8.	Шизоидность		
2.1.9.	Маниакальность		
2.1.10.	Социальная интроверсия		
2.1.11.	Общий балл		

Выраженность характерологических особенностей: менее 60 баллов – отсутствует (0); 60–70 баллов – легкая (1); 71–75 баллов – средняя (2); выше 75 баллов – выраженная (3)

2.2.	Ценностно-смысловые ориентации (Методика ценностно-векторной структуры «Я» В. И. Суслова)	Г		В	
		Ранг	Разность Ц-В	Ранг	Разность Ц-В
2.2.1.	Ценности (П):				
2.2.1.1.	Здоровье (физическое и психическое)				
2.2.1.2.	Материальные ценности (деньги, богатство)				
2.2.1.3.	Интересная работа				
2.2.1.4.	Общение с друзьями				
2.2.1.5.	Знание, наука				
2.2.1.6.	Красота, искусство				
2.2.1.7.	Общественное признание				
2.2.1.8.	Любовь (физическая и духовная близость с любимым человеком)				
2.2.1.9.	Власть – право принимать решения				
2.2.1.10.	Идеология (мораль, философия, религия)				

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК					
Ценностно-смысловые ориентации		Г		В	
		Ранг	Разность Ц-В	Ранг	Разность Ц-В
2.2.2.	Векторы (В):				
2.2.2.1.	Избегание (избегание опасностей, конфликтов)				
2.2.2.2.	Приобретение (приобретение материальных ценностей)				
2.2.2.3.	Построение (трудолюбие, продуктивность в работе)				
2.2.2.4.	Экспрессия (открытое выражение чувств, мыслей, искренность)				
2.2.2.5.	Рецепция (восприятие, принятие мира таковым, каков он есть; реальная оценка происходящего)				
2.2.2.6.	Изменение (стремление к новому, творчество)				
2.2.2.7.	Нападение (нападение, умение не отступать перед трудностями, смелость)				
2.2.2.8.	Трансмиссия (стремление делиться с другими людьми – без боязни потерять себя; альтруизм)				
2.2.2.9.	Сохранение (сохранение порядка, аккуратность, воля, самоконтроль)				
2.2.2.10.	Неприятие (непримиримость к недостаткам, злу)				
2.2.3.	Показатели, характеризующие разбалансированность системы ценностей и способа их реализации, т. е. нарушение ценностно-векторной структуры «Я» пациента:				
Разница между рангом ценности и рангом соответствующего вектора менее 4-х позиций (0) или 4 позиции и более (1)					Г В
2.2.3.1.	2.2.1.1. Ц – 2.2.2.1. В				
2.2.3.2.	2.2.1.2. Ц – 2.2.2.2. В				
2.2.3.3.	2.2.1.3. Ц – 2.2.2.3. В				
2.2.3.4.	2.2.1.4. Ц – 2.2.2.4. В				
2.2.3.5.	2.2.1.5. Ц – 2.2.2.5. В				
2.2.3.6.	2.2.1.6. Ц – 2.2.2.6. В				
2.2.3.7.	2.2.1.7. Ц – 2.2.2.7. В				
2.2.3.8.	2.2.1.8. Ц – 2.2.2.8. В				
2.2.3.9.	2.2.1.9. Ц – 2.2.2.9. В				
2.2.3.10.	2.2.1.10. Ц – 2.2.2.10. В				

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК		
3.	Механизмы психологической адаптации	
3.1.	Копинг-механизмы (в процентах)	
3.1.1.	Конфронтативный	
3.1.2.	Дистанцирование	
3.1.3.	Самоконтроль	
3.1.4.	Поиск социальной поддержки	
3.1.5.	Принятие ответственности	
3.1.6.	Бегство – избегание	
3.1.7.	Планирование	
3.1.8.	Положительная переоценка	
3.1.9.	Наличие среди ведущих копинг-механизмов непродуктивных (0; 1):	
3.1.9.1.	Конфронтативный	
3.1.9.2.	Дистанцирование	
3.1.9.3.	Бегство – избегание	
3.1.10.	Невостребованность продуктивных копингов (0; 1):	
3.1.10.1.	Планирование	
3.1.10.2.	Положительная переоценка	
3.1.10.3.	Поиск социальной поддержки	
3.1.10.4.	Принятие ответственности	
3.2.	Механизмы психологической защиты (ЗМ) – (в процентах)	
3.2.1.	Отрицание	
3.2.2.	Вытеснение	
3.2.3.	Регрессия	
3.2.4.	Компенсация	
3.2.5.	Проекция	
3.2.6.	Замещение	
3.2.7.	Интеллектуализация	
3.2.8.	Реактивные образования	
3.2.9.	Общая напряженность	
3.2.10.	Наличие среди ведущих незрелых ЗМ (0; 1):	
3.2.10.1.	Отрицание	
3.2.10.2.	Вытеснение	
3.2.10.3.	Регрессия	
3.2.10.4.	Проекция	
3.2.11.	Выраженность ЗМ до 70% включительно (0), более 70 % (1):	
3.2.11.1.	Отрицание	
3.2.11.2.	Вытеснение	
3.2.11.3.	Регрессия	
3.2.11.4.	Компенсация	
3.2.11.5.	Проекция	
3.2.11.6.	Замещение	

Продолжение прил. 1

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
3.2.11.7.	Интеллектуализация		
3.2.11.8.	Реактивные образования		
3.2.12.	Общая напряженность защиты до 60 % включительно (0), более 60% – (1)		
3.3.	Типы отношения к болезни (ТОБОЛ)		
3.3.1.	Типы отношения к болезни первого блока, не влияющие на дезадаптацию (в баллах)		
3.3.1.1.	Гармонический		
3.3.1.2.	Эргопатический		
3.3.1.3.	Анозногнозический		
3.3.2.	Ведущие типы отношения к болезни во втором блоке:		
		Стандартные баллы	
		Г	В
3.3.2.1.	Тревожный (Т)		
3.3.2.2.	Ипохондрический (И)		
3.3.2.3.	Неврастенический (Н)		
3.3.2.4.	Меланхолический (М)		
3.3.2.5.	Апатический (А)		
3.3.3.	Ведущие типы отношения к болезни в третьем блоке:		
3.3.3.1.	Сенситивный (С)		
3.3.3.2.	Эгоцентрический (Э)		
3.3.3.3.	Парапойльный (П)		
3.3.3.4.	Дисфорический (Д)		
4.	Психологические внутриличностные конфликты (0; 1)		
4.1.	Конфликтогенные особенности личности (см. пункты 2.1 психологического блока – шкалы MMPI)		
4.1.1.	Сочетание психастенического и истероидного радикалов (шкалы 7 и 3)		
4.1.2.	Сочетание истероидного и шизоидного радикалов (шкалы 3 и 8)		
4.1.3.	Сочетание повышенной импульсивности и сверхконтроля за эмоциями и поведением (шкалы 4 и 7)		
4.2.	Наличие конфликтов в системе копинг-механизмов и механизмов психологической защиты (0; 1)		
4.2.1.	Наличие дискордантности копинг-механизмов:		
4.2.1.1.	Планирование – бегство – избегание		
4.2.1.2.	Поиск социальной поддержки – конфронтация		
4.2.1.3.	Конфронтация – поиск социальной поддержки		
4.2.1.4.	Поиск социальной поддержки – дистанцирование		
4.2.1.5.	Принятие ответственности – бегство – избегание		

Продолжение прил. 1

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК				
4.2.2.	Наличие дискордантности в сочетании доминирующих защитных механизмов и копингов (0; 1)			
Доминирующие психолого-генные защиты	Превалирующие копинг-стратегии		Г	В
4.2.2.1. Проекция	Поиск социальной поддержки			
4.2.2.2. Интеллектуализация	Бегство – избегание, принятие ответственности			
4.2.2.3. Замещение	Самоконтроль, положительная переоценка			
4.2.2.4. Отрицание	Самоконтроль, положительная переоценка			
4.2.2.5. Вытеснение	Принятие ответственности, положительная переоценка			
4.2.2.6. Регрессия	Принятие ответственности, самоконтроль			
4.3.	Внутриличностный конфликт в системе ценностей личности Методика ценностно-векторного ранжирования В. И. Суслова. Суммарная абсолютная разность ценностей и векторов, наличие конфликта в «Я-системе» личности: менее 10 баллов – отсутствует конфликт (0); 10–19 баллов – незначительный конфликт (1); 20–29 баллов – средне выраженный конфликт (2); 30–50 баллов – выраженный конфликт (3).			
5.	Результирующий показатель психологического функционирования – психологический диагноз:			
	Преимущественная обусловленность психологических проблем:			
5.1.	особенностями функционирования в различных психологических сферах – (0; 1)			
5.2.	личностными особенностями пациентов – (0; 1),			
5.3.	особенностями механизмов психологической защиты – (0; 1)			
5.4.	психологическими внутриличностными конфликтами – (0; 1)			
СОЦИАЛЬНЫЙ БЛОК				
1.	Социальный статус больного			
1.1.	Род занятий (указать конкретно):			
1.2.	Образование: 0 – высшее; 1 – ср. спец. / неоконч. высшее; 2 – ср. общее; 3 – неполное среднее; 4 – меньше 8 кл. или спецшкола			
1.3.	Работает (учится) / не работает (1; 0)			
1.4.	Для работающих – уровень квалификации: 0 – высокая квалификация, 1 – достаточная квалификация, 2 – малоквалифицированный труд; 3 – неквалифицированный труд			
1.5.	Трудовой стаж: 0 – больше 5 лет, 1 – от 3 до 5 лет, 2 – от 3 до 3 лет, 3 – меньше 1 года, 4 – отсутствует			

Продолжение прил. 1

СОЦИАЛЬНЫЙ БЛОК			
1.	Социальный статус больного		
1.6.	Повседневная нагрузка (работа, учеба, быт): 0 – очень легкая, 1 – легкая, 2 – средняя, 3 – тяжелая, 4 – очень тяжелая		
1.7.	Наличие инвалидности (по психическому заболеванию) или пенсии (по возрасту): 0 – отсутствует; 1 – пенсия по возрасту; 2 – инвалидность 3 группы; 3 – инвалидность 2 группы; 4 – инвалидность 1 группы		
2.	Характеристики социальной поддержки		
2.1.	Семья:		
2.1.1.	Тип взаимоотношений с референтным членом семьи (РЧС) – 0; 1		
2.1.1.1.	Партнерский		
2.1.1.2.	Гиперпротекция		
2.1.1.3.	Гипопротекция		
2.1.1.4.	Гармоничный		
2.1.1.5.	Отчужденный (эмоционально-холодный)		
2.1.1.6.	Открыто конфликтный		
2.1.1.7.	С формированием симбиотических и коалиционных отношений		
2.1.2.	Ожидания от больного РЧС: 0 – очень заниженные; 1 – слегка заниженные; 2 – адекватные; 3 – слегка завышенные; 4 – очень завышенные		
2.1.3.	Компоненты эмоциональной экспрессии РЧС (0; 1)		
2.1.3.1.	Высокий уровень критических замечаний		
2.1.3.2.	Холодность и безразличие		
2.1.3.3.	Чрезмерная вовлеченность в состояние больного		
2.1.3.4.	Демонстрация враждебности		
2.1.3.5.	Недостаток положительного эмоционального подкрепления		
2.1.4.	Эмоциональная поддержка: 0 – достаточная (адекватная); 1 – чрезмерная (гиперопека); 2 – недостаточная (гипопека); 3 – отсутствует		
2.1.5.	Инструментальная поддержка: 0 – достаточная (адекватная); 1 – чрезмерная («паразитирование» больного); 2 – недостаточная; 3 – отсутствует		
2.1.6.	Отношения семьи с внешним окружением (0; 1):		
2.1.6.1.	Гармоничные		
2.1.6.2.	Чрезмерная открытость		
2.1.6.3.	Закрытость семьи от внешнего окружения		
2.1.7.	Нагрузка на семью (0; 1)		
2.1.7.1.	Финансовые потери		

Продолжение прил. 1

СОЦИАЛЬНЫЙ БЛОК			
2.1.7.2.	Нарушение привычной семейной активности		
2.1.7.3.	Нарушения в семейном досуге		
2.1.7.4.	Нарушения привычных семейных интеракций		
2.1.7.5.	Отрицательный эффект на здоровье		
2.2.	Внесемейное окружение		
2.2.1.	Неформальная группа: влияние на больного: 0 – адаптирующее; 1 – скорее адаптирующее; 2 – нейтральное; 3 – скорее дезадаптирующее; 4 – отсутствие неформальной группы		
2.2.2.	Формальная группа: влияние на больного: 0 – адаптирующее; 1 – скорее адаптирующее; 2 – нейтральное; 3 – скорее дезадаптирующее; 4 – отсутствие формальной группы		
2.2.3.	Качество работы социальных институтов (центры социального обслуживания населения, служба занятости, общественные и другие организации): 0 – высокое; 1 – среднее (формальное); 2 – низкое (плохое выполнение формальных обязанностей); 3 – отсутствует работа (не считая выплаты пенсий)		
3.	Результирующий показатель социального функционирования – социальный диагноз:		
3.1.	Социальные проблемы : 1 – проблемы в первичной поддерживающей группе (семье); 2 – проблемы, относящиеся к социальному окружению; 3 – проблемы в области образования; 4 – проблемы с занятостью; 5 – проблемы с жилищем; 6 – экономические проблемы; 7 – проблема с доступностью службы здоровья; 8 – проблемы, относящиеся к взаимодействию с законом; 9 – другие психосоциальные проблемы		
3.2.	Межличностные конфликты: 1 – в семье; 2 – на работе; 3 – в структуре партнерских отношений; 4 – другое		
ИНТЕГРАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ			
1.	Динамика психического состояния		
1.1.	Ухудшение:		
1.1.1.	Эндоформная реакция		
1.1.2.	Пререцидив		
1.1.3.	Рецидив (или экзацербация)		
1.2.	Улучшение:		
1.2.1.	Ремиссия:		
1.2.1.1.	Категориальная характеристика (клинический тип ремиссии):		
1.2.1.1.1.	Симптоматическая – тимопатический (1), обсессивный (2), ипохондрический (3), параноидный (4), другие типы (5)		

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ			
1.2.1.1.2.	Синдромальная – стенический (1), астенический (2), апатический (3), аутистический (4), психастеноподобный (5), другие типы (6)		
1.2.1.2.	Дименсиональная характеристика (редукция симптомов и временной критерий):		
1.2.1.2.1.	Полная (соответствующая симптоматическим и времененным международным стандартам ремиссии)		
1.2.1.2.2.	Неполная (соответствующая лишь одному из международных стандартов ремиссии)		
1.2.2.	Интермиссия		
1.2.3.	Выздоровление		
2.	Тип приспособительного поведения		
2.1.	Конструктивный тип:		
2.1.1.	Социальный вариант		
2.1.2.	Гиперсоциальный вариант		
2.2.	Регрессивный тип:		
2.2.1.	Защитно-ограждающий вариант		
2.2.2.	Искаженно-деятельный вариант		
2.2.3.	Пассивный, рентный, зависимый вариант		
2.3.	Морбидный тип		
3.	Качество жизни		
3.1.	Глобальное качество жизни (GKJ)		
3.1.1.	Глобальное качество процесса СамоСохранения (GSox)		
3.1.2.	Глобальное качество процесса СамоРазвития (GRaz)		
3.2.	Тотальное (психотикозависимое) качество жизни (PKJ)		
3.2.1.	Тотальное качество ценностного процесса СамоСохранения (SSox)		
3.2.2.	Тотальное качество ценностного процесса СамоРазвития (SRaz)		
3.2.3.	Качество индивидуального сектора (Ind)		
3.2.4.	Качество микросоциального сектора (Mik)		
3.2.5.	Качество макросоциального сектора (Mak)		
3.2.6.	Качество сферы СамоОбеспечения (SObe)		
3.2.7.	Качество сферы СамоАффилиация (SAfi)		
3.2.8.	Качество сферы СамоИнтеграция (SInt)		

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ			
3.2.9.	Качество сферы СамоОпределение (Sopr)		
3.2.10.	Качество сферы СамоУтверждение (SYtv)		
3.2.11.	Качество сферы СамоРеализация (SRea)		
4.	Уровень функционирования в разных социальных сферах (0-4)		
4.1.	Профессиональная		
4.2.	Межличностные взаимоотношения		
4.3.	Супружеские отношения		
4.4.	Воспитание детей		
4.5.	Родительская семья		
4.6.	Организация быта повседневной жизни		
4.7.	Сексуальные отношения		

Приложение 2

Анкета шкалы ПКЖ2Ф

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 Насколько сильно Вас беспокоит усталость?

1 совсем нет	2 относительно слабо	3 средне	4 относительно сильно	5 предельно сильно

S81 Как много напряжения требует от Вас самоконтроль?

1 совсем не требует	2 относительно мало	3 средне	4 относительно много	5 предельно много

F123 Как Вы оцените свою способность работать?

1	2	3	4	5
очень низкая	в основном, низкая	средняя	в основном, высокая	очень высокая

S21 Насколько Вам трудно поддерживать в себе то эмоциональное состояние, которое Вы считаете желательным в конкретной ситуации?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

S34 Как часто Вы страдаете от недостаточного понимания самого себя, своего внутреннего мира?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто ни редко	довольно часто	всегда

S42 Насколько Вы удовлетворены тем, как складываются Ваши отношения и общение с окружающими людьми?

1	2	3	4	5
очень неудов- летворен	в основном, не- удовлетворен	ни да ни нет	в основном, удовлетворен	вполне удов- летворен

S74 Как много душевных сил Вам приходится затрачивать, чтобы примиряться с несовершенством окружающей жизни?

1	2	3	4	5
совсем не затрачиваю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

S92 В какой мере Вы удовлетворены тем, как Ваш образ жизни влияет на Ваше психическое самочувствие и здоровье?

1	2	3	4	5
очень неудов- летворен	в основном, не- удовлетворен	ни да ни нет	в основном, удовлетворен	вполне удов- летворен

S83 Как много усилий Вам приходится прилагать, чтобы отвлечься от своих неприятных переживаний?

1	2	3	4	5
предельно мало	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F124 Насколько Вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень неудов- летворен	в основном, не- удовлетворен	ни да ни нет	в основном, удовлетворен	вполне удов- летворен

S35 Как часто Вы ощущаете, что Ваша жизнь ухудшается из-за недостаточного осознания и понимания себя?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто ни редко	довольно часто	всегда

Продолжение прил. 2

S45	Насколько сильно неудовлетворительное общение с людьми ухудшает Вашу жизнь?				
	1 совсем нет	2 относительно слабо	3 средне	4 относительно сильно	5 предельно сильно
S75	В какой мере несовершенство, уродливость и дисгармоничность окружающей действительности ухудшают качество Вашей жизни?				
	1 совсем нет	2 относительно слабо	3 средне	4 относительно сильно	5 предельно сильно
S93	В какой степени Ваши действия во вред своему психическому здоровью ухудшают и Вашу жизнь в целом?				
	1 совсем нет	2 относительно слабо	3 средне	4 относительно сильно	5 предельно сильно
F102	Насколько Вам трудно выполнять повседневные дела?				
	1 предельно легко	2 относительно легко	3 средне	4 относительно трудно	5 предельно трудно
S22	Насколько сильно Ваши неадекватные эмоциональные реакции ухудшают Вашу жизнь?				
	1 совсем нет	2 относительно слабо	3 средне	4 относительно сильно	5 предельно сильно
F23	Насколько Вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?				
	1 очень неудовлетворен	2 в основном, неудовлетворен	3 ни да ни нет	4 в основном, удовлетворен	5 вполне удовлетворен
F101	В какой степени Вы способны справляться с повседневными делами?				
	1 совсем нет	2 в основном, нет	3 когда как	4 в основном, да	5 да, вполне

Далее блок вопросов несколько иной формы (7-балльные оценки)

Ваша жизнь (в последние две недели)

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	Изdevательская
N06	Пустая	1	2	3	4	5	6	7	Полная

Ваша жизнь (в последние две недели)

N07	Красивая	1	2	3	4	5	6	7	Уродливая
N11	Деятельная	1	2	3	4	5	6	7	Бездейственная
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 две недели)

G2 Насколько Вы удовлетворены качеством своей жизни?

1 очень неудов- летворен	2 в основном, не- удовлетворен	3 ни да ни нет	4 в основном, удовлетворен	5 вполне удов- летворен
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------	----------------------------------	-------------------------------

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 неудов- летворен	2 в основном, не- удовлетворен	3 ни да ни нет	4 в основном, удовлетворен	5 вполне удов- летворен
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------	----------------------------------	-------------------------------

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 ПКЖ2Ф

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.

№	Краткие	Формулы и длинные имена	Категория
1	GKJ	= gsox/2 + graz/2-5; глобальное КЖ	Глобаль-ные
2	GSox	= (G1/3 + G2/3 + G3/3 - 1)*2; глоб. кач. Процесса самосохранения	
3	GRaz	= (G02n/3 + G24n/3 + G45n/3 - 1)*1; 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	Мотива-ционные
3	SRaz	= sOpr/3 + sYtv/3 + sRea/3; кач. Процесса саморазвития	
1	Ind	= sobe/2 + sopr/2; кач. Индивидуального сектора	Секто-ральные
2	Mik	= safi/2 + srea/2; кач. Микросоциального сектора	
3	Mak	= sint/2 + sytv/2; кач. Макросоциального сектора	
1	SObe	= (sobsT + rabsK + neytE)/3; кач. сферы СамоВес-ченя	Сфераль-ные (ядерные)
2	SAfi	= (obweT + soblE + skonK)/3; кач. сферы СамоАфи-лиации	
3	SInt	= (garmE + obrjT + sponK)/3; кач. сферы СамоИнтег-рации	
4	SOpr	= (zaxpE + osmcT + ostuK)/3; кач. сферы СамоОпреде-ления	
5	SYtv	= (yvasT + prapK + krapE)/3; кач. сферы СамоУтвер-ждения	
6	SRea	= (ydavK + deqaT + radvE)/3; кач. сферы СамоРеали-зации	
1	SObsT	= (2 + f 101/2-f 102/2) * 10/4-5; самообслуживание (тер. кач. сферы sobe)	Парциалы сфераль-ные (ядерные)
2	ObweT	= (2 - s 45/2 + s 42/2) * 10/4-5; общение (тер. кач. сферы safi)	
3	ObrjT	= (2 + s 92/2 - s 93/2) * 10/4-5; образ жизни (тер. кач. сферы sint)	
4	OsmCT	= (n 43/2 + n 28/2 - 1)*10/6-5; осмысленность (тер. кач. сферы sopr)	
5	YvaST	= (7 - n 09/2 - n21/2)*10/6-5; уважение (тер. кач. сфе-ры sytv)	

Продолжение прил. 3

№	Краткие	Формулы и длинные имена	Категория
6	YdaVT	= (7-n 04/2-n44/2)*10/6-5; удачность (тер. кач. сфераы srea)	Парциалы сферальные (ядерные)
7	RabSK	= (f 123/2+f 124/2-1) * 10/4-5; работоспособн. (ког. кач. сфераы sobe)	
8	SKonK	= (5-s 81/2-s 832/2) * 10/4-5; самоконтроль (ког. кач. сфераы safi)	
9	SPonK	= (5-s 35/2-s 34/2) * 10/4-5; самопонимание (ког. кач. сфераы sint)	
10	OstUK	= (3-n 01/2 + n 22/2) * 10/6-5; остроумие (ког. кач. сфераы sopr)	
11	PraPK	= (7-n 15/2-n 12/2) * 10/6-5; правильность (ког. кач. сфераы sytv)	
12	DeqAK	= (7-n 11/2 -n 32/2) * 10/6-5; деятельность (ког. кач. сфераы srea)	
13	NeYtE	= (2+f 23/2-f 24/2) * 10/4-5; неутомляемость (эмо. кач. сфераы sobe)	
14	SOblE	= (5-s 21/2-s 22/2) * 10/4-5; самообладание (эмо. кач. сфераы safi)	
15	GarME	= (5-s 75/2-s 74/2) * 10/4-5; гармония мира (эмо. кач. сфераы sint)	
16	ZaxPE	= (n36/2 +n06/2-1)*10/6-5; захваченность (эмо. кач. сфераы sopr)	
17	KraPE	= (7-n 05/2-n 07/2) * 10/6-5; красота (эмо. кач. сфераы sytv)	
18	RadVE	= (3+n 14/2 -n 37/2) * 10/6-5; радость (эмо. кач. сфераы srea)	
1	Soc	= socs/2 + socr/2 ; кач. Социальных Процессов	Факультативные (СоцЗона)
2	SocS	= safi/2 + sint/2 ; кач. социального процесса само-сохранения	
3	SocR	= sytv/2+sreia/2 ; кач. социального процесса само-развития	
1	PKJT	= s SoxT/2+s RazT/2; тер. кач. тотальное психотикоза-висимое	Парциалы тотального показателя
2	PKJK	= s SoxK/2+s RazK/2; ког. кач. тотальное психотикоза-висимое	
3	PKJE	= (ssoxE+sraze)/2; эмо. кач. тотальное психотикоза-висимое	

Продолжение прил. 3

№	Краткие	Формулы и длинные имена	Категория
4	SSoxT	= sobst/3 + obwet/3 + obrjt/3; тер. кач. процесса самосохранения	Парциалы мотивационные
5	SRazT	= osmct/3 + yvast/3 + deqat /3; тер. кач. процесса саморазвития	
6	SSoxK	= rabsk/3 + skonk/3 + sponk/3; ког. кач. процесса самосохранения	
7	SRazK	= ostuk/3 + prapk/3 + ydavk/3; ког. кач. процесса саморазвития	
8	SSoxE	= (neyte/3 + soble/3 + garme/3); эмо. кач. процесса самосохранения	
9	SRazE	= (zaxpe/3 + krape/3 + radve/3); эмо. кач. процесса саморазвития	
10	IndT	= sobst/2 + osmct/2; тер. кач. индивидуального сектора	Парциалы секторальные
11	MikT	= obwet/2 + deqat/2; тер. кач. микросоциального сектора	
12	MakT	= obrjt/2 + yvast/2; тер. кач. макросоциального сектора	
13	IndK	= rabsk/2+ostuk/2; ког. кач. индивидуального сектора	
14	MikK	= skonk/2 + ydavk/2; ког. кач. микросоциального сектора	
15	MakK	=sponk/2+prapk/2; ког. кач. макросоциального сектора	
16	IndE	= neyte/2 + zaxpe/2; эмо. кач. индивидуального сектора	
17	MikE	= soble/2 + radve/2; эмо. кач. микросоциального сектора	
18	MakE	= garme/2 + krape/2; эмо. кач. макросоциального сектора	

Для облегчения понимания расчетных формул в следующей вспомогательной таблице приводится группировка вопросов по фасетам и сферам.

Сфера	Фасета	Вопрос	Формулировка вопроса (ключевые слова подчеркнуты)
	sSox	G2	Насколько Вы <u>удовлетворены</u> качеством своей жизни?
		G1	Как Вы <u>оцениваете</u> качество Вашей жизни?
		G3	В целом, насколько Вы <u>удовлетворены</u> своей жизнью?
SObe	SObsT	F101	В какой степени Вы <u>способны</u> правляться с повседневными делами?
		F102	Насколько Вам <u>трудно</u> выполнять повседневные дела?
	RabSK	F123	Как Вы <u>оцените</u> свою <u>способность</u> работать?
		F124	Насколько Вы <u>удовлетворены</u> своей способностью работать?
	NeYtE	F23	Насколько Вы <u>удовлетворены</u> той энергией, которой обладаете?
		F24	Насколько сильно Вас <u>беспокоит</u> усталость?

Продолжение прил. 3

Сфера	Фасета	Вопрос	Формулировка вопроса (ключевые слова подчеркнуты)
S Af	ObweT	S45	Насколько сильно неудовлетворительное общение с людьми <u>ухудшает</u> Вашу жизнь?
		S42	Насколько Вы удовлетворены тем, как складываются Ваши отношения и общение с окружающими людьми?
	SKonK	S81	Как много <u>напряжения</u> требует от Вас самоконтроль?
		S83	Как много <u>усилий</u> Вам приходится прилагать, чтобы отвлечься от своих неприятных переживаний?
	SOBLE	S21	Насколько Вам <u>трудно</u> поддерживать в себе то эмоциональное состояние, которое Вы считаете желательным в конкретной ситуации?
		S22	Насколько сильно Ваши неадекватные эмоциональные реакции <u>ухудшают</u> Вашу жизнь?
	ObrJT	S92	В какой мере Вы <u>удовлетворены</u> тем, как Ваш образ жизни влияет на Ваше психическое самочувствие и здоровье?
		S93	В какой степени Ваши действия во вред своему психическому здоровью <u>ухудшают</u> Вашу жизнь в целом?
S Int	SPonK	S35	Как часто Вы ощущаете, что Ваша жизнь <u>ухудшается</u> из-за недостаточного осознания и понимания себя?
		S34	Как часто Вы <u>страдаете</u> от недостаточного понимания самого себя, своего внутреннего мира?
	GarME	S75	В какой мере несовершенство, уродливость и дисгармоничность окружающей действительности <u>ухудшают</u> качество Вашей жизни?
		S74	Как много душевных сил Вам приходится затрачивать, чтобы примиряться с несовершенством окружающей жизни?
	OsmCT	n 43	Бессмысленная — осмысленная
S Opr		n 28	Бесцельная — целеустремленная
	OstUK	n 01	Юморная — занудная
		n 22	Тупая — остроумная
	ZaxPE	n 36	Скучная — захватывающая
		n 06	Пустая — полная
S Ytv	YvaST	n 09	Уважительная — издевательская
		n 21	Славная — позорная
	PraPK	n 15	Правильная — неправильная
		n 12	Приемлемая — неприемлемая
	KraPE	n 05	Прекрасная — безобразная
		n 07	Красивая — уродливая

Окончание прил. 3

SRea	YdaVT	n 04	Удачная — неудачная
		n 44	Везучая — невезучая
	DeqAK	n 11	Деятельная — бездеятельная
		n 32	Активная — пассивная
	RadVE	n 14	Унылая — веселая
		n 37	Радостная — печальная
	sRaz	N 02	Плохая — хорошая
		N 24	Неполноценная — полноценная
		N 45	Отталкивающая — привлекательная

Коцюбинский Александр Петрович
Шейнина Нина Семеновна
Бурковский Георгий Васильевич
Аристова Татьяна Алексеевна
Бутома Борис Георгиевич

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
В ПСИХИАТРИИ**

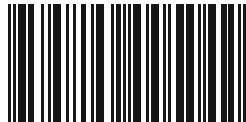
Редактор *Кригель Е. М.*
Корректор *Федорова М. Ю.*
Компьютерная верстка *Габерган Е. С.*

Подписано в печать 05. 06. 2013. Формат 60 × 88 $\frac{1}{16}$.
Печ. л. 14,5. Тираж 500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „Спец Лит“».
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29,
тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н

ISBN 978-5-299-00504-2



9 785299 005042