

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА**

На правах рукописи

КУЗНЕЦОВА

Светлана Леонидовна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Специальности: 14.01.06 — психиатрия

19.00.04 — медицинская психология

Диссертация на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор А.П. Коцюбинский
Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор Н.Н. Петрова

Санкт-Петербург

2017

СОДЕРЖАНИЕ

Ведение	4
ГЛАВА 1. ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	14
1.1. Психическая адаптация и реабилитация: развитие понятий.....	14
1.2. Биопсихосоциальная парадигма в концепции реабилитации.....	18
1.2.1. Биологическая адаптационно-компенсаторная составляющая психического состояния пациентов.....	19
1.2.2. Психологическая адаптационно-компенсаторная составляющая психического состояния пациентов.....	20
1.2.3. Социальная адаптационно-компенсаторная составляющая психического состояния пациентов.....	26
1.3. Шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство: клинико-феноменологические особенности с позиций концепции реабилитации.....	30
1.4. Современные реабилитационные подходы.....	35
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	41
2.1. Характеристика материала исследования.....	41
2.2. Методы исследования.....	49
2.2.1. Клинико-психопатологический метод.....	49
2.2.2. Клинико-психологический метод.....	50
2.2.3. Психометрический метод.....	51
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	59
3.1. Клинико-психопатологические особенности больных эндогенными психозами: сравнительная характеристика.....	59
3.2. Клинико-психологические особенности больных эндогенными психозами: сравнительная характеристика.....	63

3.3. Особенности социальной адаптации и функционирования больных эндогенными психозами: сравнительная характеристика.....	83
3.4. Функциональный профиль адаптации пациентов. Сравнительные характеристики при различных эндогенных заболеваниях.....	91
3.5. Оценка влияния психотерапии на реабилитационный потенциал больных эндогенными психическим расстройствами.....	107
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	116
ВЫВОДЫ.....	127
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	130
ОСНОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ.....	150
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	151

Введение

Актуальность. По данным ВОЗ, на 2005 год эндогенными психическими расстройствами, характеризующимися наиболее тяжелыми социальными и экономическими последствиями (Ястребов В.С., 2009), в мире страдало около 385 млн. человек: расстройствами шизофренического спектра – около 45 млн. человек, а депрессивного круга – около 340 млн. (Freeman M., 2005), что, в соответствии с численностью населения в тот же период (свыше 6,5 млрд. человек) (<http://www.un.org.>, 2012), составляло в популяции порядка 0,7% и 5,2% соответственно. Прижизненная заболеваемость шизофренией (life prevalence), по данным Dan. G. Blazer (2008), составляет 4 случая на 1 тыс. населения (0,4%), что ниже обычно описываемых и, по мнению исследователя, завышенных значений (от 0,5% до 1,0%). По данным R.C. Kessler и T.V.Ustun (2008), прижизненная заболеваемость большим депрессивным расстройством составляет 12,8% в странах Европейского региона и 16,6% в США (цит. по Краснову В.Н., 2010).

Учтённая распространённость психических расстройств в Российской Федерации на 2012 год, согласно резолюции Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» (<http://psychiatr.ru/news/53>, 2012), составляла более 4 млн. человек или 2 951,0 на 100 тыс. человек населения, что в процентном соотношении выражается как 3%. При этом, по данным А.А. Чуркина (2005), в структуре психических расстройств распространённость заболеваний шизофренического спектра на 2005 год составляла 46,9%, а аффективного спектра - 8,3% (3,5% - для аффективных психозов, 4,8% — для аффективных непсихотических расстройств).

При оценке социально-экономических последствий заболеваемости психическими расстройствами можно видеть, что в последние десятилетия во всех странах финансовое бремя на общество и государство неуклонно возрастает (Ястребов. В.С., 2009). Данное обстоятельство связывается прежде всего

с изменением критериев направленности и оценки эффективности терапии и включения в неё не только симптоматологических, но и социально-психологических параметров. Такой подход позволил обнаружить возрастающее число пациентов, находящихся, в связи с клинической стабилизацией их психического состояния, вне стен стационарных лечебных учреждений, но характеризующихся при этом недостаточным уровнем социальной адаптации (что проявляется главным образом в сниженном уровне трудовой деятельности и общественной активности). Помимо этого, увеличение финансового бремени связано как с удорожанием лекарственных препаратов, так и привлечением к терапии специалистов разного профиля, обеспечивающих целостность терапевтических усилий, направленных на ресоциализацию пациентов (Гурович И.Я., 2003; Белоусов Ю.Б., 2005; Гурович И.Я., 2007; Краснов В.Н., 2008).

В связи с этим проблемы реабилитации и реадaptации психически больных, их возвращения в социум и восстановления социального и трудового статуса становятся все более актуальными. По мнению М.М. Кабанова, высказанному им еще в 1977 году (Кабанов М.М., 1977), реабилитация больных, как система деятельности, должна быть направлена на «...восстановление (полное или частичное) личного и социального статуса больного» через личностное опосредование лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий «при учёте роли клинико-биологических, психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза». При этом, «...лечение должно быть направлено не только на устранение проявлений болезни, а также и на выработку у больного качеств, помогающих приспособиться к среде» (Кабанов М.М., 1998).

В рамках этих представлений психиатрическая служба в мировой медицине, а также и в России, к концу XX в. окончательно повернулась в направлении так называемой «общественно-ориентированной психиатрии» или «терапии с опорой на общество» (Гурович И.Я., 2007; Гусева О.В., 2007; Гурович И.Я., 2008; Краснов В.Н., 2008; Власова Н.С., 2009). Данный подход предполагает использование потенциала всего сообщества, государственных и обще-

ственных организаций для выстраивания процесса терапии, реабилитации и социального восстановления лиц с психическими расстройствами (Гурович И.Я., 2007; Лиманкин О.В., 2013).

С позиций данного подхода биологические, медикаментозные воздействия, направленные на организм человека, не являются единственными в терапии психических расстройств, а входят лишь составной частью в комплексную всестороннюю систему реабилитации, включающую разнообразные психотерапевтические подходы и социальные вмешательства или поддержку.

Помимо отечественных работ, осуществляемых в рамках реабилитационного направления, разрабатываемого ведущими учёными НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Московского НИИ психиатрии Росздрава (Мелехов Д. Е., 1944; Мелехов Д. Е., 1974; Мелехов Д.В., 1981), Томского медицинского института (Сибирского государственного медицинского университета) (Логвинович Г.В., 1990; Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991), важная роль принадлежит теоретическому осмыслению реабилитационного процесса, получившего в последнее время свое обоснование в развиваемой концепции о «биопсихосоциальной парадигме» функционирования личности (Engel G., 1977). Это понятие, введённое G. Engel в 80 гг. XX в., подразумевает использование системного подхода при анализе основных параметров жизнедеятельности индивидуума — биологического, индивидуально-психологического и социального, что, в свою очередь, тесно связано с разработкой и усовершенствованием вытекающего из этой концепции представления о влиянии этих параметров на функциональные характеристики человека, что послужило основой для развития идей о функциональном диагнозе (Вайзе К., Воловик В.М., 1980; Коцюбинский А.П., Зайцев В.В., 2004; Коцюбинский А.П. и др., 2005; Коцюбинский А.П. и др., 2006; Войтенко Р.М., Синкевич В.Н., 2009). При этом необходимо отметить, что главенствующая роль в биопсихосоциальном функционировании индивидуума принадлежит его психическим адаптационно-компенсаторным механизмам как «перманентно существующим», «составляющим сущность жизнедеятельности любого организма» и представляющим собой «элементы еди-

ного процесса» (Коцюбинский А.П. и др., 2016), где адаптация понимается как процесс приспособления, а компенсация — как реакция на препятствие к адаптации.

Согласно определению Ф.Б. Березина (2011), психическая адаптация есть «процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды». При этом автор выделяет в системном явлении адаптации три аспекта: психофизиологический, психический и социально-психологический. О сложности феномена психической адаптации, имеющем фактически междисциплинарный характер, говорит также М.А. Березин (2011). Важно отметить, что исследователями подчёркивается необходимость учёта как психологических, так и физиологических параметров, что делает правомочным различать в психической адаптации три блока: биологический, психологический и социальный (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996).

Таким образом, в большинстве работ, посвящённых разработке категории психической адаптации в прикладном, медицинском психиатрическом аспекте, теоретические построения ведутся в направлении трёх основных линий: психологической или личностно-психологической, биологической или психофизиологической и социальной или личностно-средовой (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996; Маклаков А.Г., 2001; Гадельшина Т. Г., 2011; Березин Ф.Б., 2011).

В данной работе развиваются представления о необходимости именно такого трёхстороннего подхода к оценке процесса и результата адаптации, принимая, что неудача в любом из трёх направлений означает неуспех всего процесса в целом, иначе называемый психической дезадаптацией.

При этом под психологической адаптацией, отражающей индивидуально-личностный уровень психической регуляции, понимается «системная деятельность многих психологических подсистем, активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни» (Коцюбинский А.П. и др., 2004). В качестве основополагающих в системе психологической адаптации выделяются традиционно три её составляющие: механизмы психологической защиты, стратегии совладающего (coping) поведения и внутренняя картина болезни (Исаева Е.Р., 1999; Петрова Н.Н. и др., 2004; Коцюбинский А.П. и др., 2006). Безусловно, говоря о деятельности «...многих психологических подсистем...» необходимо отметить, что психологический уровень адаптации не ограничен указанными тремя составляющими, при детальной разработке этого вопроса учитываются также характер ценностно-смысловых ориентаций, наличие или отсутствие психологического конфликта (Коцюбинский А.П. и др., 2006, 2011), особенности познавательной и эмоционально-волевой сфер пациента, качества его жизни (Коцюбинский А.П. и др., 2006; Бурковский Г.В. и др., 2011), что косвенно отражается в особенностях приспособительного поведения (Воловик В.М. и др., 1984; Исаева Е.Р., 1999; Коцюбинский А.П. и др., 2007).

Что касается социальной адаптации, то в отечественной психиатрии существует несколько подходов к рассмотрению этого процесса и выделены такие понятия, как социально-трудовая адаптация (Логвинович Г.В., 1990; Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991;), собственно социальная адаптация (Коцюбинский А.П. и др., 2005, 2006, 2007) или социально-психологическая адаптация (Исаева Е.Р., 1999; Березин Ф.Б., 2011). В этом случае чаще всего исследователи ведут речь об обобщенной оценке достигнутых пациентами социальных достижений, которые, например, в подходе Е.Д. Красика и Г.В. Логвинович (1991) рассматриваются с позиции трёх её уровней: высокого, среднего и низкого. В то же время ряд исследователей, помимо целостной оценки социальной адаптации, предлагают при определении количественной её характери-

стики дополнительно рассматривать уровень функционирования пациента в каждой из составляющих целостную оценку различных социальных сфер (Воловик В.М. и др., 1984; Лиманкин О.В., 2007; Коцюбинский А.П. и др., 2011).

Говоря о биологической (клинико-биологической) адаптации (Коцюбинский А.П. и др., 2011; Семке А.В. и др., 2013) или психофизиологической адаптации (Березин Ф.Б., 2011) применительно к группе больных эндогенными психозами, необходимо подчеркнуть, что, в первую очередь, имеются в виду сложные клинико-биологические адаптационные процессы, обуславливающие возникновение, течение и исход процессуального заболевания. При этом исторически существовавший сугубо «биологический» подход к клинике и диагностике психических расстройств, сводящий возникновение эндогенных психических расстройств преимущественно к идее наследственности, а течение — к нейрофизиологическим нарушениям, оказался явно недостаточным, поскольку не только отметил необходимость проведения профилактических мер, а также организационных и социальных вмешательств в терапию эндогенных психозов, но и вступал в противоречие с психиатрической практикой и взглядами на эту проблему многих видных психиатров. Так, в трудах С.С. Корсакова, опубликованных еще в 1887 г., описана важность организации трудовой занятости психически больных. В XX веке отмечается тенденция к смягчению сугубо биологического понимания природы психических расстройств и клинико-биологических механизмов в развитии психозов, что отражается в подчеркивании важного значения при этих заболеваниях также социально-психологических влияний, что позволяет надеяться на формирование в дальнейшем более целостной картины сущности психопатологических расстройств, при котором биологическая адаптация является важной, но составной частью системной деятельности многих других подсистем индивидуума (Гончарская Т.В., 1988). При этом неоспоримая роль биологических механизмов в патогенезе эндогенных психозов не подвергается сомнению (Коцюбинский А.П. и др., 2001), о чем свидетельствует успешность использо-

вания этих механизмов современной психофармакологией. Необходимо также подчеркнуть, что в терапии разных эндогенных психозов и на разных этапах их течения роль биологической адаптации может сильно различаться, позволяя в одних случаях эффективно добиться ремиссии с помощью преимущественно психофармакотерапии с минимальными психосоциальными вмешательствами, а в других, напротив, минимизировать психофармакологические вмешательства ввиду клинической невыраженности собственно психопатологических нарушений и необходимости, в связи с явлениями социальной дезадаптации пациентов, превалирования психологических и социальных интервенций.

Цель исследования: оценка биопсихосоциальной адаптации и оптимизация реабилитации больных с эндогенными психическими расстройствами.

Задачи исследования:

1. Установить сравнительные особенности биологических (клинико-психопатологических) адаптационных характеристик в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

2. Изучить сравнительные психологические адаптационные характеристики в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

3. Исследовать особенности социальных адаптационных характеристик в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

4. Определить функциональный профиль адаптации в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

5. Проанализировать, на основании холистического подхода, эффективность когнитивно-поведенческой терапии в процессе реабилитации больных с эндогенными психическими заболеваниями.

Научная новизна. В данном исследовании впервые на основе принципов биопсихосоциальной парадигмы проведён сравнительный анализ особенностей

биологических, психологических и социальных механизмов адаптации больных с различными эндогенными психозами, подчиненный цели разработки (на основании полученных данных) дифференцированного комплекса реабилитационного вмешательства. В результате исследования предложен новый диагностический инструмент, разработанный в рамках представлений о функциональном диагнозе, позволяющий определить характер реабилитационных мероприятий, необходимый больным с различными эндогенными психозами. Прослежены, с использованием холистического подхода, различия во взаимосвязях между биологическими и психологическими адаптационно-компенсаторными механизмами и социальной адаптацией у больных с различными эндогенными психозами, и определено влияние этих механизмов на функциональные возможности пациентов. Выявлены, в зависимости от диагностируемого функционального профиля адаптации, предпочтительные мишени реабилитационных воздействий и специфические факторы их эффективности. Результаты исследования расширяют представления о роли клинико-психопатологических, психологических и социальных механизмов в протекании эндогенных психозов.

Практическая значимость исследования. Результатом исследования стали рекомендации по оптимизации и индивидуализации реабилитации больных эндогенными психозами, в том числе, за счёт усовершенствования диагностического подхода. Показаны мишени комплексного реабилитационного воздействия, определяемые в разной степени клиническими особенностями заболевания, психологическими механизмами функционирования личности и характером социальной адаптации.

Положения, выносимые на защиту.

1. Больные шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством различаются по характеру биопсихосоциальных адаптационно-компенсаторных механизмов, а потому должны иметь различные программы комплексного реабилитационного воздействия.

2. Комплексный анализ составляющих психической адаптации с конструированием функционального профиля адаптации, являющегося важной содержательной характеристикой функционального диагноза, способствует формированию целостного взгляда на терапию эндогенных психозов.

3. Использование индивидуального функционального профиля адаптации в качестве диагностического инструмента способствует разработке персонализированных реабилитационных программ.

4. Проведение когнитивно-поведенческой терапии для больных с эндогенными психическими расстройствами позволяет повысить реабилитационный потенциал данной группы пациентов, способствуя коррекции их копинг-поведения, гармонизации внутренней картины болезни и повышению качества жизни.

Апробация и внедрение результатов исследования. По результатам исследования подготовлено 9 публикаций в отечественной литературе, 4 из них — в изданиях, рекомендованных ВАК. Материалы исследования были включены в методическое пособие для врачей и психологов «Комплексный подход к диагностике больных эндогенными психическими расстройствами» (2006). Результаты диссертационной работы были доложены и обсуждены на Всероссийской конференции с международным участием «Бехтеревские чтения на Вятке», 2004; XIII Всероссийской медико-биологической конференции «Фундаментальная наука и клиническая медицина», 2010. Материалы исследования внедрены в практику отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». Результаты исследования используются при преподавании психиатрии на кафедре психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета.

Личный вклад автора. Результаты, представленные в диссертации, получены непосредственно автором, проанализировавшим научную литературу по изучаемому вопросу и предпринявшим активные действия по организации

исследования и сбору материала. Данные получены на основании клинико-психопатологического изучения 143 больных с эндогенными психическими заболеваниями, находившихся на стационарном лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Автор лично участвовала в выборе методик обследования, оценке состояния обследуемых больных, интерпретации и статистической обработке материала.

ГЛАВА 1. ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Психическая адаптация и реабилитация: развитие понятий.

Понятие адаптации в биологии формулируется как приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде, к меняющимся условиям функционирования. Адаптация человека формируется в процессе его эволюции и направлена на сохранение постоянства его внутренней среды — гомеостаза, который в свою очередь в значительной мере зависит от состояния психики (Блейхер В.М., 1995). Кроме того, адаптация — это один из основных критериев разграничения нормы и патологии в психической деятельности человека.

Можно выделить два общих подхода к рассмотрению феномена адаптации (Маклаков А.Г., 2007). С одной стороны, адаптация рассматривается как свойство любой живой саморегулируемой системы, обеспечивающее её устойчивость к условиям внешней среды, с другой — адаптация рассматривается как динамическое образование, как непосредственный процесс приспособления к условиям внешней среды.

В развитии указанных подходов современное представление об адаптации объективно воплощается в нескольких основных её проявлениях, позволяющих утверждать, что адаптация — это свойство организма, процесс приспособления к изменяющимся условиям среды, результат взаимодействия в системе «человек — среда» и цель, к которой стремится организм (Маклаков А.Г., 2001).

Важным представляется подчеркнуть, что существуют различия в понятии адаптации — как «динамического процесса приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой» (Воложин о. И., Субботин Ю. К., 1987) и компенсации - как «реакции организма на препятствие к адаптации, призванной сохранять целостность

и жизненно важные функции организма, возмещающая функциональную недостаточность повреждённых элементов системы деятельностью неповреждённых элементов» (Ануфриев А.К. 1974). Вместе эти процессы рассматриваются в рамках адаптационно-компенсаторной модели формирования психопатологических феноменов, которая позволяет оценивать различные аспекты состояния пациентов углубленно, многосторонне и на единых теоретических позициях (Коцюбинский А.П., 2015). Такого рода единство на практике приводит к тому, что в большинстве случаев исследователи, говоря об адаптации, фактически подразумевают адаптационно-компенсаторные взаимодействия.

По определению Ф.Б. Березина (1988), психическая адаптация представляет собой «процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, которая позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели при сохранении психического и физического здоровья, обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям среды». При этом автор выделяет три аспекта психической адаптации: «собственно психический, социально-психологический и психофизиологический... социально-психологический аспект адаптации обеспечивает адекватное построение микросоциального взаимодействия, в том числе - профессионального, достижение социально значимых целей» и «является связующим звеном между адаптацией индивидуума и популяции, способен выступать в качестве уровня регулирования адаптационного напряжения» (цит. по Завьяловой Е.К., 2001).

Таким образом, психическая адаптация в настоящее время может рассматриваться как конструкт, в котором психологическая адаптация, выступающая в совокупности с системной деятельностью многих биологических подсистем и одновременно связанная с социальной адаптацией индивидуума кумулируется в результирующем процессе приспособления психики человека к условиям и требованиям окружающей среды (Коцюбинский А.П. 2001). Иными словами, это «процесс приспособления психической деятельности челове-

ка 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), который представляет собой результирующую биологической, психологической и социальной адаптации (Коцюбинский А.П., 2013).

Представления о значении адаптационно-компенсаторных механизмов в жизнедеятельность индивидуума явились базовыми для развития представления о реабилитации психически больных. Реабилитация определяется как «динамическая система взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленная на достижение конечной цели - восстановление статуса личности» (Кабанов М.М., 2000). По мнению Л.И. Вассермана (2007), концепция реабилитации явилась «реальной попыткой теоретико-методологического осмысления биопсихосоциального подхода в медицине». Биопсихосоциальная парадигма в контексте рассмотрения психических расстройств делает теоретически осмысленным необходимость реабилитационного подхода в клинике и диагностике эндогенных психозов, который реализуется практически во всех сферах развития современной психиатрической науки, например, в рамках социальной психиатрии, главным предметом которой является как общественное психическое здоровье в целом (Дмитриева Т.Б., 2009), так и, в частности, «вопросы реабилитации (медико-социальной, психосоциальной), включая также аспекты интеграции (реинтеграции) пациентов с психическими расстройствами в общество».

В практическом плане обоснование сущности реабилитационного процесса биопсихосоциальными представлениями о природе психических расстройств в последнее время находит свое воплощение в становлении бригадного полипрофессионального подхода, предполагающего «тесное взаимодействие специалистов разных ориентаций, строгой оценкой и отбором различных подходов в плане их теоретической и эмпирической обоснованности и доказанной эффективности» (Холмогорова А.Б., 2006), а также активное участие пациента в работе полипрофессиональной бригады.

К одному из сложнейших вопросов, рассматриваемых в рамках концепции реабилитации и являющихся одновременно важной составляющей её терапевтической программы, относится также понятие стигматизации, боязнь которой приводит пациентов, помимо прочих последствий, к нарушению комплайенса, терапевтического контакта — то есть к проблемам, без решения которых, с точки зрения М.М. Кабанова (1998), «реабилитация не может быть в достаточной мере осуществлена и ей даже грозит превращение в фикцию».

Личность больного в целом, её социальные связи, а не отдельные функции (моторные, речевые и т.д.) страдают обычно с самого начала психического заболевания, и именно личность на нарушение обусловленных заболеванием конкретных функций уже вторично может дать и, как правило, даёт ту или иную реакцию (Кабанов М.М., 1998). В связи с этим, «основной целью психиатрической реабилитации является интеграция психически больных в социальную реальность, адаптация пациента к жизни в семье и обществе» (Коцюбинский А.П., 2016).

В этом свете представляются закономерными современные в мировой психиатрии тенденции переформулирования ряда так называемых «стигматизирующих» диагнозов, что проявляется, например, в появлении в последнее время в англоязычной литературе определения шизофрении как «клинического синдрома, характеризующегося набором психических и поведенческих феноменов» (Мосолов С.Н., 2010), чему немало способствует установившийся в западной психиатрии дименсиональный подход, рассматривающий сходные психические состояния в рамках одного спектра («расстройства шизофренического спектра», *Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, DSM-V*).

Таким образом, если психическая адаптация — это «перманентно существующий процесс, направленный на оптимальное приспособление организма к конкретным условиям» (цит. по Коцюбинскому А.П., 2016), то реабилитация — это целенаправленное влияние на процесс психической адаптации, то

есть на индивидуальное функционирование пациентов, «восстановление или формирование утраченных в условиях, нарушенных в результате болезни ... ресурсов личности...» (Гурович И.Я., 2015).

1.2. Биопсихосоциальная парадигма в концепции реабилитации.

Возвращаясь к понятию психической адаптации как интегративной результирующей адаптации биологической, психологической и социальной, необходимо подчеркнуть, что в последние годы отмечается отчётливая тенденция к объединению категориальных (рассматривающих психическую патологию с позиций их нозологической обособленности) и дименсиональных представлений о природе психических расстройств, что «в немалой степени стимулирует интерес к так называемому холистическому диагностическому подходу, нацеленному на многоосевую (многомерную, мультиаксиальную) оценку психических расстройств» (Коцюбинский А.П. 2016) и предполагающему формулирование биологического (клинико-психопатологического), психологического и социального диагнозов. Существенным дополнением холистического подхода в клинике и диагностике психических расстройств является, в свою очередь, функциональный диагноз, который можно считать наиболее актуальным взглядом на систему целостной клинической оценки психического состояния больного с позиций концепции реабилитации. Функциональный диагноз отражает влияние на нарушение целостного адаптационного функционирования индивидуума обуславливающих его биологических, психологических и социальных факторов (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А., 2005, 2006) и позволяет не только точнее оценивать потенциально имеющиеся адаптационно-компенсаторные возможности пациентов, но и конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения.

Ниже представлено рассмотрение каждой из биопсихосоциальных составляющих психического состояния пациентов.

1.2.1. Биологическая адаптационно-компенсаторная составляющая психического состояния пациентов.

К уровню биологической адаптационно-компенсаторной активности, выражающейся в постановке биологического диагноза, относится понятие биологической уязвимости (“vulnerability”) как генетически обусловленной предрасположенности к формированию психического расстройства (Strauss J.S., Carpenter W.T., 1972), которое является одним из ключевых понятий в диатез-стрессовых моделях шизофрении (Nicholson I.R., Neufeld R.W.J., 1992; Коцюбинский А.П., 2001; Коцюбинский А.П., 2004).

При этом, в качестве базовых характеристик биологического диагноза рассматриваются изначально существующие, «фоновые» генетические, органические, иммунные и нейроэндокринные факторы, играющие роль в поддержании гомеостаза в норме и при психической патологии. Следует лишь отметить, что генетические исследования природы психических расстройств в настоящее время не привели к формированию целостной картины клинико-генетических зависимостей. Обширные возможности нейровизуализации позволили накопить наблюдения, описывающие структурные изменения в головном мозгу в виде уменьшения объема серого вещества в лобных долях, расширения желудочков, коррелирующие с выраженностью нейрокогнитивного дефицита и негативной симптоматикой (Гурович И.Я., 2015), что демонстрирует органические изменения, но не позволяет делать однозначных выводов о происходящих психических процессах и их отражении на характере текущего психического расстройства. Связь системы иммунитета с шизофренией, особенностями клинической симптоматики, терапевтической динамикой шизофренического процесса отражена в многочисленных исследованиях (Коляскина Г.И., 1990; Ветлугина Т.П., 2001; Бутома Б.Г., 2008). Так, в исследовании О.А. Лобачёвой (2003) показана взаимосвязь иммунологической реактивности с вариантами социальной адаптации больных шизофренией, когда улучшение показателей социальной адаптации в процессе терапии сопровождалось позитивной динамикой иммунологических параметров. Роль иммунно-эндокринных меха-

низмов в патогенезе аффективных расстройств и шизофрении описана во многих исследованиях (Вартанян М. Е., 1983; Щербакова И.В., 2006; Нуллер Ю.Л., 2008). Вместе с тем, и в этой области имеются лишь некоторые частные наблюдения, не позволяющие с данных позиций понять сущность психических расстройств.

К морбидным характеристикам в рамках биологического диагноза относятся клиничко-психопатологические особенности психического расстройства, а именно нозологическая принадлежность, синдром, тип течения болезни, длительность заболевания и обострения.

Функционально-динамическим показателем биологической адаптации при этом являются характеристики улучшения состояния больных, к которым при категориальном подходе относятся особенности типологии ремиссии, а при дименсиональном — позитивная балльная динамика соответствующих валидизированных психометрических шкал и опросников (CGI-S/I; PANSS, BPRS, SOPS в клинике психотических расстройств; MADRS, HAMD — в клинике аффективной патологии).

1.2.2. Психологическая адаптационно-компенсаторная составляющая психического состояния пациентов.

К уровню психологической адаптационно-компенсаторной активности, выражающейся в постановке психологического диагноза, относятся такие понятия, как копинг, внутренняя картина болезни и психологическая защита, составляющие «адаптационный потенциал личности» (Коцюбинский А.П., 2016). Как один из составляющих психической адаптации, психологический адаптационный потенциал личности является процессом, который позволяет человеку устанавливать оптимальные соотношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять актуальные потребности индивида.

Копинг — механизм психологической адаптации при помощи которого человек осознанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в его жизнь обстоятельств, которые невозможно устранить (Коцюбинский А.П., 1996). Впервые термин «coping» был использован L.

Murphy в 1962 году в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Автор определяет термин копинг (приспособляемость организма) как «некую попытку создать новую ситуацию, будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной». Копинг при этом понимается как стремление индивида решить определённую проблему, которое, с одной стороны, следует понимать как врождённую манеру поведения, а с другой - приобретённую, дифференцированную форму поведения (владение собой, сдержанность, склонность к чему-либо).

Термином копинг обозначает три связанных друг с другом понятия, которые отражают данный феномен с разных сторон: механизм совладания, позволяющий осваиваться с обстоятельствами, обучаться управлению ими, процесс действия этого механизма — копинг-стратегии (копинг стили), результат действия этого механизма (результат процесса) — копинг-поведение (Коцюбинский А.П., 2005)

К работам, посвящённым исследованию копинг-механизмов при эндогенных психозах можно отнести исследование А. Bellack et al. (1990), в котором авторы указывают на дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения у больных шизофренией; последний, по мнению исследователей, значительно снижает их способность эффективно совладать со стрессовыми ситуациями. В работе М. Ибриегита (1997) показано преобладание в копинг-поведении таких пациентов эмоциональных и избегающих решения проблем копинговых стратегий, а это обстоятельство «усугубляет болезненные переживания, служит фактором дальнейшей социально-психологической дезадаптации личности больных шизофренией». Более современные работы также показывают преобладание неконструктивного эмоционального, поведенческого и эмоционального копинга в системе адаптации больных шизофренией (Голенищенко А.В., 2007), в то время как при аффективных расстройствах показана обратная от уровня депрессии зависимость эффективности всех используемых видов копинга (Муравьева О.В., 2014).

В многоуровневой системе психологической адаптации копинг-механизмы тесно связаны с механизмами психологической защиты личности (Исаева Е.Р., 2008).

Психологическая защита — это бессознательный процесс, регулирующий уровень эмоционального напряжения. Механизмы психологической защиты формируются на ранних стадиях развития индивидуума, а их использование в процессе всей жизни осуществляется психическим аппаратом автоматически, бессознательно. Задачей психологической защиты является не разрешение противоречий, а устранение связанных с ними переживаний, препятствующих включению других механизмов адаптации, которые, возможно, помогут индивидууму справиться с ситуацией.

Л.И. Вассерман с соавторами (2005) рассматривают механизмы совладания и механизмы психологической защиты как способы адаптации к стрессовой ситуации, где копинг-поведение определяется как стратегия действия личности, направленная на устранение или переоценку ситуации психологической угрозы, а механизмы психологической защиты направлены на ослабление психического дискомфорта. Н. Мак-Вильямс (2001) говорит о том, что пациенты с шизофренией чаще прибегают к расщеплению, примитивной изоляции, всемогуществу и отрицанию, что согласуется с отечественными данными (Каткова М.Н., 2011). По данным К.М. Гебель (2009) «структура защитно-приспособительного поведения больных шизофренией отличается избыточной напряжённостью и выраженностью отрицания и регрессии». По данным В.Ю. Кудряшовой с соавторами (2017) у больных шизофренией преобладает копинг-стратегия поиска социальной поддержки, в то время как у пациентов с аффективными расстройствами наблюдается выбор копингов решения проблем и самоконтроля.

Разработка понятий психологической адаптации привела к формированию представлений о более синергичном взаимодействии механизмов психологической защиты и копинг-механизмов, выразившееся в понятии о защитно-совладающем поведении, имеющем исключительное значение в системе соци-

ально-психологической адаптации при эндогенных психических расстройствах (Исаева Е.Р., 1995). Так, теория защитно-совладающей системы получила своё развитие в концепции персонологии В.Я. Семке и И.Я. Стояновой (2010). В представлениях этих исследователей «незрелые защиты при шизофрении могут играть положительную роль, потому что направлены на устранение субъективно значимых переживаний, обеспечивая некоторый уровень адаптированности».

Внутренняя картина болезни — понятие, введённое А.Р. Лурия (1977), это особая форма психологической адаптации, являющаяся, с точки зрения В.Н. Мясищева (2005), «важнейшей подсистемой психологической регуляции поведения человека», которая «рассматривается в рамках вторичной психологической защиты, то есть непроизвольного, бессознательного использования пациентом приёмов, обеспечивающих безопасность функционирования деструктивной первичной психологической защиты». Внутренняя картина болезни формируется на основании базисных механизмов психологической адаптации в условиях развивающегося заболевания. К внутренней картине болезни относят восприятие болезни (чувственно-эмоциональный компонент), отношение к болезни (интеллектуальный компонент), установочность по отношению к болезни (поведенческий компонент) и отношение к лечению. При этом отмечается, что низкий уровень осознания заболевания и необходимости лечения является существенным препятствием для психосоциальной коррекции (Вид В.Д., 1993).

Для характеристики внутренней картины болезни в практике используется методика ТОБОЛ, сконструированная в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., 1990) «как модель мышления клинического психолога и (или) психоневролога». Эта методика использует типологию отношений к болезни, предложенную А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым (цит. по Вассерману Л.И., 1990) и предназначена прежде всего для использования в клинике хронических соматических, неврологических и нейрохирургических заболеваний, при пограничных нервно-психических расстройствах и в наркологии. Однако ряд исследователей сочли возможным и даже необходи-

мым её использование как некоего копинг-ресурса в контексте картины отношения к болезни у пациентов с эндогенными психозами. Так, принципиальная возможность включения методики ТОБОЛ в диагностический арсенал для больных эндогенными психозами была показана в исследовании А.П. Коцюбинского с соавторами (2006). В исследованиях было продемонстрировано преобладание анозогнозического, паранойяльного, апатического и сенситивного типов при параноидной шизофрении (Харчук Е.В., 2013; Назаркина Д.М., 2015).

К функционально-динамическим показателям психологической адаптации можно отнести характер приспособительного поведения больных и качество их жизни.

Приспособительное поведение представляет собой сложный феномен, рассматриваемый разными авторами (Амбрумова А.Г., 1981; Логвинович Г.В., 1990; Семке А. В., 1995; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2008) как некую форму взаимодействия индивидуума с действительностью, приспособления к ней. Тип приспособительного поведения показывает основные тенденции личности в формировании социального поведения и представляет собой генетически детерминированный, биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью, который отражает стиль функционирования пациента в социуме (Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1984).

В основе приспособительного поведения лежат сложные интрапсихические процессы, «вытекающие из общебиологической способности людей приспособительно реагировать на изменения в социально-экологической среде» и являющиеся активной личностной функцией, «обеспечивающей согласование потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни» (Кабанов М.М., 2000).

По мнению А.П. Коцюбинского, «правильное определение клинически выделенных типов и вариантов приспособительного поведения позволяют врачу не только понять основное направление адаптационно-компенсаторной

деятельности конкретного больного, но и в определённой степени прогнозировать социальную адаптацию пациента» (Коцюбинский А.П., 1996).

При этом необходимо отметить, что, являясь в целом категорией, относящейся к функционально-динамическим показателям психологической адаптации, приспособительное поведение требует применения клинического подхода в процессе своей диагностики (Коцюбинский А.П., 2013).

Другой функционально-динамической характеристикой психологической адаптации является качество жизни. В последние десятилетия термин «качество жизни» используется во всём мире чрезвычайно широко (Петрова Н.Н., 2002), что является показателем стремления к развитию целостного взгляда на индивида в медицине и в социальных науках (Kuuyken et al., 1994).

По определению ВОЗ качество жизни представляет собой «восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (Kuuyken et al., 1994; WHOQOL, 1993). Связанное со здоровьем качество жизни — субъективная удовлетворённость больных уровнем своего функционирования (психологического, физического и социального) в условиях болезни и лечения (Петрова Н.Н., 1998).

Принципиальным отличием в отношении исследования качества жизни является получение данных непосредственно от больного или, в ряде методик, во взаимосвязи с оценкой врача и ближайшего социального окружения (Mezzich J. E. et al., 1999), что позволяет сосредоточиться на «субъективных показателях, включающих самоощущение пациентов, восприятия ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий» (Гурович И.Я., 1998).

В работах, посвящённых исследованию качества жизни в психиатрии (Незнанов Н.Г., 2004), закономерно выявляются существенные отличия от общепринятых показателей. Главным образом, сложность заключается в том, что при измерении исключительно субъективного показателя качества жизни пациент ставится в «такую парадоксальную ситуацию, когда он должен оце-

нить свое пошатнувшееся благополучие... с помощью такого оценочного инструмента (своей же психики), который сам в определенной степени поражен заболеванием» (Коцюбинский А.П., 2013) Не случайно больные с тяжёлыми хроническими психическими расстройствами парадоксальным образом обнаруживали в значительно большей степени удовлетворённость своим материальным и социальным положением, характером своего социального взаимодействия, чем более сохраненные пациенты» (Гурович И.Я., 1994).

Наличие своей специфики в исследовании качества жизни больных шизофренией отмечают также Г.В. Бурковский и соавт. (1999). Авторы указывают на трудности и необходимость осторожности трактовки при применения именно субъективных измерителей качества жизни (КЖ), к которым относятся низкая достоверность получаемых данных о КЖ больных с дефектами когнитивных функций, низкая чувствительность субъективных показателей у больных со сниженной эмоциональной реактивностью или апатией, получение искажённых результатов измерений из-за нарушения мотивационных и оценочных функций многих пациентов (Atkinson M.J. et al., 1996; Бурковский Г.В., 1998). По данным исследований Е.А. Таракановой (2011), больные шизофренией по большинству параметров оценивают своё качество жизни как «плохое», либо «очень плохое». Самые низкие показатели оценки качества жизни получены в субсферах «Финансовые ресурсы», «Физическая безопасность» и «Сексуальная активность». Максимальные оценки показателей были получены в субсферах: «Самооценка», «Физическая боль и дискомфорт», «Образ тела и внешность», «Подвижность». В этой связи целесообразно в качестве, например, прогностических критериев рассматривать не высокую или низкую оценку качества жизни, а совокупность различных показателей.

1.2.3. Социальная адаптационно-компенсаторная составляющая психического состояния пациентов.

К уровню социальной адаптационно-компенсаторной активности, выражающейся в постановке социального диагноза, относится характер социальной компетентности как «способности к продуктивному приспособлению к соци-

альному окружению, которая обеспечивается психологическими адаптационными механизмами, определяющими тип приспособительного поведения и реализующимися в уровне адаптации в различных социальных сферах» (Коцюбинский А.П., 2016) и внешние социальные ресурсы (семья и внесемейное окружение). Наиболее существенными факторами, оказывающими влияние на социальную компетентность, являются особенности социального статуса и наличие и особенности межличностных конфликтов в семье, на работе, в партнерских отношениях и других сферах деятельности (Коцюбинский А.П., 2016).

Функционально-динамическим показателем социальной адаптации при этом является её характер во внешней среде, в которой существуют пациенты, для определения которого используются многочисленные клинически валидизированные шкалы — GAF, SFS, PSP, SOFAS, GARF.

Однако к недостаткам вышеперечисленных шкал следует отнести то, что одновременно является и их достоинством — слишком обобщенную оценку функционирования пациента, фактически сводящую её к одной цифре. Детального представления о нарушении тех или иных составляющих социального функционирования данные инструменты предоставить не могут. Кроме того, некоторое смещение заложенных в них клинических и социальных параметров делает их недостаточно сфокусированными и дифференцированными для измерения именно социального функционирования.

Необходимость учета различных отдельных сторон социального функционирования пациентов, а не только их целостной оценки подчеркивалась рядом авторов (Katz М.М., Lyerly S.B., 1963; Недува А.А., Нисс А.И., 1979; Коцюбинский А.П., Бажин Е.Ф., 1991; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1998; Шмуклер А.Б., 1998; Гурович И.Я., Сторожакова Я.А, 1998;). Она 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. и др., 1987), при шизо-

френии особенно важна информация о коммуникативных дефектах, так как нарушение общения является наиболее часто отмечаемой патологией социального функционирования этих пациентов (Захарова Н.В., 1990).

Обобщая данные литературы, М. Gmür (1986) приходит к выводу, что из общего количества больных шизофренией относительно хорошая профессиональная адаптация сохраняется у большинства пациентов: хороший социальный прогноз при шизофрении отмечается в 20-30% случаев, средний — в 40-60%, плохой — только в 20-30% случаев. При учете лишь однократных стационаров 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 с соавторами (1991) уточнили, что наименее успешными в жизни оказались холостые, разведенные и проживающие с родителями или родственниками пациенты. В этом случае авторы правомерно ставят вопрос о причине и следствии, отвечая на который приходят к выводу: тяжесть заболевания (в том числе — 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, — то есть вместе со своими родителями или родственниками. Однако, как показывают другие исследования, этим вопрос о неудачах больных в браке не исчерпывается.

Так, Häfner с соавтором (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 и V.D. Joy (1974), отмечающих, что психическое заболевание жены оказывает более разрушительное влияние на семью, чем возникновение психического рас-

стройства 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.

По данным Е.А. Катан (2007), использовавшей в своём исследовании больных шизофренией шкалу GAF, уровень снижения социального функционирования изученных больных находился в зависимости от наличия на инициальном этапе болезни изменений личности в сочетании с аутизмом, амбивалентностью, сенситивностью, психопатоподобным поведением или с начинающимся эмоциональным и волевым снижением. Автором также было показано, что степень декомпенсации социального функционирования больных тем выше, чем в большей степени были выражены по ходу болезни смены аффективно-бредовых и параноидных эпизодов возникновением эпизодов в форме синдрома Кандинского-Клерамбо и парафренических состояний. Кроме того, уровень социального функционирования больных зависел от общего балльного количества психопатологических признаков.

Низкой оказывается у больных шизофренией и фертильность (плодовитость), на что обратили внимание Л.М. Шмаонова и соавторы (1976), В.В. Канеп, Г.С. Попов и С.Л. Соломонов (1981), хотя это положение и отрицается некоторыми авторами (Burr A., Falek A., Strauss L.T. et al., 1979; Saugstad L.F., 1989). В последнее время обнаружено, что более низкий показатель «детности», достоверно не зависящий от формы заболевания, наблюдается у мужчин (Жулина И.В., Анашкина Л.М., Яздовская А.В., 1998). М.Е. Вартанян (1970), также подтвердив низкую фертильность больных шизофренией, объяснил этот феномен не только тем обстоятельством, что больные шизофренией реже (чем в популяции в целом) вступают в брак, чаще разводятся, но и тем, что у больных женщин относительно чаще отмечаются спонтанные выкидыши, мертворождение плода, уродства новорожденных. Можно предположить, что спонтанная

элиминация генетически отягощенного потомства представляет собой проявление адаптации на уровне вида.

В связи с этим разработана категориально валидизированная шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах (Коцюбинский А. П., Шейнина Н.С. и др., 2013). Успешность функционирования в каждой из семи сфер социального функционирования ранжируется по 5-бальной системе. Эти сферы следующие: 1) производственная; 2) межличностных отношений; 3) супружеских отношений; 4) воспитания детей; 5) отношений с родителями; 6) организации быта; 7) сексуальных отношений.

В результате совмещения использования нескольких методик, социальная адаптация психически больных может быть оценена не только по общему уровню социального функционирования, но и по ее успешности в различных социальных сферах.

1.3. Шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство: клиничко-феноменологические особенности с позиций концепции реабилитации.

Шизофрения с позиций концепции реабилитации рассматривается как заболевание, в основе понимания которого лежит уязвимость-диатез-стрессовая модель психических расстройств. Такая модель связана с представлениями о чувствительности индивидуума, т.е. его психобиологической готовности реагировать развитием эндогенного (аутохтонного) психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода чувствительность существует в форме клинически скрытой уязвимости (Zubin J., Spring B., 1977), но может проявляться вовне в форме психопатологического диатеза (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1996; Циркин С. Ю., 1998).

Биполярное аффективное расстройство большинством исследователей в настоящее время рассматривается как заболевание, в этиологии которого задействованы генетические механизмы, при этом точные причины и механизм развития аффективных психозов полностью не установлены. В ряде исследований было показано соотношение генетических и средовых факторов как 70%

к 30% соответственно (Озерова Н.И., 1983) и в более поздних работах — 80% к 20% (Gottesman L.L., 1987). Распространённость биполярного аффективного расстройства среди населения оценивается в пределах 0,3-1,5% (Краснов В.Н., 2009).

В отношении шизоаффективного расстройства единого взгляда на этиологию и патогенез нет. В целом, большинством авторов признаётся роль наследственных факторов в формировании и шизоаффективного расстройства, которое в населении оценивается в пределах 0,5-0,8% (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997). Отсутствие единства в понимании природы шизоаффективного расстройства во многом связано с различными подходами к классификации данного заболевания, которое рассматривается в рамках разных диагностических рубрик: МДП, шизофрении рекуррентной или приступообразно-прогредиентной (Снежневский А.В., 1960; Семке А.В., 1988; Смулевич А.Б., 2009), шизофрении шизоаффективной (Блейхер В.М., Крук И.В., 1995). В то же время ряд авторов описывают шизоаффективный психоз с указанием диагностических критериев, позволяющих дифференцировать данное заболевание от биполярного расстройства и шизофрении, с оговорками, в то же время, о разнородности группы шизоаффективных расстройств (Пантелеева Г.П., Дикая В.И., 1999). Это позволяет одним авторам рассматривать эти состояния в качестве самостоятельной нозологической единицы — атипичного аффективного психоза (Точилев В. А., 1994), а другим — считать нозологически гетерогенной группой, в которой часть больных страдают шизофренией, а часть — биполярным расстройством (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997). В издании «Психиатрия: Национальное руководство» (2009) такое расстройство отсутствует вовсе. В качестве одного из главных диагностических отличий шизоаффективного расстройства выделяют отсутствие прогредиентности (Тиганов А.С., 1999). Согласно другим наблюдениям, описание промежуточного положения шизоаффективного расстройства включает и разность прогнозов, наблюдающихся при разных формах шизоаффективного расстройства, когда доминирование в структуре заболевания депрессивного типа расстройства приближает его по

течению и прогнозу к шизофрении, в то время как биполярные приступы в картине психоза делают его близким биполярному расстройству (Shelton R.C., 2008). Общепринятым в отечественной классификации является подход, выделяющий аффектдоминантную и шизодоминантную формы психоза (Angst J., 1989; Marneros A., 1989), в зависимости от преобладания аффективных или шизофренических расстройств в картине приступа. В структуре МКБ-10 данное заболевание отнесено к группе шизофрении — F2. По версии DSM-V шизоаффективное расстройство может диагностироваться лишь в том случае, когда в анамнезе наблюдался период не менее 2 недель наличия симптомов только шизофренического круга, при этом американская классификация также относит шизоаффективное расстройство к расстройствам шизофренического спектра (Шмуклер А.Б., 2013; DSM5.org).

Под прогрессивностью можно понимать такую характеристику течения заболевания, которая отражает устойчивый характер изменений, наступивших в *процессе* (по К. Ясперсу, 1959, изд. 1997) непрерывно развивающихся или приступообразно нарастающих психопатологических болезненных явлений в психической жизни индивида, которые принципиально отличаются от практически отсутствующих устойчивых психопатологических изменений при фазном течении заболевания.

Однако рассмотрение течения заболевания с позицийdimensionального подхода, при котором приоритет отдается спектру расстройств, а не их нозологическим особенностям, в принципе нивелирует значимость понятия прогрессивности как сколько-нибудь важного диагностического критерия. Возникающая при этом противоречивость такого подхода заключается в том, что как при нем, так и при категориальном подходе в течении заболевания рассматриваются более обобщенные представления не о прогрессивности, а о ремиссии, которые включают различные, в том числе и негативные тенденции заболевания и «обнимают широкий диапазон состояний от граничащих с практическим восстановлением до тех, при которых отчетливо выступают симптомы дефекта» (Зеневич Г.В., 1964).

Как свидетельствуют многие авторы (Кузьмин А.М., 2003; Аведисова А.С., 2008) ремиссии могут формироваться в процессе всех рассматриваемых в данном исследовании психических заболеваний: как при шизофрении и шизоаффективном расстройстве, так и при аффективной патологии. Так, А.Б. Смулевич с соавторами (2014) при расстройствах шизофренического спектра и аффективного круга, исходя из категориальных представлений, предлагает выделять симптоматические и синдромальные типы ремиссий (Смулевич А.Б. и соавт., 2014). Варианты формирования ремиссий при аутохтонной депрессии имеют также различную степень нарастания утяжеления течения заболевания, реализующегося как в аффективной сфере, так и в разных вариантах изменения личности и даже появлении некоторых признаков астенического дефекта, что характерно для процессуального заболевания. Не случайно А. С. Аведисова (2008) делает вывод о том, что «подход к ремиссии как к этапу развития аффективного расстройства становится подобным воззрению на ремиссию при шизофрении — как к этапу развития аутохтонного болезненного процесса». Наконец, помимо некоторых размерных характеристик (в частности, психометрических и временных), целесообразно также дополнять представление о ремиссии оценкой психологических и социальных критериев ремиссий.

Таким образом, общим критерием как прогрессивности (при шизофрении), так и утяжеления течения заболевания (при биполярных расстройствах) является то обстоятельство, что во всех группах пациентов имеет место формирование у пациентов ремиссии (а не интермиссии), однако характер её и степень негативных проявлений течения заболевания оказываются различными при расстройствах шизофренического и аффективного спектров (Коцюбинский А.П., 2017).

Рассматривая в данной работе шизоаффективное расстройство, мы выделяем клинко-психопатологическую характеристику прогрессивности, понимая под ней выраженность негативной психической симптоматики, наличие которой описывается рядом авторов (Rzewuska M., Angst J., 1982), и «утяжеление течения заболевания», под которым понимается присутствие негативных тен-

денций — в течении биполярного аффективного расстройства (Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008).

Таким образом, результаты многочисленных исследований указывают на значимость уязвимость-диатез-стрессовых моделей как для расстройств шизофренического спектра (Коцюбинский А. П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др., 2004; Jones S. R., Fernyhough C., 2007), так и тревожных и аффективных расстройств (Caspi A., Sugden K., Moffitt T. E. et al., 2003; Hudson J. I., Mangweth B., Pore G. et al., 2003).

Это обстоятельство способствует тому, что концепция реабилитации в своём взгляде на психические расстройства во главу угла ставит не нозологическую специфичность и особенности психофармакологической терапии, что является основополагающим и, собственно говоря, единственно значимым с позиций категориального диагностического подхода, а успешность, адекватность и полноценность психосоциального функционирования индивида в микро- и макросоциальной сферах. Общая, применительно к любой психической патологии, реабилитационная концепция базируется на триедином подходе, в котором три аспекта жизнедеятельности индивида — клиничко-биологический, психологический и социальный выступают равновесными, хотя на разных этапах течения психического расстройства и не равнозначными, участниками процесса возникновения, развития и исхода психического заболевания. Такой подход позволил подвергнуть пересмотру «общее представление об однонаправленно отрицательной динамике уровня социального функционирования по мере роста длительности заболевания» (цит. по А.П. Коцюбинскому, 2016). При этом зачастую социально дезадаптированными оказываются пациенты, не демонстрирующие в своём длиннике эпизодов яркой клинической картины, но страдающие стёртыми и вялотекущими формами расстройств (Жулина И. В., 1998).

Таким образом, традиционный для категориальной диагностики клиничко-феноменологический подход не всегда способен показать перспективы и прогноз реабилитации, поскольку дает представление о нозоспецифических (или неспецифических) симптомокомплексах и синдромах, но не анализирует такие

критические для процесса реабилитации понятия, как личностный ресурс, психологические адаптационно-компенсаторные механизмы, особенности социального функционирования больного, фактически оставляя за рамками фокуса своего внимания наиболее значимые аспекты существования личности вне пределов психиатрической клиники.

1.4. Современные реабилитационные подходы.

Психосоциальная реабилитация в психиатрии, практически получившая всеобщее признание как работа по возможно более полному восстановлению положения в обществе хронически психически больных, приобрела в последние годы значение как всеобъемлющий процесс последовательного восстановления психически больных и интеграции их в общество. Вместе с тем, она всё еще сохраняет некоторую «понятийную недостаточность», так как при очевидной необходимости возможно более раннего своего начала, реабилитация часто не входит в арсенал задач специалистов, оказывающих помощь на инициальном и последующих этапах, адресуясь лишь к отдалённым и отставленным этапам медицинского сопровождения пациента, что существенно отражается на психиатрической практике (Гурович И.Я., 2015). Так, в существующих клинических рекомендациях терапии психических расстройств вопросы социальной реабилитации зачастую стоят на одном из последних, завершающих мест в ряду мер по оказанию специализированной помощи (Александровский Ю.А., 2009), что безусловно нивелирует важность мероприятий, относящихся к реабилитационной работе, превращая реабилитацию из системообразующего, даже надсистемного, подхода в почти случайный набор отдельных методик.

Важным фактором в системе реабилитационных подходов является психотерапевтическое воздействие. Из всего многообразия психотерапевтических подходов у больных с эндогенными (аутохтонными) психическими расстройствами наиболее эффективным оказывается использование когнитивно-поведенческих и телесно-ориентированных методик (Wunderlich U., et al, 1996). Что же касается психоанализа, то использование его в классическом

варианте малопродуктивно (Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., 2013), однако, как показали исследования, специфически модифицированный психодинамический вариант, осуществляемый в рамках так называемой динамической психотерапии (Аммон Г., 1995) показал свою эффективность при терапии больных с эндогенными расстройствами. Формы семейной терапии оказываются высокоэффективными, учитывая тот факт, что семья больного может стать мощным источником стресса (Вид В.Д., 1993).

Актуальным является включение в практику работы с аутохтонными психически больными психообразования (Семенова Н. Д., Сальникова Л. И., 1998; Сальникова Л. И., Сторожакова Я. А., Архипова Е. Л. и др, 2002), которое способствует клиническому улучшению, что выражается в снижении числа рецидивов и госпитализаций, а также в повышении уровня социального функционирования пациента (Семенова Н.Д. и др., 2016). Одним из компонентов информационной работы в рамках психообразования является «нормализация» психологических переживаний пациента, для чего врач представляет все его психологические заботы как естественные аспекты жизни эмоционально чувствительного человека (Еричев А.Н., 2007). Тренинг навыков совладания с болезнью рассматривается как один из ключевых модулей психообразовательных программ для больных шизофренией (Баскакова С.А., 2010). Своё место в системе психосоциальных воздействий занимают такие реабилитационные мероприятия, как терапия средой, занятостью и трудовая терапия (Тиганов А.С., 1999, Бабин С.М., 2004).

Сказанное в большей мере отражено в литературе применительно к больным с расстройствами шизофренического спектра. Однако современная терапия аффективных расстройств также предполагает применение не только биологических средств терапии, но и психосоциальных мероприятий, направленных на социально-психологическое восстановление больных, дестигматизацию и установление терапевтического партнерства (Краснов В.Н., 2009).

Важным аспектом психотерапевтического процесса является формирование у пациента согласия и выполнения лечебных назначений, предписанных

врачом, что в отечественной научной литературе стало общепринято обозначаться термином «комплайенс» (англ. *compliance* — выполнение, соблюдение) (Лапин И.П., 2000). Хотя это в принципе относится к любым рекомендациям врача, включая советы по здоровому образу жизни, под комплаиенсом, прежде всего, подразумевают следование больного лекарственным назначениям (Лутова Н.Б., 2013). Проблема соблюдения режима терапии видится тем более важной, что в наблюдениях было показано: больные, сформировавшие и поддерживающие высокий уровень терапевтического альянса, через 6 месяцев терапии получали меньшие дозы антипсихотиков при хорошем самочувствии по сравнению с больными, имеющими низкий уровень альянса (Лутова Н.Б., 2011).

«Комплаиенс» часто определяется как «степень совпадения поведения пациента с предписанными ему медицинскими советами» (Misdrachi D. et al., 2002) или как «поведение пациента, проявляющееся в том, как он принимает лекарства, следует диете или образу жизни в соответствии с медицинскими рекомендациями или советами здорового образа жизни» (Awad A.G., Vorganti L.N.P., 2004), или как «...уровень соответствия между поведением пациента в ходе лечебного процесса и терапевтическими стандартами» (Lindstrom E., Bingefors K., 2000) (цит. по Лутовой Н.Б., 2013). В настоящее время в зарубежной литературе все чаще употребляется термин «*adherence*» (англ. *adherence* — приверженность, сцепление, соблюдение согласованных с врачом рекомендаций, принципов терапии, норм и т. д.). Замена термина «*compliance*» на «*adherence*» обусловлена попыткой подчеркнуть активную роль пациента в лечебном процессе в противовес пассивному подчинению авторитету врача (Fawcett J., 1995). Британские авторы, используя понятие «*concordance*» (соответствие), акцентируют внимание на процессе обсуждения с пациентом врачебных рекомендаций (Sackett D. L., Haynes R. B., 1976; Эсмануэль Е., Эсмануэль Л., 1992). В отечественной литературе нередко термин «комплаиенс» заменяется существительным «приверженность», что толкуется как «преданность кому — чему-нибудь...» (Ожегов С.И., 1968). По мнению П.В. Морозо-

ва (2010) приверженность подразумевает готовность и способность пациента принимать препараты и соблюдать режим лечения на постоянной основе. Несоблюдение больным приема лекарственных средств может проявляться в его несогласии с рекомендациями врача, нерегулярности посещения медицинских учреждений, прекращении лечения, отказе от психотерапии и других психосоциальных программ. Наблюдаемые нарушения часто имеют общие причины и оказывают взаимное влияние. Существенное влияние на приверженность терапии оказывает удовлетворенность больного получаемым лечением (Лутова Н.Б., 2007).

В идеальной ситуации больной принимает лекарства в полном объеме так, как предписано врачом, но на практике картина представляется во многом иной. Поэтому комплаенс не может рассматриваться дихотомически «комплаенс/нонкомплаенс», поскольку поведение больного в процессе выполнения лечебных предписаний может быть разнообразным (Лутова Н.Б., 2013), что позволило J.Cramer (1991) выделить разновидности комплаенса: полный, парциальный, нулевой и неустойчивый. Большинство экспертов по проблеме комплаенса стали считать, что в том случае, если пациент принимал лекарства как минимум 80% рассчитанного времени — он признается как больной с высоким уровнем комплаентности; если этот показатель колеблется от 50 до 80% - пациент считается частично комплаентным и в случае, если прием лекарств составляет менее 50% от рассчитанного времени — его относят к категории больных с низким уровнем комплаенса.

Современная биопсихосоциальная парадигма психических расстройств и перенесение основной части работы по реабилитации пациентов во внебольничные условия (Гурович И. Я. и др., 2007) вызвала к жизни так называемые полипрофессиональные бригадные формы помощи психически больным (Бабин С.М., 2004). 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).

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.)

Междисциплинарная бригада обеспечивает более интегрированный подход к оказанию помощи больному, поскольку в ней основой всего являются коммуникации и взаимодействие и каждый член бригады способен привнести эффективный вклад в большинство сфер предоставляемых услуг (Хибберт Ш., 2007). Современный бригадный метод работы с психически больными предполагает постоянный контакт различных специалистов и понимание смысла того, что делает другой член полипрофессиональной команды (Коцюбинский А.П., 2013. Такой подход позволяет проводить комплексную диагностику состояния больного, оптимизирующую выбор программы реабилитации при помощи эффективного междисциплинарного взаимодействия членов полипрофессиональной бригады с учетом области профессиональной деятельности каждого. При этом эффективное междисциплинарное взаимодействие, как считают В.С. Ястребов и соавторы (2008), может быть осуществлено только на основе использования «системного подхода, который широко применяется в различных отраслях науки и практики» и «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».

Таким образом, проведенный анализ литературных данных позволил констатировать, что при всем богатстве клинических описаний эндогенных расстройств фактически имеются лишь разрозненные отображения различных сторон психического состояния больных, не выходящие за клинко-психопатологические рамки. В связи с этим, актуальной оказывается характеристика психического состояния этих пациентов с позиций холистического (целостного) биопсихосоциального подхода (Незнанов Н.Г., 2009; Ванчакова

Н.П., Попов А.П., Гелазония Г.Р. и др., 2013) с уточнением эффективности использования при этом различных реабилитационных подходов, осуществляемых в рамках терапевтической программы. Такого рода описательная характеристика позволила бы сформировать единый теоретически обоснованный взгляд на природу эндогенных психических расстройств и способствовала бы разрешению возможных противоречий междисциплинарного характера в работе полипрофессиональной бригады.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Структура проведенного исследования включила два этапа.

Первый этап представлял собой выборку пациентов с расстройствами шизофренического спектра, а также с биполярным аффективным и шизоаффективным характером заболевания, госпитализированных в отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева. На основе массива полученных данных был проведен сравнительный анализ клинико-психопатологических особенностей, психологических характеристик и социального функционирования этих пациентов с формированием представления о функциональном профиле адаптации и разработкой индивидуализированных рекомендаций программы реабилитации.

Второй этап представлял собой проведение групповой когнитивно-поведенческой психотерапии для больных с эндогенными психозами, находившимися на лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных, с последующим анализом эффективности проводимой реабилитационной работы.

2.1. Характеристика материала исследования

Критериями включения в исследование являлись следующие: пациенты в возрасте от 18 до 65 лет, имевшие диагнозы «шизофрения», «биполярное аффективное расстройство» и «шизоаффективное расстройство», соответствующие диагностическими критериями МКБ-10.

В исследование не включались больные с сопутствующими тяжелыми острыми и хроническими соматическими заболеваниями, больные с онкологической патологией, органическими поражениями ЦНС, а также пациенты, страдающие алкогольной и/или наркотической зависимостью или с высоким риском суицидального и агрессивного поведения. Доминирование в клинической картине маниакальных симптомов также являлось критерием исключения для второго этапа исследования.

Всем больным и их родственникам был разъяснён характер предстоящего исследования и они дали информированное согласие на участие в нем.

Клиническая оценка психического статуса проводилась в соответствии со стандартными критериями психопатологических синдромов по МКБ-10 [Московский центр ВОЗ, 2003], по DSM-IV-TR [2000] и DSM-5 [2013] и осуществлялась на расширенных консилиумах с участием сотрудников отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева (руководитель - профессор А.П. Коцюбинский).

Все больные подвергались всестороннему соматическому и неврологическому обследованию по общепринятой схеме с оценкой результатов физикальных, лабораторных и параклинических показателей (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, в некоторых случаях - ЭКГ, ЭЭГ, КТ, МРТ) с привлечением при необходимости соответствующих специалистов-консультантов.

В соответствие с задачами первого этапа работы было обследовано 143 больных с эндогенными психическими расстройствами (диагностические рубрики по МКБ-10: F20, F25 и F31), находившихся на стационарном лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Из них 87 человек (60,8 % от всех обследованных пациентов) страдали шизофренией (49 пациентов или 56,3%, составивших эту группу — параноидной формой с непрерывным типом течения; 21 пациент или 24,1% — параноидной формой с приступообразно-прогредиентным типом течения и 17 пациентов или 19,5% — с простой формой) — таблица 1.

Таблица 1 — Клинические особенности исследуемых больных с шизофренией

Шизофрения/ Шифр по МКБ	Параноидная форма F20.0				Простая форма F20.6	
	Непрерывный тип течения F20.00		Приступообразно- прогредиентный тип течения F20.01			
Количество па- циентов по фор- мам и типам те- чения	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
		49	56,3	21	24,1	17
Итого	87					

У 24 больных (16,8% от всех обследованных пациентов) было диагностировано шизоаффективное расстройство (ШАР), у 32 больных (22,4% от всех обследованных пациентов) — биполярное аффективное расстройство (БАР) — таблица 2.

Таблица 2 — Клинические особенности исследуемых больных шизоаффективными и биполярными аффективными расстройствами

Клинические особенности	Шизоаффективное рас- стройство		Биполярное аффективное рас- стройство	
	Абс.	%	Абс.	%
Депрессивный эпи- зод	7 (F25.1)	29,2	13 (F31.3- F31.5)	40,6
Маниакальный эпизод	2 (F25.0)	8,3	8 (F31.0- F31.2)	25
Смешанный эпизод	15 (F25.2)	62,5	11 (F31.6)	34,4
Итого	24	100	32	100

Детализация клинических особенностей больных с шизоаффективным расстройством представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Клинические особенности исследуемых больных с шизоаффективным расстройством

Шизоаффективное расстройство/ Шифр по МКБ	Смешанный эпизод/ F25.2		Депрессивный эпизод /F25.1		Маниакальный эпизод/F25.0	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Количество пациентов с разными эпизодами	15	62,5	7	29,2	2	8,3%
Итого	24					

Как видно из представленных данных (таблица 3), в группе больных с шизоаффективным расстройством в 62,5% (15 больных) был диагностирован смешанный тип, в 29,2% (7 больных) — депрессивный тип и в 8,3% (2 больных) выявлен маниакальный тип психического расстройства.

Детализация клинических особенностей больных с биполярным аффективным расстройством представлена в таблице 4.

Таблица 4 — Клинические особенности исследуемых с биполярным аффективным расстройством

Диагноз	Количество больных	
	Абс.	%
Биполярное аффективное расстройство /Шифр по МКБ		
Смешанный эпизод /F31.6	11	34,4
Депрессивный эпизод умеренной тяжести/ F31.3	10	31,25
Депрессивный эпизод тяжёлой депрессии без психотических симптомов/F31.4	2	6,25
Депрессивный эпизод тяжёлой депрессии с психотическими симптомами/F31.5	1	3,12
Гипоманиакальный эпизод биполярного расстройства/F31.0	4	12,5
Маниакальный эпизод с психотическими симптомами/F31.2	3	9,37
Маниакальный эпизод без психотических симптомов/F31.1	1	3,12
Итого	32	100

В группе больных с биполярными аффективными расстройствами (таблица 4) у 40,6% (13 больных) выявлялись депрессивные фазы. Среди них 31,25% (10 больных) страдали умеренной депрессией (F31.3). У 6,25% (2 больных) был диагностирован эпизод тяжёлой депрессии, но без гетерогенных психотических симптомов (F31.4), у 34,4% (11 больных) наблюдалась смешанная фаза (F31.6). Маниакальное состояние, которое протекало в рамках биполярного аффективного расстройства, было установлено у 25% (8 больных), причем 12,5% (4 больных) имели место гипоманиакальные эпизоды в рамках биполярного расстройства (F31.0). При этом 9,4% (3 больных) страдали маниакальными состояниями с психотическими симптомами (F31.2). У 3,1% (1 больной) был диагностирован маниакальный эпизод без психотических симптомов (F31.1).

Такая степень прогрессивности/утяжеления заболевания, как злокачественная, ни в одной из групп больных не встречалась, равно как не использовалось представление об этом применительно к больным с первым приступом заболевания, так как судить о прогрессивности/утяжелении процесса на инициальном этапе не представляется возможным. Данные о характере протекания расстройства для БАР и ШАР представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Характеристика течения заболевания

Прогрессивность/ утяжеление течения*	Шизоаффективное рас- стройство		Биполярное аффектив- ное расстройство	
	Абс.	%	Абс.	%
Нет	4	16,7	8	25,0
Слабая	5	20,8	10	31,3
Умеренная	13	54,2	14	43,7
Выраженная	2	8,3	-	-
Итого	24	100	32	100

Примечания: * - определение применяется для биполярного аффективного расстройства

При анализе прогрессивности течения шизофрении получены следующие

данные — таблица 6.

Таблица 6 — Характеристика течения заболевания при шизофрении

Прогрессиентность/ утяжеление тече- ния*	Ш. парано- идная, не- прерывный тип течения		Ш. парано- идная, при- ступообраз- но- прогресси- ентный тип течения		Ш. простая		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нет	-	-	-	-	-	-	0	0
Слабая	15	30,6	4	19,0	2	11,8	21	24,1
Умеренная	19	38,8	13	61,9	12	70,6	44	50,6
Выраженная	15	30,6	4	19,0	3	17,6	22	25,3
Итого	49	100	21	100	17	100	87	100

Как видно, у больных шизофренией в большинстве случаев была установлена умеренная прогрессиентность заболевания. Слабые и выраженные степени прогрессиентности встречались примерно с одинаковой частотой (24,1% и 25,3% соответственно). В отличие от этого, у больных биполярным аффективным расстройством (БАР) утяжеление течения заболевания не превышало умеренной степени, более чем в 50% случаев утяжеление характеризовалось как слабое (31,3%) или фиксировалось его отсутствие (25%). При шизоаффективном психозе преобладала умеренная прогрессиентность (54,2%), однако, в отличие от шизофрении, в этой группе больных диагностировались слабая прогрессиентность (20,8%) и отсутствие таковой (16,7%), что клинически роднит больных БАР и ШАР.

Распределение обследованных больных по полу представлено в таблице 7.

Таблица 7 — Распределение больных по полу

Гендерный пол	Шизофрения		Шизоаффективное расстройство		Биполярное аффективное расстройство	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужской	55	63,2	13	54,2	18	56,2
Женский	32	36,8	11	45,8	14	43,8
Итого	87	100	24	100	32	100

Среди больных шизофренией 63,2% составляли мужчины (55 человек) (таблица 7) и 36,8% — женщины (32 человека). В группе больных шизоаффективным расстройством пациенты мужского пола составили 54,2% (13 человек), женского — 45,8% (11 человек). В группе больных с биполярным аффективным расстройством мужчины составляли 56,2% (18 пациентов), женщины — 43,8% (14 человек).

Данные о возрасте больных, давности заболевания, длительности и частоте имевшихся обострений представлены в таблице 8.

Таблица 8 — Возраст больных и некоторые характеристики заболевания

Характеристики	Шизофрения		Шизоаффективное расстройство		Биполярное аффективное расстройство	
	М	$\pm \delta$	М	$\pm \delta$	М	$\pm \delta$
Возраст, лет	27,65	8,12	29,87	11,73	38,40	11,91
Давность заболевания, лет	7,17	4,94	8,56	3,86	6,53	3,76
Длительность обострения, мес.	11,91	7,71	5,4	5,92	5,96	4,95
Количество эпизодов заболевания*	2,75	2,01	2,5	1,34	3,27	2,93

* - для расстройств, протекающих приступообразно.

Средний возраст больных шизофренией был $27,7 \pm 8,1$ года (здесь и далее

указанное отклонение рассматривается как средне-квадратичное ($M \pm \delta$), давность заболевания больных шизофренией составила $7,2 \pm 4,9$ года, длительность обострения составила — $11,9 \pm 7,7$ месяца.

Средний возраст больных шизоаффективным расстройством — $29,9 \pm 11,7$ года, давность заболевания больных шизоаффективным расстройством достигала $8,6 \pm 3,9$ года, длительность обострения — $5,4 \pm 5,9$ месяца.

Средний возраст больных с биполярным аффективным расстройством равнялся $38,4 \pm 11,9$ года, давность заболевания больных с биполярным аффективным расстройством — $6,5 \pm 3,8$ года, длительность обострения — $5,9 \pm 4,9$ месяца.

Проведенный анализ показал наибольшую длительность обострения при шизофрении ($11,9 \pm 7,7$) и наибольшую частоту приступов заболевания — у больных БАР ($3,27 \pm 2,93$).

В группе больных шизофренией большинство пациентов получали терапию антипсихотиками первой генерации, из которых преобладали такие препараты, как галоперидол, трифтазин, клопиксол, в ряде случаев — в комбинации с трициклическими антидепрессантами. В зависимости от наличия аффективных расстройств, в частности — тревоги и неустойчивости настроения, пациенты также дополнительно получали нормотимики (финлепсин), транквилизаторы (феназепам). Основной лечебной тактикой использования психофармакотерапии являлся плановый перевод пациентов на терапию атипичными нейролептиками. При терапии шизоаффективного расстройства использовалась преимущественно комбинация антипсихотиков второго поколения и антидепрессантов. У пациентов с биполярным аффективным расстройством применялись в основном схемы лечения, имеющие в своей основе нормотимики, к которым, в зависимости от особенностей клинической картины, добавлялись атипичные нейролептики и СИОЗС(Н). Частота назначения транквилизаторов была ниже, чем в других обследуемых группах пациентов, и составляла около 30%.

2.2. Методы исследования

Были использованы клинико-психопатологический (с использованием психометрических методик), клинико-психологический, клинико-социологический и статистический методы изучения материала.

Исследование носило комплексный характер, что соответствует современной концепции биопсихосоциальной модели психических расстройств, при этом основным являлся клинико-психопатологический метод, опирающийся на данные анамнеза (возраст возникновения психического расстройства, длительность и особенности течения заболевания) и результаты актуального психического статуса пациента (синдромальная структура и другие психопатологические особенности), полученные в результате его клинического обследования. В качестве вспомогательного инструмента при оценке психического статуса использовались психометрические шкалы.

Помимо этого, были изучены также личностно-психологические особенности пациентов, для чего дополнительно, кроме психологических шкал, относимых к клинико-психологическому обследованию, использовалась информация, полученная от социального окружения пациента.

Наконец, специальное внимание в процессе исследования было обращено на особенности социального статуса больного.

Первичные данные фиксировались в специально разработанной регистрационной карте, представлявшей собой набор различных переменных, отражающих историю жизни больного и его заболевания, актуальное состояние больного на момент проведения обследования, а также особенности психологических адаптационных характеристик и социального функционирования.

2.2.1. Клинико-психопатологический метод

Клинико-психопатологический метод включал: 1) целенаправленную беседу с пациентами, расспрос по вопросам, касающимся их психического состояния в данное время и в прошлом, особенностей психофизиологического развития, наследственной отягощённости по линии психиатрической и иной патологии, выявление факторов риска пре-, пери-, и постнатального периодов,

предикторов заболевания, биографии, характера семейной ситуации, перенесённых ранее заболеваний; 2) динамическое наблюдение за поведением больных, их межличностными отношениями, аффектами, экспрессивными проявлениями, реакцией на используемые методы терапии; 3) беседы с родственниками пациента и лицами, хорошо его знающими; 4) подробное изучение имеющихся медицинских сведений. Клинико-психопатологическая оценка обследованных больных проводилась в соответствии с диагностическими критериями международной классификации болезней ВОЗ 10-го пересмотра (МКБ-10).

2.2.2. Клинико-психологический метод

Первоосновой представления о приспособительном поведении в психиатрии является концепция отношений В. Н. Мясищева, который подчеркивал, что «выражением личности и ее отношений является, прежде всего, практическое действие» (Мясищев В. Н., 1960). В отечественной литературе различными исследователями уже предпринимались попытки классификации типов приспособительного поведения (Амбрумова А. Г., 1981; Логвинович Г. В., 1990; Семке А. В., 1995; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2008). В данной работе использована систематика типов приспособительного поведения, которая базируется на многолетних клинических исследованиях основных адаптационно-компенсаторных тенденций личности в формировании социального поведения (Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1984). При этом выделены следующие типы приспособительного поведения психически больных (Коцюбинский А. П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др., 2004): конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты); регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты); морбидный.

Конструктивный тип характеризуется наличием у пациента установки на сознательную мобилизацию своих «жизненных ресурсов», наличием достаточной самостоятельности и преимущественного расчёта на собственные силы в преодолении повседневных трудностей. Характерной

особенностью является установка на достижение социально одобряемых целей. Основные устремления этих больных соответствуют объективным требованиям жизни.

Регрессивный тип характеризуется пассивной жизненной позицией, отступлением от достигнутых социальных успехов, отказом от борьбы за социально значимые цели, фиксацией ограниченного числа поведенческих стереотипов. В системе ценностей преобладают эгоцентрические интересы, ориентированные преимущественно на достижение физического и психологического комфорта.

Морбидный тип приспособления характерен для больных, у которых в основном психопатологическая симптоматика, а не особенности личности, определяет поведение.

Важным при этом является то обстоятельство, что особенности типологии приспособительного поведения во многом определяют в интегративной форме три важные психологические характеристики: мотивация к психосоциальной реабилитации, уровень комплайенса (англ. Compliance — выполнение, соблюдение) и уровень самостигматизации.

2.2.3. Психометрический метод

Психометрический метод включал использование некоторых психометрических шкал. С целью уточнения клинико-психопатологического профиля и тяжести состояния были использованы шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS) (Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A., 1987), предоставляющая собой базу стандартизованной оценки психопатологических измерений, которые дают возможность определения клинического профиля пациента и проверки изменений в нем.

Используемая в исследовании Шкала позитивных и негативных синдромов PANSS позволяла оценить 33 признака психопатологической симптоматики шизофрении. Оценивалась тяжесть продуктивной симптоматики по Шкале позитивных синдромов (7 признаков), тяжесть негативной симптоматики по Шкале негативных синдромов (7 признаков), другие психические

симптомы по Общей психопатологической шкале (16 признаков), риск агрессии (3 дополнительных симптома и анамнез). Кроме этого, оценивались 5 кластеров — анергия, нарушения мышления, возбуждение, параноидное поведение, депрессия. Критериями диагностики по Шкале позитивных синдромов (П) являлись: Бред (П1), Концептуальная дезорганизация (специфические расстройства мышления) (П2), Галлюцинации (П3), Возбуждение (П4), Идеи величия (П5), Подозрительность, Идеи преследования (П6), Враждебность (П7). По Шкале негативных синдромов (Н) оценивались: Притупленный аффект (Н1), Эмоциональная отгороженность (Н2), Трудности в общении (недостаточный раппорт, некоммуникабельность) (Н3), Пассивно-апатическая социальная отгороженность (Н4), Нарушения абстрактного мышления (Н5), Нарушение спонтанности и плавности речи (Н6), Стереотипное мышление (Н7). По Шкале общей психопатологии оценивались: Соматическая озабоченность (О1), Тревога (О2), Чувство вины (О3), Напряженность (О4), Манерность и поза (О5), Депрессия (О6), Моторная заторможенность (О7), Мало-контактность (отказ от сотрудничества, малообщительность) (О8), Необычное содержание мыслей (О9), Дезориентация (О10), Нарушение внимания (О11), Снижение критичности и осознания болезни (О12), Нарушение воли (О13), Ослабление контроля импульсивности (О14), Загруженность психическими переживаниями (отрешенность от реальности) (О15), Активная социальная устранимость (О16). Для оценки риса агрессии исследовались дополнительные признаки (Д): Гневливость (Д1), Трудности в задержке gratification (отсроченности вознаграждения) (Д2), Аффективная лабильность (эмоциональная неустойчивость) (Д3). Каждый признак ранжировался, в зависимости от степени его выраженности, от 1 до 7 баллов (где 1 — признак отсутствует, 2 — минимальная выраженность, 3- слабая, 4- умеренная, 5- умеренная до сильной, 6 — сильная, 7- крайняя). Баллы по каждому симптому суммировались внутри Шкал позитивной симптоматики, негативной симптоматики, общей психопатологии. При этом от 7 до 49 баллов представляли собой сумму по позитивной, негативной симптоматике, от 16 до 112 баллов - по об-

щей психопатологической симптоматике. Для оценки риска агрессии кроме дополнительных симптомов [Гневливость (Д1), Трудности в задержке gratification (отсроченности вознаграждения) (Д2), Аффективная лабильность (эмоциональная неустойчивость) (Д3)] принималась во внимание оценка следующих признаков: Возбуждение (П4), Враждебность (П7), Депрессия (О6), а также возраст пациента, длительность заболевания, анамнестические сведения о проявленной агрессии.

Помимо этого, использовалась Шкала общего клинического впечатления CGI (Clinical Global Impression Scale), которая была создана для программ по изучению шизофрении. При этом учитывалось как общее клиническое впечатление о тяжести состояния Clinical Global Impression - Severity scale (CGI-S), так и общее клиническое впечатление об изменении состояния Clinical Global Impression — Improvement scale (CGI-I), (Guy W., 1976).

Шкала является универсальным инструментом оценки и состоит из 3 субшкал:

1 — оценка тяжести состояния (SGI-S), выделяются 6 степеней тяжести расстройства, по которым врач оценивает состояние пациента, исходя из своего клинического опыта (не болен, пограничное психическое расстройство, легкое, умеренное, тяжелое, крайне тяжелое);

2 — общая степень улучшения состояния (SGI-I) по 7-балльной системе (сильно выраженное ухудшение, выраженное ухудшение, небольшое ухудшение, без изменений, небольшое улучшение, выраженное улучшение, сильно выраженное улучшение);

3 — субшкала индекса эффективности терапии (рассчитывается по совокупности одной из четырех степеней терапевтического эффекта (заметный, умеренный, минимальный, без изменений) и степени выраженности побочного эффекта препарата (отсутствует, незначительный, значительный, нивелирующий терапевтический эффект).

Шкала CGI использовалась после клинической оценки состояния больного (сравнивались результаты оценки перед началом лечения и после завершения этапа или всего курса лечения).

Данные, полученные с помощью этой шкалы, позволяют интегративно оценить состояние пациента, т. е. учесть как основную симптоматику, так и симптоматику, относимую некоторыми исследователями к коморбидным феноменам (с учетом представления врача о субъективных ощущениях больного и уровне его функционирования). Таким образом, эти шкалы служат для оценки общего психического здоровья и глобального уровня функционирования, а также скорости прогрессирования психопатологии.

Для шкальной оценки особенностей психологических адаптационно-компенсаторных механизмов и эффективности психотерапевтического воздействия были использованы:

1. Инструмент по изучению качества жизни - КЖ2Ф (Бурковский Г.В., 2011), разработанный на базе существующих: ВОЗКЖ-100; КЖСМ-44 и КЖСД-46, в котором были учтены достоинства предыдущих шкал качества жизни и устранены их недостатки, что позволило создать измеритель качества жизни, соответствующий предметной области медицинской психологии и психиатрии (Коцюбинский А.П., 2013). Инструмент представляет собой вопросник для самостоятельного заполнения психически больными. Он состоит из 36 закрытых вопросов, обеспеченных 5-ти и 7-балльными ответными шкалами (расчет всех показателей осуществляется по формулам, разработанным авторами) (Коцюбинский А.П., 2013), которые обеспечивают высокий уровень отображения «медицинского качества жизни». То есть, инструмент достаточно полно отображает именно КЖ, связанное со здоровьем психически больных. Медицинское качество жизни - РКЖ2Ф (Психотикозависимое Качество Жизни) включает 36 наиболее информативных индикаторов-вопросов. С помощью 36 вопросов вычисляются 18 исходных двухвопросных показателей-фасет. Эти фасеты далее используются в качестве строительного материала для вычисления всех остальных специфических показателей инструмента,

знание которых необходимо для корректной интерпретации результатов измерений. Определения 12 основных новых показателей структуры психотико-зависимого качества жизни представлены в приложении, иллюстрирующем системные свойства инструмента и дающей понимание логики построения показателей, а также внутренних соотношений между компонентами инструмента, знание которых необходимо для корректной интерпретации результатов измерений.

2. Методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС). Методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) (Вассерман Л.И. и др., 2005) предназначена для психологической диагностики механизмов психологической защиты, являющихся средствами адаптации и разрешения психологических конфликтов, наиболее мощным критерием эффективности которых является ликвидация тревоги. Опросник ИЖС базируется на психоэволюционной теории Роберта Плутчика и структурной теории личности Генри Келлермана, которые предлагают специфическую сеть взаимосвязей между различными уровнями личности: уровнем эмоций, защитой и диспозицией (наследственные предрасположенности к психическим заболеваниям).

3. «Опросник о способах совладания» (The Ways of Coping Questionnaire — WCQ, 1988) Р. Лазаруса, С. Фолкман (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева, 2004, 2005), копинг-тест Лазаруса - методика, предназначенная для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1984 году на основе когнитивно-феноменологической теории преодоления стресса (R. Lazarus 1966 - 1998). Данный опросник считается одной из первых стандартизированных методик, направленных на диагностику копинг-поведения и копинг-ресурсов в стрессовой ситуации. Работа копинг механизмов осуществляется по принципу активного преобразования поддающихся контролю ситуаций, или стратегия пассивного приспособления к ситуациям психологического стресса, которые индивид не может проконтролировать. По степени кон-

структивности копинг — механизмы разделяются на три группы: конструктивные (планирование решения, самоконтроль, поиск социальной поддержки), относительно конструктивные (принятие ответственности, положительная переоценка) и неконструктивные (конфронтативный копинг, дистанцирование, бегство - избегание).

4. Методика определения внутренней картины болезни — ТОБОЛ (Васерман Л.И. и соавт., 2005): сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный, объединённые в три блока по принципу критериев: «адаптивность-дезадаптивность» и «интер-интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения). К первому блоку относят гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых не наблюдается существенного нарушения социальной адаптации. Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы, характеризующиеся интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь. Деадаптивность поведения проявляется в реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетённом состоянии, «уходом» в болезнь. К третьему блоку относят сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы с интерпсихической направленностью личностного реагирования, что проявляется в сенсibilизированном отношении к болезни и дезадаптивном поведении: больные могут стесняться своего заболевания, «использовать» его для достижения определённых целей либо проявлять гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своём недуге.

Для уточнения характера социальной адаптации использовались следующие методики, позволяющие в балльном выражении оценить характер социального функционирования пациентов.

Шкала общей оценки функционирования (Global Assessment of Functioning — GAF) (Monrad I.H.Aas, 2011) представляет собой количественную шка-

лу, ранжированную от 0 до 100 баллов и отражающую субъективную оценку рейтера о социальном, трудовом и психологическом функционировании обследуемого. Шкала учитывает симптоматику пациента, поэтому не рекомендуется для оценки функционирования больных в остром состоянии. В шкалу не включена оценка физического состояния пациента, что вызывает критику некоторых авторов (Startup M., Jackson M.C., Bendix S., 2002).

Необходимость учета различных сторон социального функционирования пациентов для их целостной оценки подчеркивалась рядом авторов (Katz M.M., Lyerly S.B., 1963; 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). Она 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, социальной адаптации и др. Для фиксации уровня функционирования в различных социальных сферах (количественная составляющая социальной адаптации) предложена категориально валидизированная шкала социальной активности (Коцюбинский А.П. и др., 2004). Успешность функционирования в каждой из семи сфер социального функционирования ранжируется по 5-бальной системе. Эти сферы следующие: 1) производственная; 2) межличностных отношений; 3) супружеских отношений; 4) воспитания детей; 5) отношений с родителями; 6) организации быта; 7) сексуальных отношений.

Все вычисления проводились с использованием пакета математико-статистических программ STATISTICA 10.0, IBM SPSS Statistics, Microsoft Excel. Производили расчёты средней арифметической (M), среднеквадратичного отклонения (δ). При математико-статистической обработке первичных данных основным методом был корреляционный, для оценки непараметрических данных использовался коэффициент корреляции Спирмена. Достоверность различий между результатами исследования групп оценивалась для параметрических данных по t-критерию Стьюдента для зависимых

выборок, для непараметрических — по t-критерию Вилкоксона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для оценки различий между двумя независимыми выборками использовался U-критерий Манна — Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение клинических особенностей обследованных больных касалось, в первую очередь, их нозологической принадлежности, клинико-психопатологических проявлений и негативных тенденций развития заболевания (его утяжеления).

3.1. Клинико-психопатологические особенности больных эндогенными психозами: сравнительная характеристика

В соответствие с критериями, изложенными в МКБ-10, обследованные больные составили три сравниваемые между собой группы. Одну из них представляли пациенты, клинико-психопатологические особенности которых и характер течения заболевания позволил считать их страдающими шизофренией (87 человек). Вторая группа была представлена пациентами с шизоаффективным расстройством (24 человека), а третья — с биполярным аффективным расстройством (32 человека).

Все больные, обследованные на первом этапе работы, находились в состоянии разной степени формирования лекарственной ремиссии.

В момент обследования в клинической картине больных шизофренией, включённых в исследование, преобладали расстройства эмоционально-волевой сферы со снижением экспрессивности аффекта, снижением коммуникативной функции, некоторой эмоциональной отгороженностью и редукцией энергетического потенциала и формированием устойчивой критики к перенесенному состоянию и заболеванию в целом. Идеи персекуторного круга и галлюцинаторно-параноидная симптоматика, определявшая состояние и поведение больных в период обострения заболевания, оказывались редуцированными на фоне проводимой психофармакотерапии, а процессуальные расстройства мышления в виде паралогичности, соскальзываний и амбивалентности, хоть и были представлены в статусе больных, но не являлись определяющими в клинической картине.

У больных с диагнозами шизоаффективных расстройств при обследовании обнаруживалась практически полная редукция продуктивной симптоматики, но при этом отмечалось некоторое притупление аффекта, ипохондрические переживания и явления когнитивных нарушений (трудности сосредоточения внимания, некоторая субъективно ощущаемая заторможенность).

У пациентов, диагностированных в рамках биполярных расстройств, на фоне проводимой психофармакотерапии наблюдалась практически полная стабилизация аффекта с формированием полноценной критики.

Выраженность психопатологических проявлений, по Шкале общего клинического впечатления (CGI-S) представлена в рисунке 1.

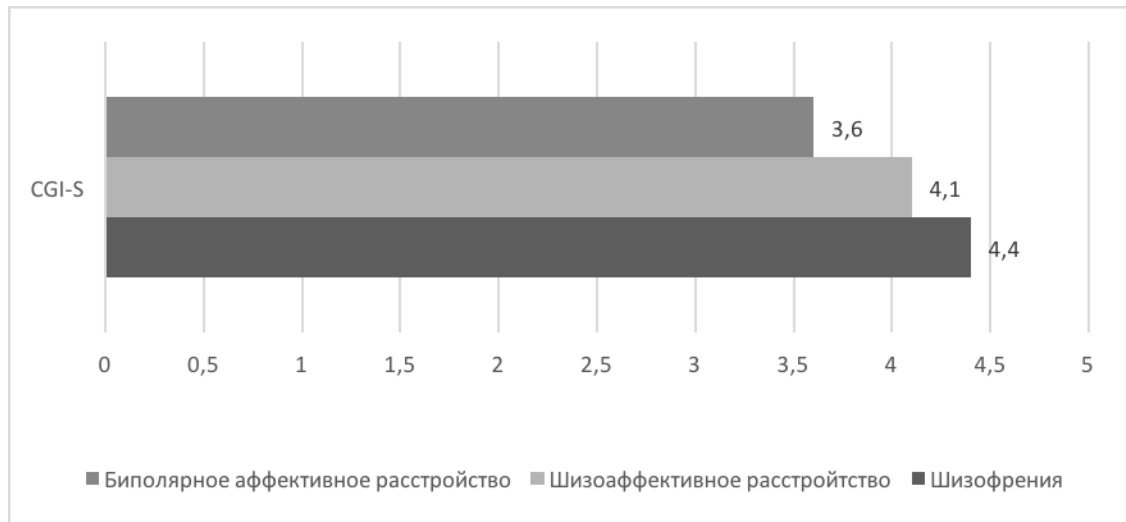


Рисунок 1. Тяжесть психического состояния больных шизофренией и шизоаффективным расстройством (по шкале CGI в баллах), $p < 0,05$.

Как видно, выраженность психопатологических проявлений была оценена как «умеренная» в группе больных шизофренией (4,4 балла) и шизоаффективным расстройством (4,1 балла), в то время как при биполярном расстройстве диагностировалась «лёгкая степень заболевания» (3,6 баллов) на момент обследования.

Дифференцированное рассмотрение умеренно выраженной общей психопатологической «насыщенности» (при шизофрении и шизоаффективном расстройстве), а также позитивной и негативной психопатологической симп-

томатики, осуществленное с использованием психометрической шкалы PANSS, представлено на рисунке 2.

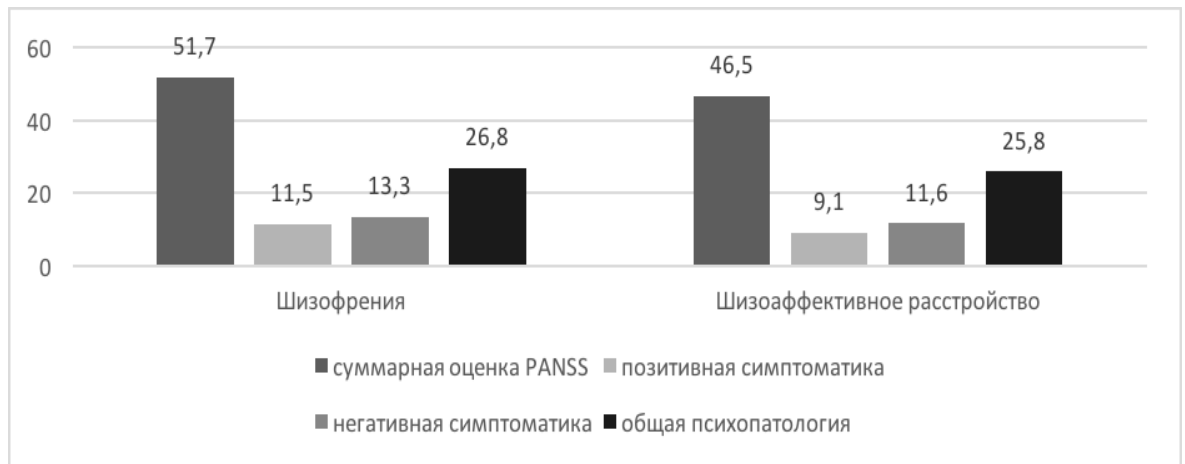
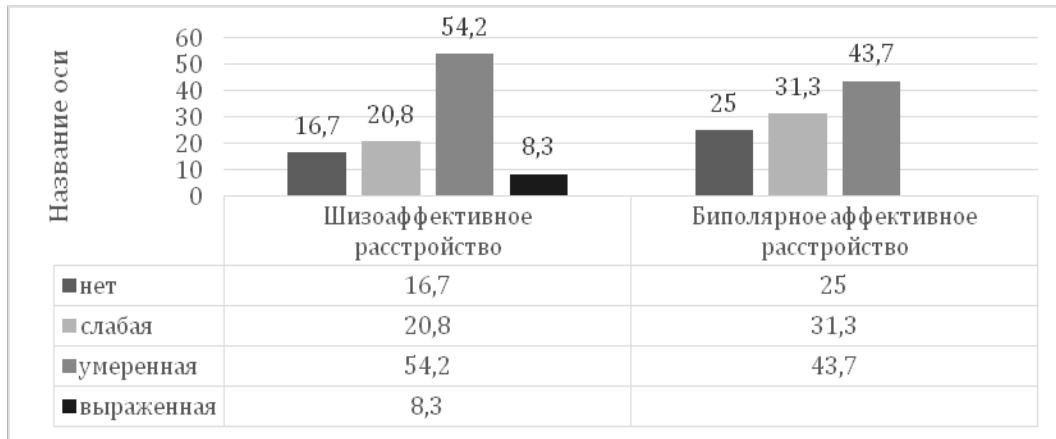


Рисунок 2. Тяжесть психического состояния больных шизофренией и шизоаффективным расстройством (по шкале PANSS в баллах), $p < 0,05$.

Как видно, общая тяжесть психического состояния в сравниваемых группах при психометрической оценке была схожей и не превышала среднего уровня. Существенно не различались в этих двух группах также выраженность и удельный вес позитивной и негативной симптоматики. Можно отметить лишь тенденцию к более «благоприятным» клинико-психопатологическим характеристикам (меньшей их балльной выраженности) по всем анализируемым параметрам при шизоаффективном расстройстве ($p < 0,05$).

Целенаправленная оценка выраженности позитивного/негативного симптомокомплекса при биполярном аффективном расстройстве не проводилась ввиду невозможности корректного сравнения этих показателей с таковыми при шизофрении и шизоаффективном расстройстве (Кузьмин А.М., Иванов М.В., 1999; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008). Однако учёт количества приступов заболевания имел существенное значение для оценки нарастания негативных тенденций (при их наличии) в течении эндогенного процесса.



Примечание: под «прогредиентностью» понимается выраженность и скорость нарастания при шизофрении и шизоаффективном расстройстве негативной психической симптоматики, а под «утяжелением течения заболевания» - оценка негативных тенденций при течении биполярного аффективного расстройства.

Рисунок 3. Негативные тенденции (прогредиентность/утяжеление) течения заболевания при ШАР и БАР.

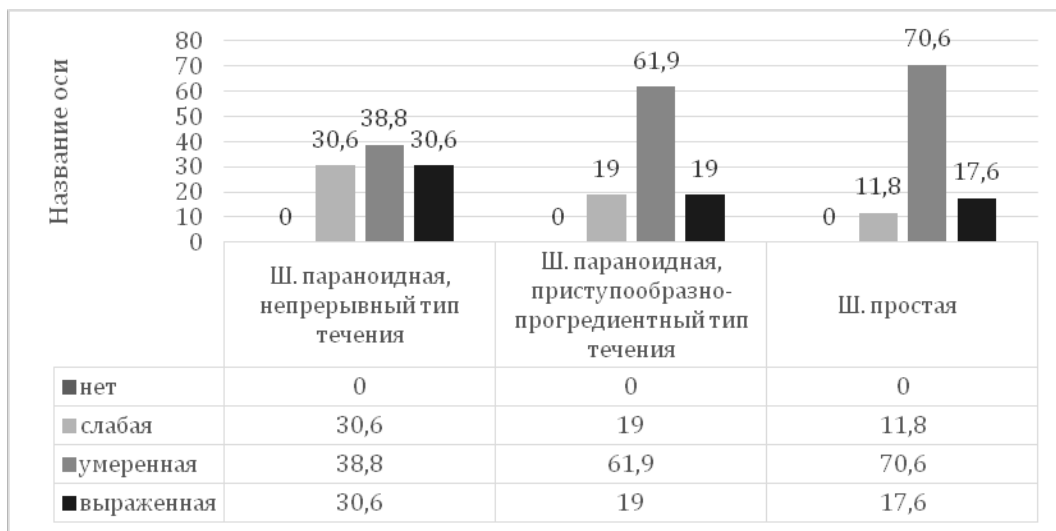


Рисунок 4. Негативные тенденции (прогредиентность) течения заболевания при шизофрении (больных в %).

В соответствии с клинической оценкой выраженная прогредиентность заболевания установлена у пациентов, страдающих шизофренией (всех рассматриваемых форм и типов течения) и ШАР (рис. 3 и 4). В отличие от этого, при биполярном аффективном расстройстве гораздо более частым (25% - против 0% у больных шизофренией и 16,7% - у пациентов с шизоаффектив-

ным расстройством) было течение заболевания без его утяжеления (понимаемого как отсутствие прогрессивности для расстройств шизофренического спектра и удлинение, учащение приступов, появление более тяжёлых форм с психотическими включениями - для расстройств аффективного спектра).

Можно отметить, что шизоаффективное расстройство по критерию негативных тенденций развития заболевания (прогрессивности) занимало промежуточное положение между биполярным аффективным расстройством и шизофренией, находясь по этому параметру ближе к биполярному расстройству.

3.2. Клинико-психологические характеристики больных эндогенными психозами: сравнительная характеристика.

В рамках проведенного исследования были изучены особенности психологической адаптации пациентов, для чего анализировались следующие её характеристики: приспособительное поведение, особенности копинга, психологической защиты и внутренней картины болезни. Кроме того, дополнительно, в рамках изучения субъективной удовлетворённости больных уровнем своего функционирования, использовался опросник качества жизни.

В проведенном исследовании использовалась классификация типов приспособительного поведения А.П. Коцюбинского и соавторов (Коцюбинский А. П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др., 2004). При этом изучение приспособительного поведения больных шизофренией сделало целесообразным его дифференцированный анализ у пациентов с параноидной шизофренией (в свою очередь рассматривая порознь группы больных с непрерывным и приступообразно-прогрессивным течением заболевания) и с простой шизофренией.

Особенности приспособительного поведения у больных шизофренией представлены на рисунках 5 – 7.

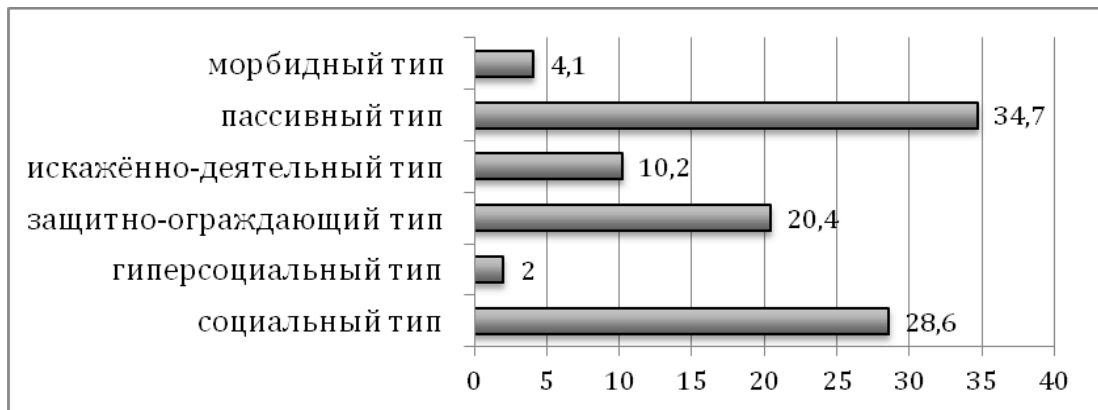


Рисунок 5. Приспособительное поведение больных параноидной шизофренией, непрерывный тип течения – 49 человек (%)

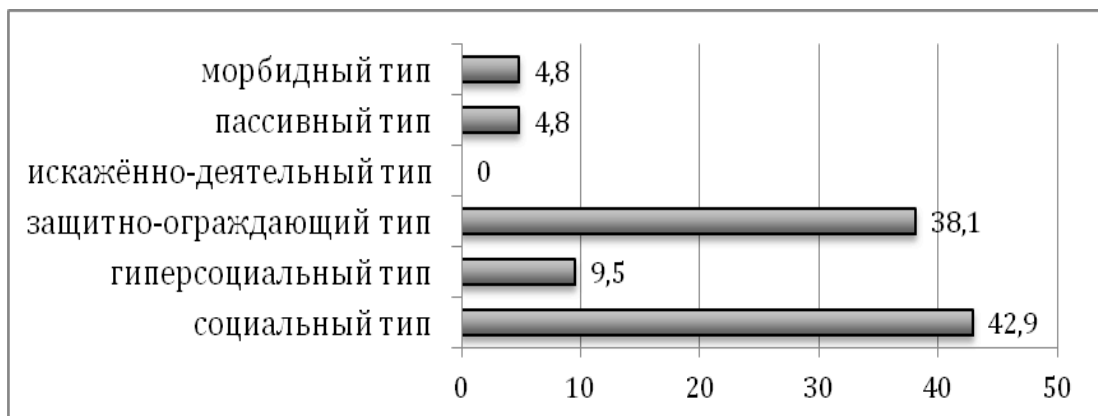


Рисунок 6. Приспособительное поведение больных параноидной шизофренией, приступообразно-прогредиентный тип течения – 21 человек (%).

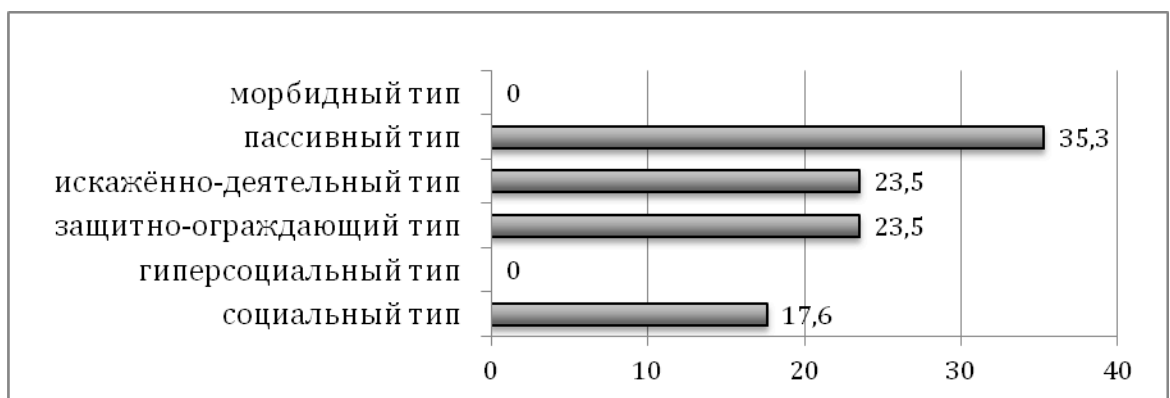


Рисунок 7. Приспособительное поведение больных простой шизофренией – 17 человек (%).

Анализ приведённых данных, позволяет наглядно увидеть, что морбидный тип диагностировался при непрерывном и приступообразном типах течения параноидной шизофрении, отличаясь невысокой частотой (4,1% и 4,8% соответственно, рисунки 5 и 6). У больных с приступообразным типом течения параноидной шизофрении преобладающим являлся социальный тип приспособительного поведения, вторым по представленности был защитно-ограждающий тип (42,9% и 38,1% соответственно, рисунок 6), при этом различия в выраженности представленных типов не являлись достоверно значимыми. Преобладающим у больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения и простой шизофренией являлся пассивный тип приспособления (34,7% и 35,3% соответственно, рисунки 5 и 7).

Для больных ШАР картина приспособительного поведения была сходной с таковой у пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией: наиболее представленным также явился социальный тип приспособительного поведения, а вторым по частоте – защитно-ограждающий (37,5% и 29,2% соответственно, рисунок 8), однако в этом случае различия в выраженности являлись достоверными ($p < 0,05$).

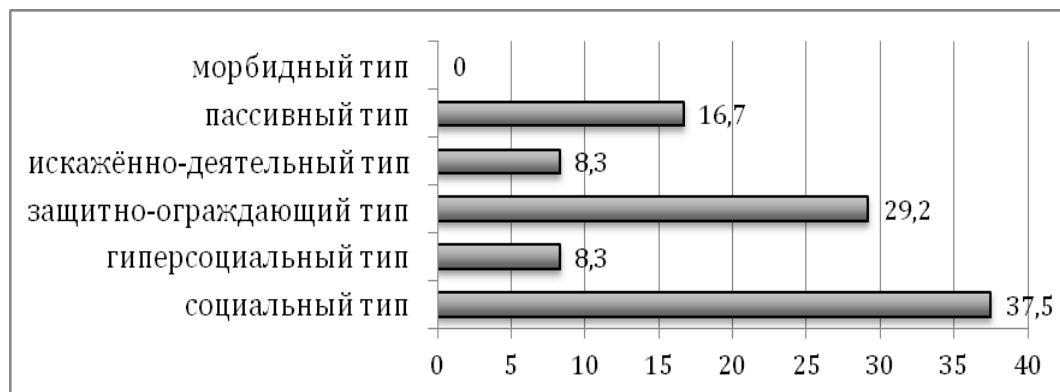


Рисунок 8. Приспособительное поведение при шизоаффективном расстройстве – 24 человека (%).

В группе больных БАР диагностировались преимущественно конструктивные типы приспособительного поведения (рисунок 9): социальный (50%) и гиперсоциальный (18,75%), при наличии в то же время морбидного (6,25%).

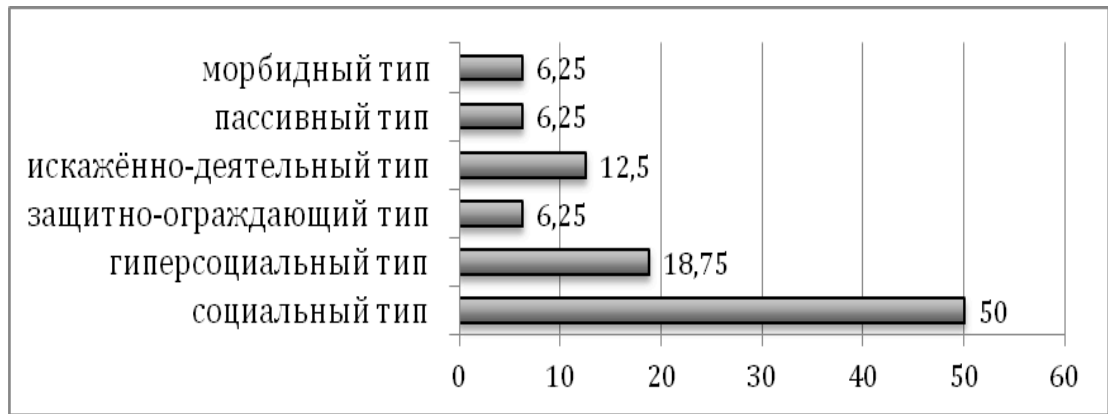


Рисунок 9. Приспособительное поведение больных биполярным аффективным расстройством – 32 человека (%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что при простой и параноидной форме шизофрении с непрерывным течением преобладали регрессивные типы приспособительного поведения с пассивной жизненной позицией, отступлением от достигнутых успехов, отказом от борьбы за значимые цели, фиксацией поведенческих стереотипов. Характер приспособительного поведения больных с приступообразно-прогредиентным типом течения параноидной шизофрении при этом отличался большей конструктивностью и соответствием требованиям действительности, оказавшись сходным с таковым при ШАР, что, как представляется, отражает известную близость особенностей социального и психологического функционирования вообще всех больных с приступообразно протекающими формами эндогенных расстройств. У больных с БАР существенных нарушений в приспособительном поведении выявлено не было.

Дальнейшее изучение клинико-психологических характеристик больных с эндогенными психозами включало анализ внутренней картины болезни с помощью методики ТОБОЛ. Необходимо подчеркнуть, что в данной работе (основываясь на правилах анализа этой методики) оценивалась представленность того или иного типа отношения к болезни, складывающаяся из «качественного» анализа профиля внутренней картины болезни отдельного пациента, что получало свое отражение в процентном выражении диагностики

«чистых», смешанных и диффузных типов. Однако такая качественная оценка, имея целью всеобъемлющую индивидуализированную диагностику, осложняет сравнительный анализ исследуемых групп больных, так как не позволяет произвести корректное сравнение так называемых «диффузных» и «смешанных» типов в связи с различием их содержания и различной бальной выраженностью конкретных типов отношения к болезни.

Исходя из вышеизложенного, в проведенном исследовании использовались оба подхода для анализа полученных данных, а именно — не только с точки зрения оценки выраженности тех или иных типов в средних значениях баллов по группам больных, но и рассматривая полученные результаты также «качественно», то есть с изучением представленности наиболее выраженных типов в процентном выражении внутри группы пациентов. Так, в группе больных параноидной шизофренией с непрерывным течением диагностировался диффузный тип отношения к болезни (в состав которого входили сенситивный, эргопатический и тревожный) (таблица 9).

Таблица 9 — Внутренняя картина болезни больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения, баллы

Тип отношения к болезни	М	$\pm \delta$
Гармонический	19,07*	8,13
Эргопатический	14,14	6,98
Анозогнозический	11,93	11,84
Тревожный	13,71	9,24
Ипохондрический	8,86	7,05
Неврастенический	7,36	5,73
Меланхолический	9,29	8,83
Апатический	4,79	4,63
Сенситивный	16,93	10,38
Эгоцентрический	6,86	5,83
Паранойальный	8,79	14,33
Дисфорический	6,07	6,90

Примечания: * - гармоничный тип отношения к болезни исключался из рассмотрения согласно правилам анализа данных (Вассерман Л.И., 2005); выделение для значений, попадающих в диагностический интервал.

При этом чувствительный тип отношения к болезни, будучи наиболее выраженным внутри данной группы больных, встречался как в «чистом» виде (17,6%), так и в составе смешанных и диффузных типов отношения к болезни. Второй по выраженности эргопатический тип диагностировался только в составе смешанного и диффузного типов (рисунок 10).

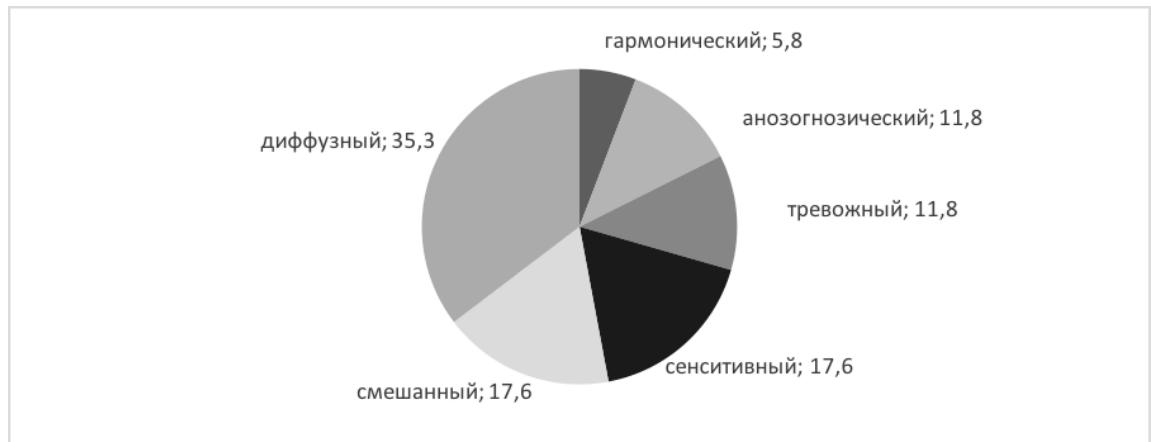


Рисунок 10. Типы отношения к болезни при параноидной шизофрении, с непрерывным типом течения (%).

Для больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения также были характерны диффузные типы отношения к болезни (таблица 10).

При этом «качественный» анализ представленности тех или иных типов отношения показал преобладание анозогнозического и эргопатического типа как в виде «чистых», так и в составе смешанных и диффузных типов отношения к болезни в то время как прочие типы отношения к болезни, попадающие в диагностический интервал, диагностировались только в составе смешанных и диффузных типов (рисунок 11).

Таблица 10 — Внутренняя картина болезни больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения, баллы

Тип отношения к болезни	М	± δ
Гармонический	14,25*	4,40
Эргопатический	8,50	2,26
Анозогнозический	11,75	5,75
Тревожный	6,50	9,05
Ипохондрический	12,37	10,82
Неврастенический	7,75	8,27
Меланхолический	9,50	10,55
Апатический	5,12	5,76
Сенситивный	11,62	7,38
Эгоцентрический	9,00	6,36
Паранойяльный	6,00	3,77
Дисфорический	4,50	7,01

Примечания: * - гармоничный тип отношения к болезни исключался из рассмотрения согласно правилам анализа данных (Вассерман Л.И., 2005); выделение для значений, попадающих в диагностический интервал.

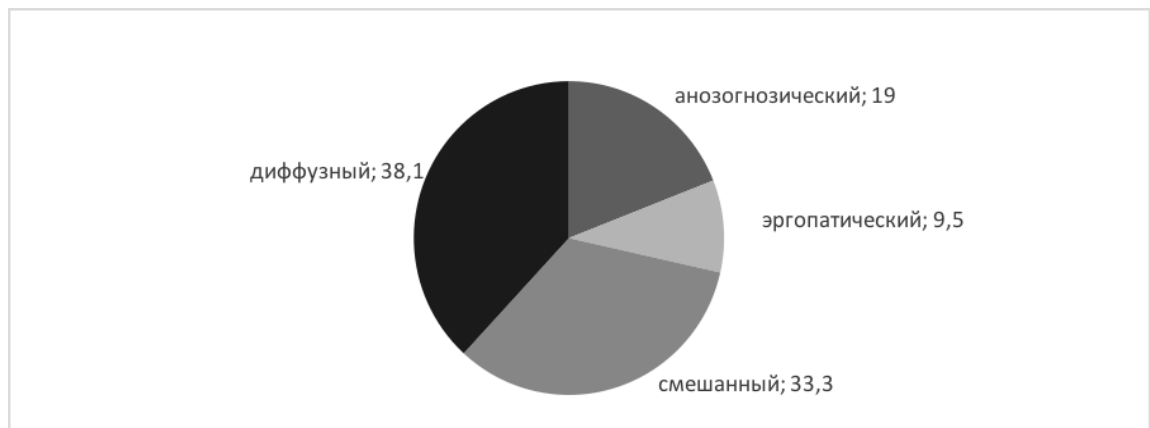


Рисунок 11. Типы отношения к болезни при параноидной шизофрении, с приступообразно-прогредиентным типом течения (%).

Для больных с простой формой шизофрении также были характерны диффузные типы отношения к болезни (таблица 11).

Таблица 11 — Внутренняя картина болезни больных простой формой шизофрении, баллы

Тип отношения к болезни	М	± δ
Гармонический	21,67*	20,54
Эргопатический	17,17	15,22
Анозогнозический	15,16	15,26
тревожный	7,33	5,31
Ипохондрический	4,66	3,26
Неврастенический	11,83	5,23
Меланхолический	3,66	4,84
Апатический	3,83	3,06
Сенситивный	16,17	11,17
Эгоцентрический	5,67	5,24
Паранойяльный	2,17	2,86
Дисфорический	4,83	7,76

Примечания: * - гармоничный тип отношения к болезни исключался из рассмотрения согласно правилам анализа данных (Вассерман Л.И., 2005); выделение для значений, попадающих в диагностический интервал.

Балльные значения, попадавшие в диагностический интервал, принадлежали типам отношения к болезни, которые диагностировались как в чистом виде, так и в составе диффузных (рисунок 12).



Рисунок 12. Типы отношения к болезни при простой шизофрении (%).

Выявление преимущественно диффузных типов отношения к болезни во всех группах больных шизофренией (35% – 41%), а также отчетливое превалирование отдельных типов (сенситивный и эргопатический) при всех рассматриваемых формах и типах течения шизофрении позволило анализировать внутреннюю картину болезни больных шизофренией в целом, без деления на группы. (таблица 12).

Таблица 12 — Внутренняя картина болезни при эндогенных психозах

Тип отношения к болезни	Шизофрения, баллы		Шизоаффективное расстройство, баллы		Биполярное аффективное расстройство, баллы	
	М	$\pm \delta$	М	$\pm \delta$	М	$\pm \delta$
гармонический	19,11*	11,47	30,26*	10,40	21,39*	9,22
эргопатический	13,18	8,84	26,14**	13,32	17,17	8,75
анозогнозический	12,57	11,01	11,57	11,92	8,89	5,78
тревожный	10,28	8,94	12,00	7,70	11,22	6,95
ипохондрический	8,96	7,99	15,14	10,95	10,56	6,06
неврастенический	8,43	6,48	10,00	7,09	10,33	7,01
меланхолический	8,14	8,04	11,14	10,66	11,44	9,00
апатический	4,68	4,57	6,43	7,09	6,94	4,71
сенситивный	15,25	9,73	23,78**	5,61	17,50	9,15
эгоцентрический	7,21	5,79	8,71	6,24	7,61	3,38
паранойяльный	6,57	5,53	4,14	3,18	5,05	3,64
дисфорический	5,36	4,23	4,85	6,44	6,83	4,98

Примечания: * - гармоничный тип отношения к болезни исключался из рассмотрения согласно правилам анализа данных (Вассерман Л.И., 2005); ** - $p < 0,05$ для указанных значений; выделены значения, попадающие в диагностический интервал.

При анализе внутренней картины болезни (таблица 12) в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством были получены следующие данные: у всех обследованных пациентов выраженным оказался дезадаптивный чувствительный тип отношения к болезни (относящийся к третьему блоку и отличающийся интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь), который наибольшее значение достоверно достигал в группе больных ШАР ($23,78 \pm 5,67$ балла). Вторым по выраженности во всех трёх группах являлся эргопатический тип отношения к болезни (относящийся к блоку типов без существенных нарушений адаптации), достигавший наибольшего значения также при шизоаффективном расстройстве ($26,14 \pm 13,32$ балла).

При шизоаффективном расстройстве и эргопатический, и чувствительный типы диагностировались как в чистом виде (29,2% и 16,7% соответственно), так и в составе смешанных типов (рисунок 13).

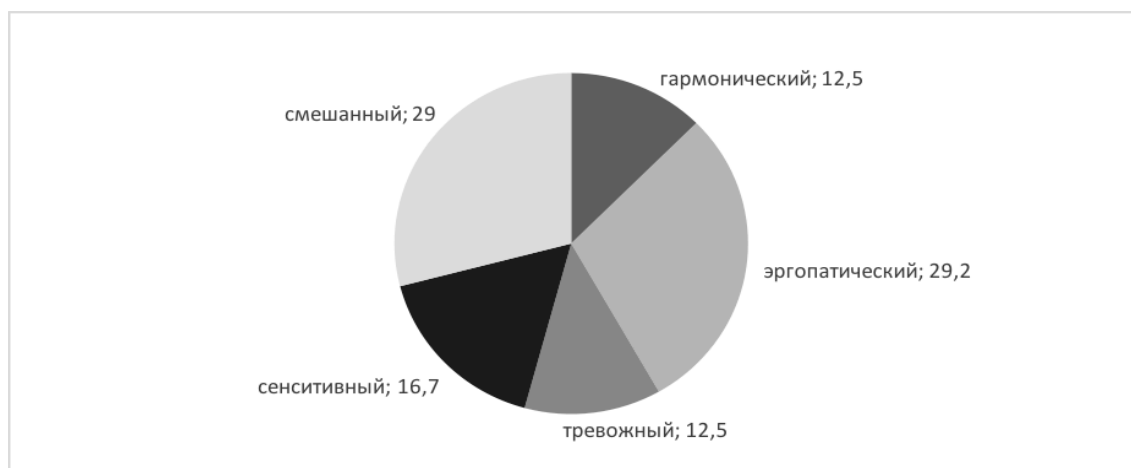


Рисунок 13. Типы отношения к болезни при шизоаффективном расстройстве (%).

Сходные данные были характерны и для больных с биполярным аффективным расстройством (рисунок 14), однако в данной группе входящий в диагностический интервал чувствительный тип отношения к болезни преимуще-

ственно диагностировался в составе диффузных типов отношения, которых при ШАР не выявлялось вовсе.

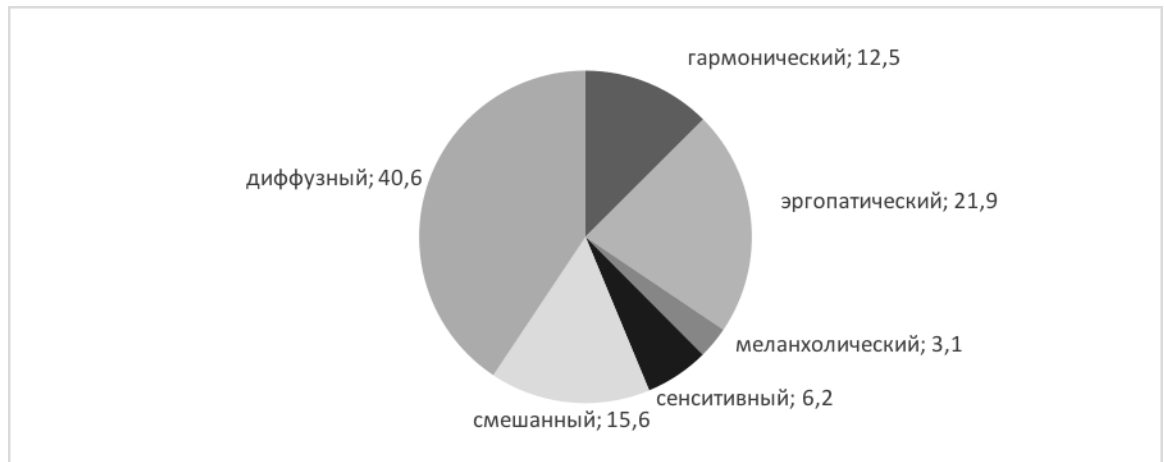


Рисунок 14. Типы отношения к болезни при БАР (%).

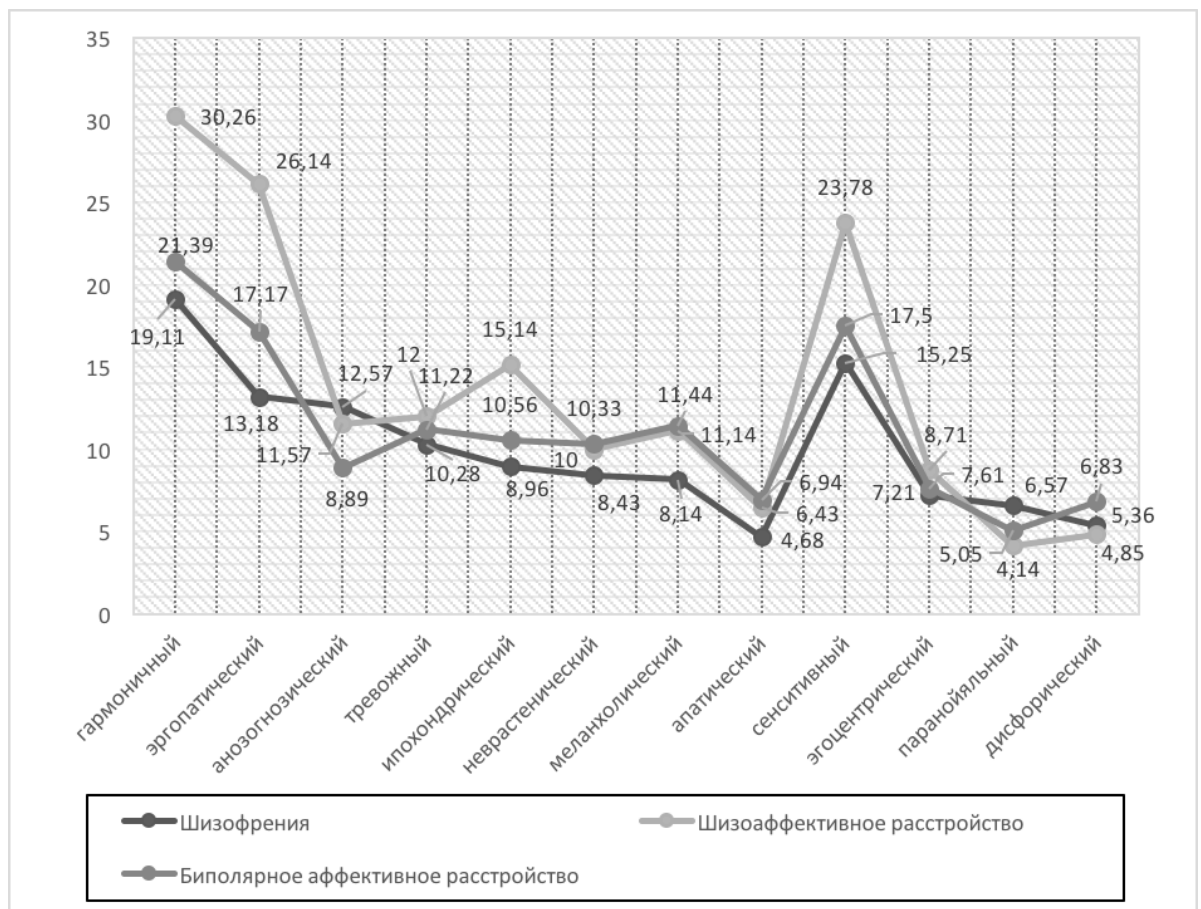
Можно констатировать, что при шизоаффективном расстройстве и при биполярном аффективном расстройстве в сравнении с шизофренией, чаще выявлялись гармонический и эргопатический типы отношения к болезни в «чистом» виде (рисунки 13 и 14), что указывает на высокие адаптационные возможности данных групп больных в сравнении больными шизофренией.

При анализе частоты встречаемости тех или иных типов отношения к болезни при различных диагнозах можно видеть, что при шизофрении доля диффузных типов в структуре внутренней картины болезни наиболее выражена (рисунки 10 — 12) и составляет порядка 35-41%. Для больных с биполярным расстройством также характерно преобладание диффузного типа в общей картине отношения к болезни (40,6%, рисунок 14), однако, в сравнении с больными шизофренией, у этих больных гораздо чаще диагностировались адаптивные типы первого блока: гармоничный и эргопатический в «чистом» виде, в то время как анозогнозический (являющийся одним из трёх наиболее выраженных типов при шизофрении — $13,18 \pm 8,84$ баллов, таблица 11) не был выраженным и встречался лишь в составе диффузных типов. Сам по себе

факт выявления диффузного типа можно трактовать как отражение актуальности процесса адаптации пациента к болезни.

В группе больных биполярным аффективным расстройством эргопатический тип отношения встречался преимущественно в виде «чистого» (21,87%) типа, в то время как сенситивный — в составе смешанных и диффузных типов отношения к болезни (рисунок 14).

Графическое дифференцированное отображение данных, полученных с помощью методики ТОБОЛ, представлено на рисунке 15.



Примечание - гармоничный тип отношения к болезни исключался из рассмотрения согласно правилам анализа данных (Вассерман Л.И., 2005)

Рисунок 15. Типы отношения к болезни при эндогенных психических заболеваниях (баллы по методике ТОБОЛ).

В целом, при анализе «профилей» типов отношения к болезни, можно прийти к выводу о принципиальном сходстве внутренней картины болезни у

больных биполярным аффективным расстройством и шизоаффективным расстройством, в отличие от типологии отношения к болезни, установленной при шизофрении.

Таким образом, изучение внутренней картины болезни у больных с эндогенными психическими расстройствами показало снижение адаптационных возможностей во всех группах больных с преобладанием сенситивного типа реагирования, однако у больных с шизофренией наряду с повышенной чувствительностью в отношении заболевания выявлялась тенденция к отрицанию его тяжести и возможных последствий (помимо диагностируемой во всех группах стеничности), в то время как для больных с биполярным и шизоаффективным расстройствами подобная анозогнозическая тенденция не была характерна — во-первых, и, во-вторых — внутри схожего профиля внутренней картины болезни пациентов двух последних групп отчётливо прослеживалась склонность к более реалистичной, взвешенной оценке своего состояния в виде гармоничного типа отношений к болезни.

Изучение совладающего поведения в группах больных шизофренией показало достоверные отличия между используемыми копинг-стратегиями в группах больных простой формой шизофрении и параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения ($t=2,22863$ при $p=0,04$). При этом наиболее выраженными во всех группах являлись поиск социальной поддержки и принятие ответственности, а при непрерывно текущей параноидной шизофрении третьей значимой стратегией являлся самоконтроль (рисунок 16).

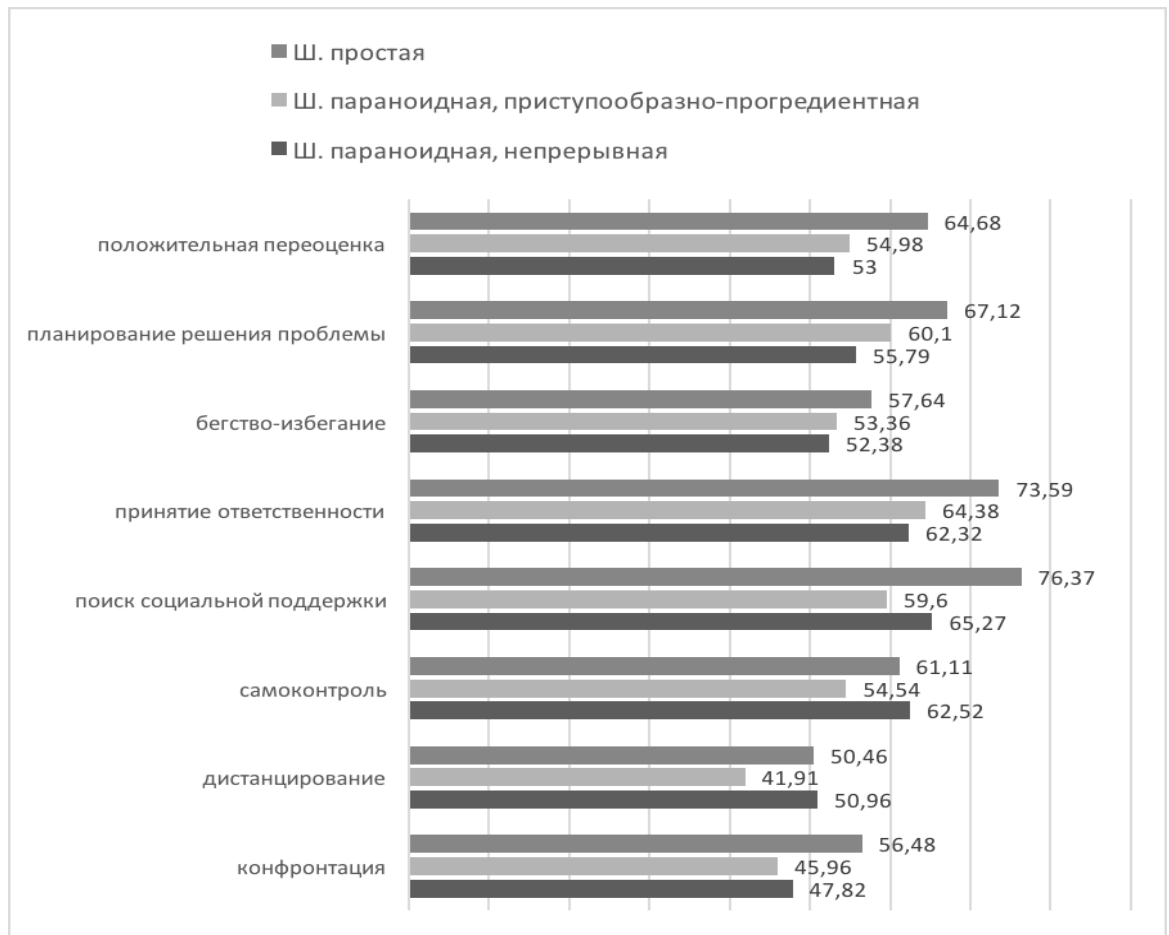


Рисунок 16. Копинг-стратегии при шизофрении (уровень напряжения, % по шкале Лазаруса)

В структуре копинг-поведения у больных биполярным аффективным расстройством и шизоаффективным расстройством также было выявлено доминирование двух совладающих стратегий: конструктивной стратегии «поиск социальной поддержки» (74,48% и 76,38% соответственно) и относительно конструктивной стратегии «принятие ответственности» (78,03% и 73,61% соответственно) при наличии определённых различий их выраженности в зависимости от вида эндогенного психоза (рисунок 17). Достоверных различий в выраженности данных стратегий между этими группами обнаружено не было. При этом стратегии «поиска социальной поддержки» и «принятия ответственности» у больных биполярным аффективным расстройством и шизоаффективным расстройством выявлялись достоверно чаще в сравнении с больными

параноидной шизофренией, оставаясь сравнимой с аналогичными показателями при простой форме шизофрении (рисунки 16 и 17).

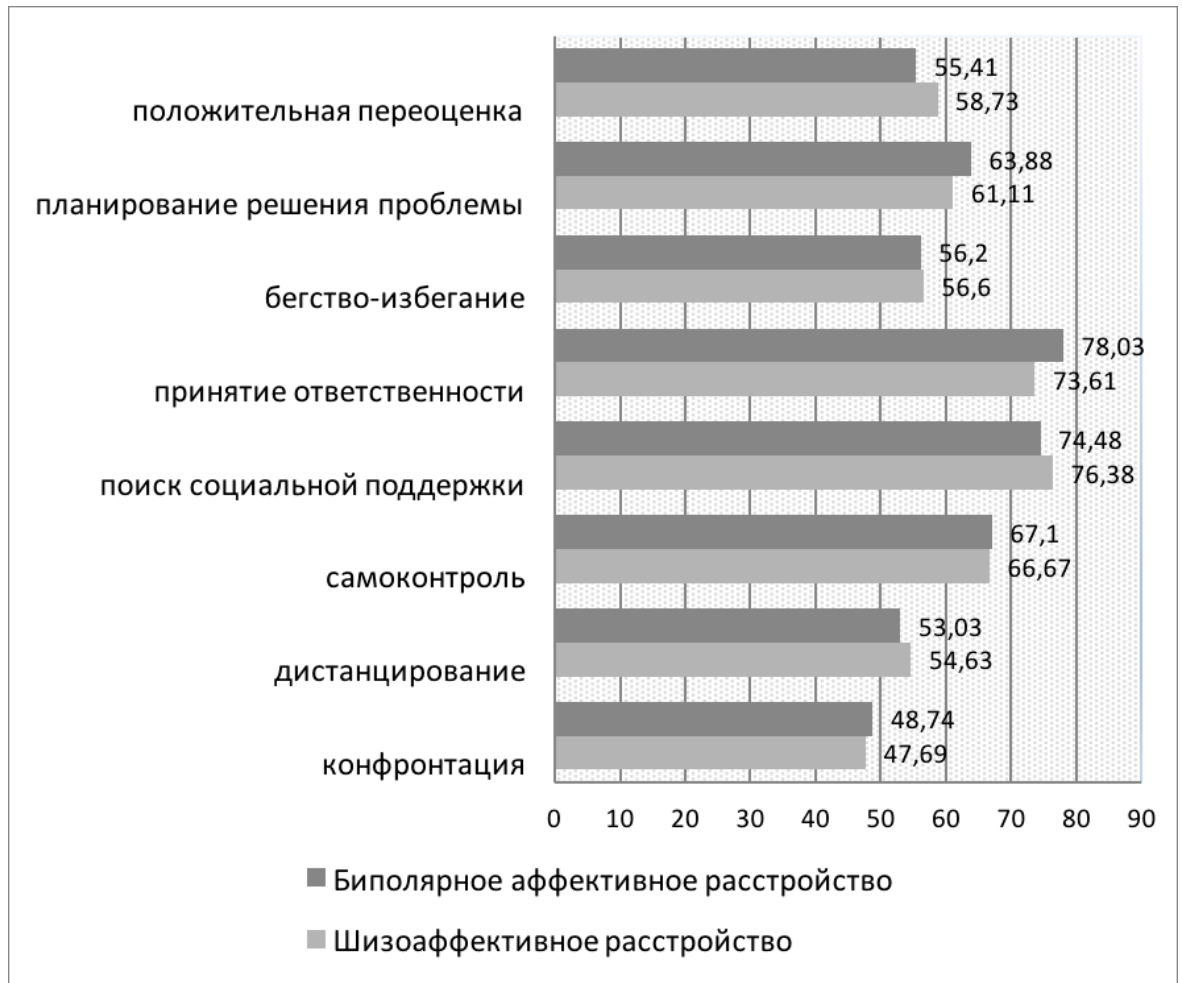


Рисунок 17. Копинг-стратегии при эндогенных психических заболеваниях (уровень напряжения, % по шкале Лазаруса).

В целом, показатели копинга в группах больных ШАР и БААР имели схожий профиль, отличаясь от больных шизофренией по тем или иным диагностированным копинг-стратегиям (таблица 13).

Таблица 13 — Копинг-стратегии при эндогенных психозах (уровень напряжения, % по шкале Лазаруса), сводная таблица

Копинг	Нозологический диагноз				
	Шизофрения			ШАР	БАР
	параноидная		простая		
	непрерывный тип течения	приступообразно-прогредиентный тип течения			
Конфронтация	47,82	45,96	56,48	47,69	48,74
Дистанцирование	50,96	41,91	50,46	54,63	53,03
Самоконтроль	62,52	54,54	61,11	66,67	67,1
Поиск социальной поддержки	65,27	59,6	76,37	76,38	74,48
Принятие ответственности	62,32	64,38	73,59	73,61	78,03
Бегство-избегание	52,38	53,36	57,64	56,6	56,2
Планирование решения проблемы	55,79	60,1	67,12	61,11	63,88
Положительная переоценка	53	54,98	64,68	58,73	55,41

Примечание: достоверность различий $p < 0,05$ для выделенных значений.

Таким образом, исследование показало наличие достоверных различий по используемым копинг-стратегиям внутри группы больных шизофренией, при этом копинг больных шизоаффективными психозами и биполярными аффективными расстройствами оказался схожим. Превалирование в структуре копинга у всех больных конструктивного поиска социальной поддержки клинически подтверждалось активной позицией больных в отношении терапии - все они на момент обследования находились на этапе ремиссии, демонстрируя

приверженность психотерапии и занимали активную позицию в отношении получения помощи и поддержки, что, в целом, перекликается с данными литературы (Исаева Е.Р., 2015).

Результаты изучения психологической защиты при шизофрении представлено на рисунке 18.

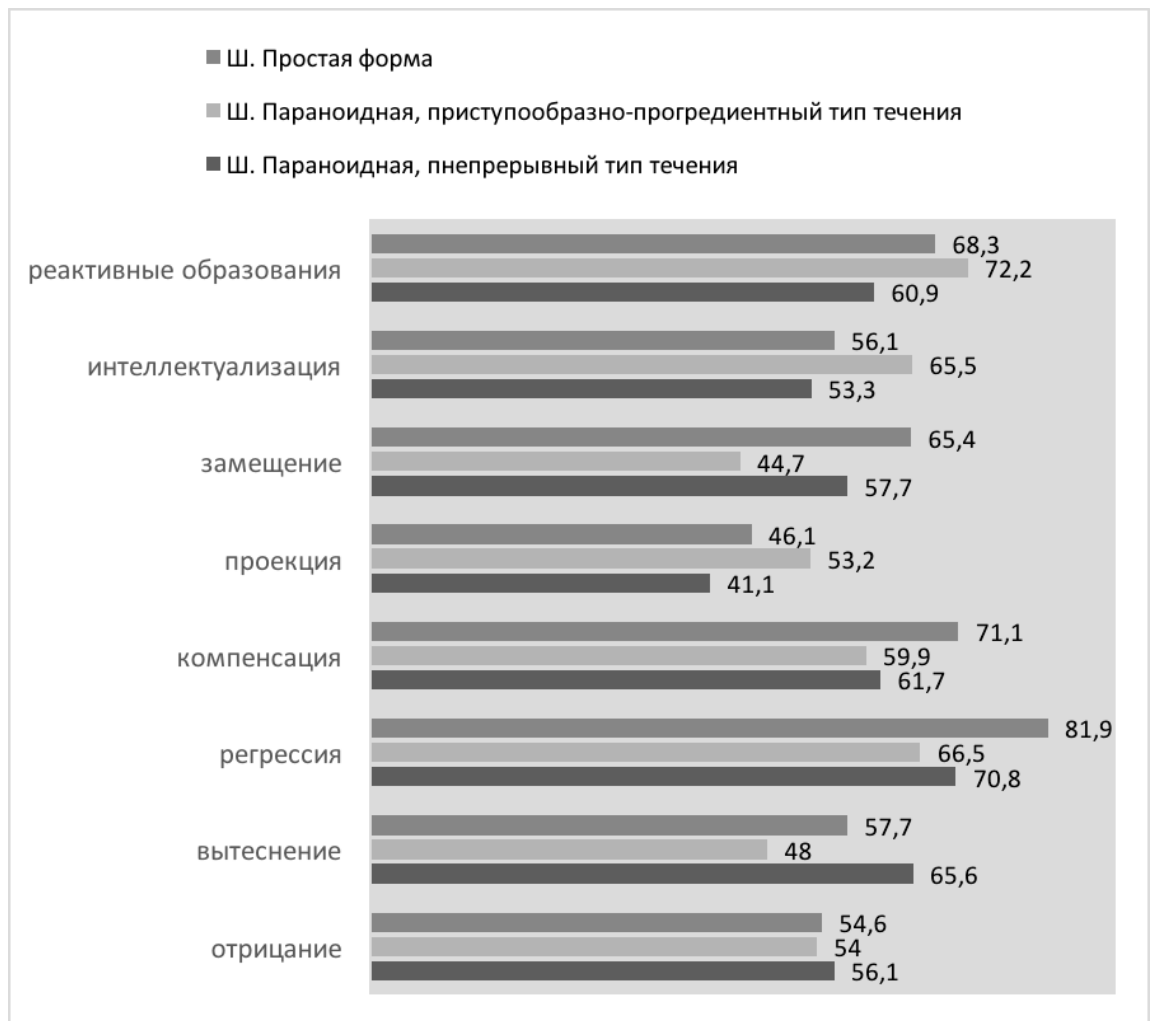


Рисунок 18. Психологическая защита при шизофрении (в процентах по методике ИЖС), $p < 0,05$.

Полученные данные демонстрируют наличие достоверных отличий напряженности защит между группами больных шизофренией (за исключением механизма отрицания, где показатели достоверно не отличались и находились в диапазоне 54-56,1 процентиля). Можно видеть, что по трём из восьми

диагностируемых механизмов психологической защиты (МПЗ), а именно - вытеснения, регрессии и замещения ($p < 0,05$), её напряженность была меньшей у больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения (в сравнении с больными двух других групп шизофрении), а напряженность механизма интеллектуализации была, напротив, достоверно большей. Общая напряженность защит при параноидной шизофрении с непрерывным типом течения составила $51,3 \pm 23,4\%$, что, во-первых, не отличается от данных показателей как в группе больных приступообразно-прогредиентной параноидной шизофренией ($50,6 \pm 14,7\%$), так и в группе больных простой шизофренией ($52,1 \pm 6,5\%$), а, во-вторых, позволяет говорить о средней, в целом, напряженности механизмов адаптации при шизофренических расстройствах.

В целом полученная картина говорит о большей зрелости защит в группе больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения.

Наиболее выраженным при простой форме шизофрении был механизм регрессии (81,9 перцентилей, $p < 0,05$), при параноидной шизофрении с непрерывным типом течения — регрессии и вытеснения (70,8 и 65,6 перцентилей соответственно), при параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения — механизм реактивных образований (72,2 перцентилей).

Изучение психологической защиты при БАР и ШАР показало следующие особенности: а) в структуре МПЗ в обеих сравниваемых группах значительной выраженности достигал защитный механизм по типу регрессии (73,5 и 71,9 перцентилей соответственно); б) при БАР защитный механизм интеллектуализации занимал второе по выраженности место (67,8 перцентилей, $p < 0,05$). Последнее обстоятельство свидетельствует о сравнительно большей зрелости механизмов психологической защиты у этой группы пациентов, хотя одновременно у них же обнаруживались дезадаптивные сочетания компонентов психологической защиты и копинга: регрессия/интеллектуализация и приня-

тие ответственности. Данные методики ИЖС для групп больных БАР и ШАР представлены на рисунке 19.

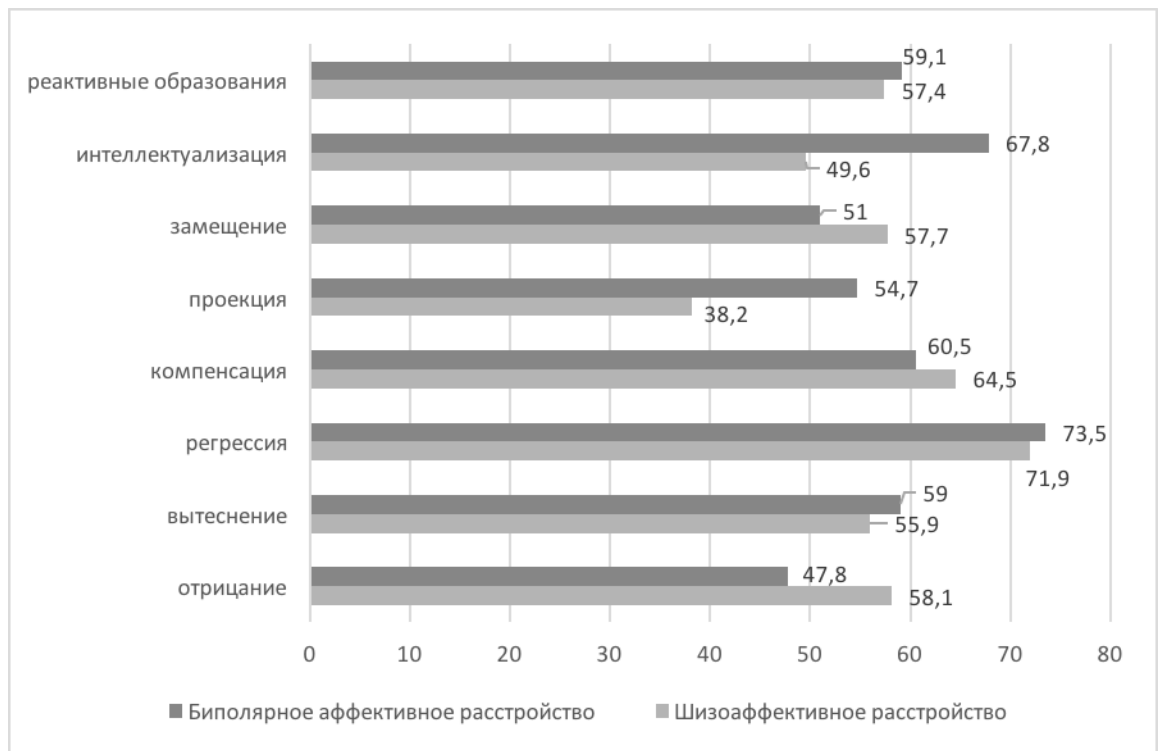


Рисунок 19. Психологическая защита при БАР и ШАР (в процентилях по методике ИЖС), $p < 0,05$.

Полученные данные показали, что при всех рассматриваемых эндогенных психозах диагностировался преимущественно онтогенетически более ранний и менее зрелый механизм психологической защиты по типу регрессии, что, в сочетании с чувствительностью внутренней картины болезни, подтверждает полученные данные о дезадаптивном характере имеющейся у этих пациентов психологической адаптации. Общая напряженность защит при БАР составила $48,3 \pm 16,6\%$, а при ШАР — $63,5 \pm 12,3\%$. Полученные данные позволяют говорить о достоверно большей напряженности адаптационных механизмов у обследованных больных ШАР в сравнении с больными шизофренией и БАР. Преобладание же у больных биполярным аффективным расстройством механизма интеллектуализации свидетельствует о большей зрелости механизмов

психологической защиты у данной группы пациентов, хотя одновременно у них же обнаруживались дезадаптивные сочетания компонентов психологической защиты и копинга: регрессия/интеллектуализация и принятие ответственности. Для больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения были характерны дезадаптивные сочетания психологических защит: интеллектуализации и регрессии/реактивных образований, а также психологической защиты и копинга: регрессия и принятие ответственности. По этим характеристикам, а также по представленности такого зрелого интерпретативного МПЗ, как интеллектуализация, характер психологической адаптации данной группы был близок к таковому при БАР.

Для наглядности сравнения полученных результатов, данные методики ИЖС всех исследуемых групп больных отражены в таблице 14.

Таблица 14 — ИЖС при эндогенных психозах (в процентах по методике ИЖС), сводная таблица.

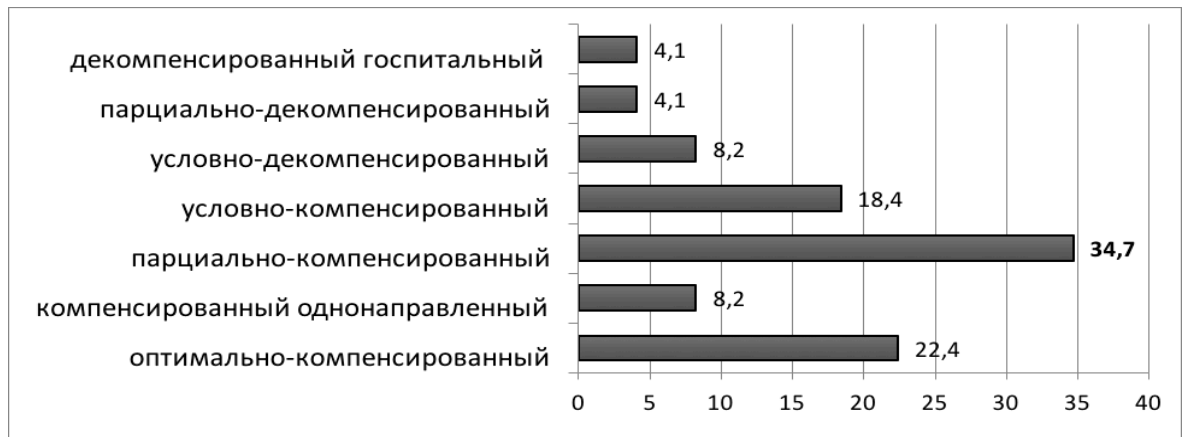
МПЗ	Нозологический диагноз				
	Шизофрения			ШАР	БАР
	параноидная		простая		
непрерывный тип течения	приступообразно-прогредиентный тип течения				
Отрицание	56,1± 29,5	54±30,9	54,6±33,2	58,1±28,6	47,9±27,7
Вытеснение	65,6± 27,2	48±29,2	57,7±31,9	55,9±31,1	59,0±30,5
Регрессия	70,8± 27,3	66,5±24,5	81,9±19,7	71,9±28,7	73,5±19,3
Компенсация	61,7± 33,7	59,9±22,9	71,1±32,9	64,5±31,0	60,5±25,7
Проекция	41,1± 30,3	53,2±30,2	46,1±28,8	38,2±24,9	54,7±25,9
Замещение	57,7± 28,6	44,7±23,2	65,4±23,6	57,7±20,9	51,0±24,0
Интеллектуализация	53,2± 28,2	65,5±28,3	56,1±22,0	49,6±25,6	67,8±25,9
Реактивные образования	60,9± 33,6	72,2±30,8	68,3±29,8	57,4±28,7	59,1±25,9

Примечание - $p < 0,05$ для выделенных значений.

3.3. Особенности социальной адаптации и функционирования больных эндогенными психозами: сравнительная характеристика.

Анализ особенностей социальной адаптации больных эндогенными психозами в соответствии с методикой Е.Д. Красика, Г.В. Логвинович (1991) позволил выделить три уровня социальной адаптации (при сравнении их с преморбидно имевшимся): высокий, средний и низкий.

Высокий уровень социальной адаптации регистрировался в виде оптимально компенсированного и компенсированного однонаправленного, средний уровень — в виде условно и парциально компенсированных, низкий - в виде условно декомпенсированного, парциально декомпенсированного и декомпенсированного уровней.



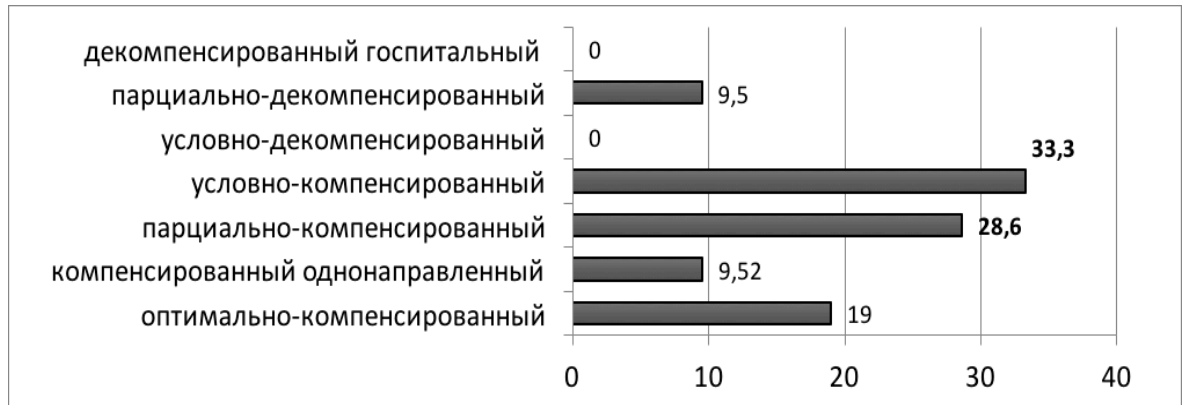
Примечание - $p < 0,05$ для выделенных значений.

Рисунок 20. Уровень социальной адаптации при шизофрении параноидной, непрерывном типе течения (%).

Как видно, достоверно наиболее часто диагностировался средний парциально-компенсированный уровень адаптации (34,7%), характеризующийся восстановлением (или - в несколько сниженной степени) социальных функций и отношений в обычных условиях.

Результаты исследования социальной адаптации у больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения показали достоверно более частое выявление средних условно- и парциально-

компенсированных уровней адаптации (33,3% и 28,6% соответственно) (рисунок 21).

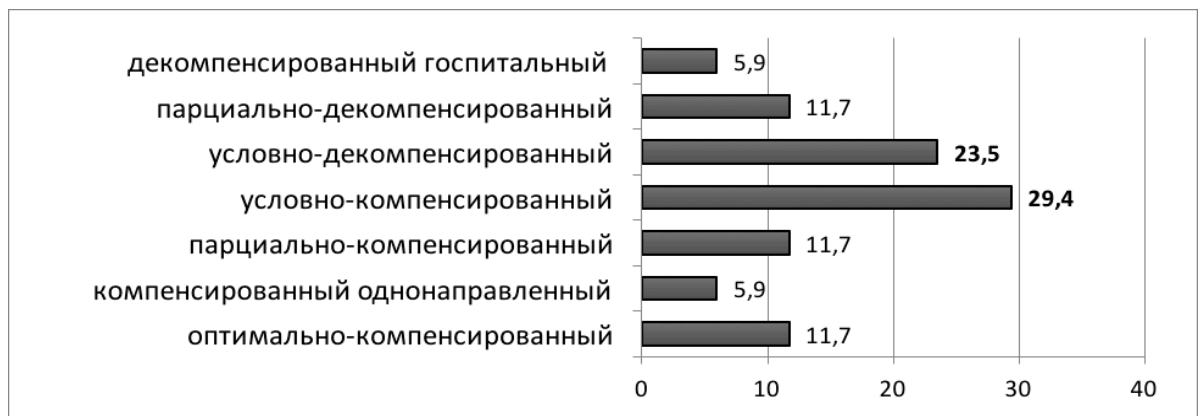


Примечание - $p < 0,05$ для выделенных значений.

Рисунок 21. Уровень социальной адаптации при шизофрении параноидной, приступообразно-прогредиентным типе течения (%).

Для условно-компенсированного уровня характерно «восстановление трудовых и микросоциальных функций и отношений на сниженном или близком к преморбидному уровню в индивидуально созданных условиях» (Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991).

Результаты исследования социальной адаптации у больных с простой шизофренией (с использованием классификации Е.Д. Красика и Г.В. Логвинович, 1991) представлены у больных на рисунке 22.

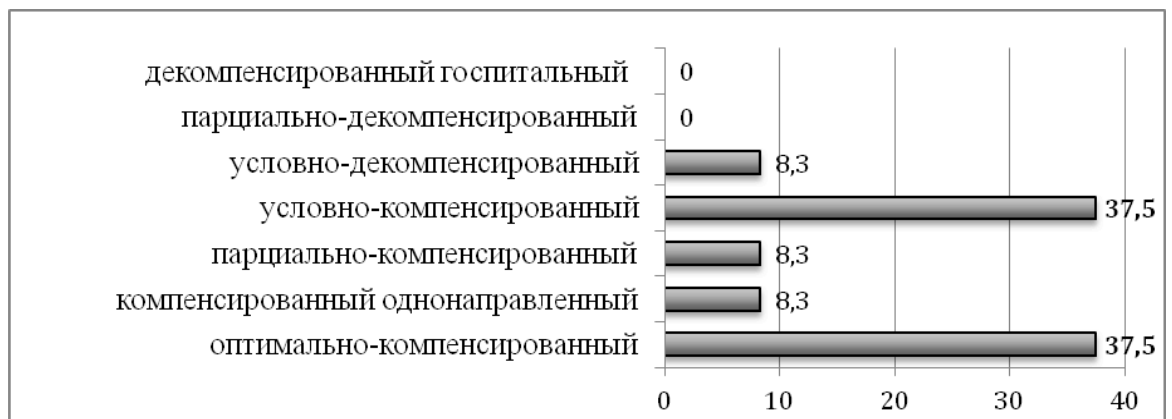


Примечание - $p < 0,05$ для выделенных значений.

Рисунок 22. Уровень социальной адаптации при простой форме шизофрении (%)

Из представленных данных видно преобладание среднего условно-компенсированного (29,4%) уровня социальной адаптации, однако вторым по представленности был низкий условно-декомпенсированный уровень, к особенностям которого относится «клинически необоснованный отказ от преморбидных социально-трудовых и семейных функций и отношений при объективной возможности их сохранения в индивидуально созданных условиях» (Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991).

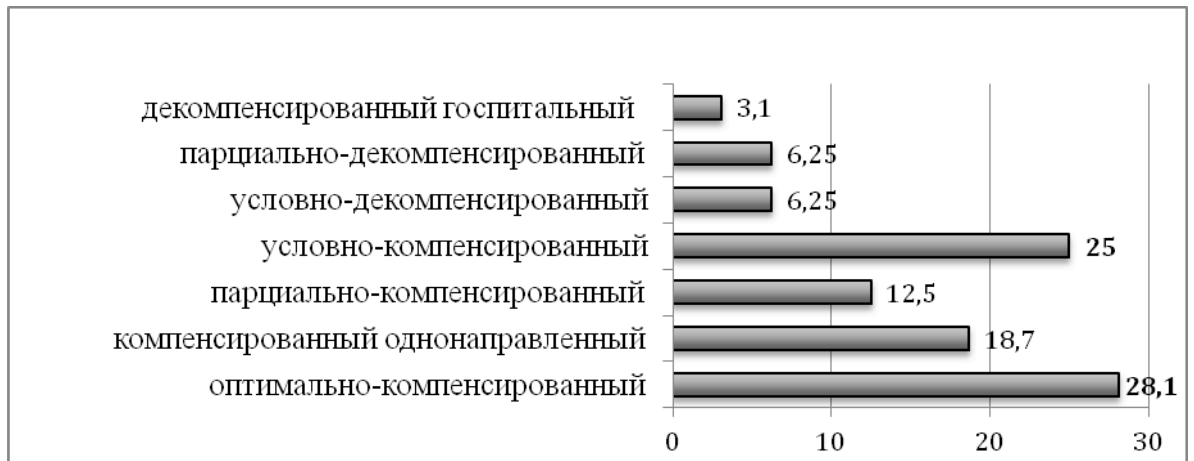
Результаты исследования социальной адаптации у шизоаффективных больных показали равную выраженность (по 37,5%) высокого оптимально-компенсированного (восстановление или гармоническое развитие всех видов социальных функций и отношений) и среднего условно-компенсированного уровней социальной адаптации, достоверно отличающихся от представленности прочих уровней адаптации (рисунок 23).



Примечание - $p < 0,05$ для выделенных значений.

Рисунок 23. Уровень социальной адаптации при шизоаффективном расстройстве (%)

Результаты исследования социальной адаптации у биполярных аффективных больных (с использованием классификации Е.Д. Красика и Г.В. Логвинович, 1991) представлены на рисунке 24.



Примечание - $p < 0,05$ для выделенных значений.

Рисунок 24. Уровень социальной адаптации при биполярном аффективном расстройстве (%)

Как видно, для пациентов группы БАР, аналогично распределению в группе больных ШАР, были характерны: высокий оптимально-компенсированный (28,1%) и средний условно-компенсированный уровни социальной адаптации (25%) ($p < 0,05$).

В результате проведенного исследования обнаружено, что декомпенсированный госпитальный уровень социальной адаптации встречался только у больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения процесса (5,8% больных; рисунок 20) и у больных с простой формой шизофрении (5,9% больных; рисунок 22). При простой форме шизофрении, кроме того, в отличие от больных остальных групп, выявлялся один из декомпенсированных уровней адаптации. Социальная адаптация шизоаффективных больных и больных БАР была схожей, однако декомпенсированных уровней среди больных биполярным расстройством было достоверно больше (15,6% суммарно против 8,3% при ШАР).

Анализ социальной адаптации проводился также в соответствии с выделением его количественной составляющей — с помощью шкалы общей оценки функционирования (Global Assessment of Functioning — GAF) (Monrad I.H.

Aas, 2011) и шкалы оценки функционирования больных в различных социальных сферах (Коцюбинский А.П. и др., 2016).

По шкале GAF средняя балльная оценка составила $53,25 \pm 7,15$ в группе больных шизофренией (с вариацией кодов в диапазоне 32 — 65), $54,83 \pm 6,99$ в группе больных шизоаффективным расстройством (коды варьировали от 42 до 69) и $63,28 \pm 3,43$ в группе больных биполярным расстройством (разброс значений кодов в диапазоне 58 — 71). Подробно полученные данные представлены в таблице 15.

Таблица 15 — Общая оценка функционирования больных с эндогенными психическими заболеваниями (Global Assessment of Functioning — GAF)

Диагноз	N	GAF, значения			
		M	Min	Max	$\pm \delta$
Шизофрения	82	53,25	32,00	65,00	7,15
Шизоаффективное расстройство	24	54,83	42,00	69,00	6,99
Биполярное аффективное расстройство	32	63,28*	58,00	71,00	3,43

Примечания: * достоверность различий $p < 0,05$.

Из представленных данных видно, что в исследуемых группах больных шизофренией и шизоаффективным расстройством снижение функционирования можно оценивать, как умеренное, в то время как пациенты с биполярным расстройством демонстрировали незначительное нарушение функционирования.

Оценка функционирования больных в различных социальных сферах производилась с выделением следующих степеней: 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 недоста-

точность функционирования в данной сфере; 4 - полная (глобальная) несостоятельность функционирования в данной сфере.

Таблица 16 — Функционирование больных эндогенными психозами в различных социальных сферах

Сферы функционирования		Количество больных в зависимости от степени нарушения социального функционирования (%)				
		0	1	2	3	4
Профессиональная сфера	Шизофрения	20,3*	18,6	5,1*	5,1	50,8*
	Шизоаффективное расстройство	9,1	9,1*	36,4*	9,1	36,4
	Биполярное аффективное расстройство	31,6*	21*	15,8*	0	31,6*
Межличностные отношения	Шизофрения	20,3*	33,9*	18,6*	8,5*	18,6*
	Шизоаффективное расстройство	0	45,5*	45,5*	0	9*
	Биполярное аффективное расстройство	36,8*	36,8	10,5*	5,3	10,5
Функционирование в сфере супружеских отношений	Шизофрения	56,2*	12,5*	9,4	3,1	18,7*
	Шизоаффективное расстройство	37,5*	62,5*	0	0	0
	Биполярное аффективное расстройство	76,5*	17,6*	5,9	0	0
Функционирование в родительской семье	Шизофрения	8,9*	39,5*	42,9*	7,3	1,4
	Шизоаффективное расстройство	33,3*	0	55,6*	11,1	0
	Биполярное аффективное расстройство	41,2*	29,4*	29,4*	0	0
Организация быта	Шизофрения	11,9	22*	39*	23,7	3,4*
	Шизоаффективное расстройство	9,1*	36,4	45,4*	0	9,1*
	Биполярное аффективное расстройство	31,6*	36,8*	5,3*	26,3	0
Функционирование в сфере сексуальных отношений	Шизофрения	3,4*	8,5	10,2*	8,5	69,4*
	Шизоаффективное расстройство	44,4*	0	22,3*	0	33,3*
	Биполярное аффективное расстройство	42,1	10,5	21	5,3	21*

Примечания: * достоверность различий $p < 0,05$ между уровнями социального функционирования при различных заболеваниях

Модификация данных функционирования в различных социальных сферах с точки зрения наличия или отсутствия конкретных признаков социальной активности представлена в таблице 17.

Таблица 17 — Социальное функционирование больных с эндогенными психозами с точки зрения наличия/отсутствия конкретных признаков социальной активности.

Сферы функционирования	Психическое расстройство	Количество больных (%)		Достоверность различий
		Нет	Есть	
Супружеские отношения (наличие)	Шизофрения	84,7	15,3	p<0,05
	Шизоаффективное расстройство	36,4	63,6	p<0,05
	Биполярное аффективное расстройство	42,0	58,0	p<0,05
Наличие детей	Шизофрения	86,4	13,6	p=0,01
	Шизоаффективное расстройство	60	40	p<0,05
	Биполярное аффективное расстройство	57,9	42,1	p<0,05
Проживание в родительской семье	Шизофрения	1,8	98,2	p=0,01
	Шизоаффективное расстройство	12,2	87,8	p=0,01
	Биполярное аффективное расстройство	23,5	76,5	p<0,05

Как видно, больные шизофренией достоверно чаще, по сравнению с другими пациентами, не состояли в браке (84,7% случаев), что свидетельствует о выраженности их социальной дезадаптации, при этом 15,3% больных параноидной шизофренией, имеющих собственную семью, характеризовались приступообразно-прогредиентным типом течения и небольшой длительностью заболевания (до 3-х лет).

В то же время при наличии семьи больные параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным течением более успешно функционировали в ней, чем больные с шизоаффективным расстройством (56,2% и 37,5% случаев соответственно, $p < 0,05$), что можно объяснить большей выраженностью у параноидных больных ограничительных конформистских и пассивно-подчиняемых тенденций их приспособительного поведения. Не случайно у больных с шизоаффективным и биполярным аффективным расстройством таких нарушений социального функционирования, как «практически не функционирует» и «не функционирует» в семейной сфере, не было выявлено.

Отсутствие сексуальных отношений было установлено у 69,4% больных шизофренией, в то время как преобладающей оценкой у больных шизоаффективным и биполярным аффективным расстройством в данной сфере являлось «успешное функционирование» (44,4% и 42,1% больных соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях).

На момент обследования 50,8% больных шизофренией не имели работы, в группе больных шизоаффективным расстройством число неработающих пациентов составило 36,4% случаев (и 36,4% имели значительные ограничения в этой сфере), в то время как в группе больных биполярным аффективным не работали 31,6% пациентов, а число успешно работающих больных и испытывающих некоторые ограничения у пациентов составляло более 50% (31,6% и 21% соответственно).

Функционирование в родительской семье (при отсутствии супружеских отношений) расценивалось как «успешное» у 33,3% больных шизоаффективным и 41,2% биполярным аффективным расстройством ($p < 0,05$), что заметно превышало частоту успешного функционирования в родительской семье у больных шизофренией (8,9% больных; $p < 0,05$ в обоих случаях), «перекрываемой» в этом случае гиперопекой со стороны родителей, по существу не активизирующих пациентов к какой-либо деятельности и ретардирующих мотивацию к ней. При этом у больных шизофренией выявлена большая частота (42,9%) «значительно ограниченного функционирования» в родительской се-

мье, достигая еще больших цифр у больных шизоаффективным расстройством (55,6% случаев, $p < 0,05$). В целом больные биполярным аффективным расстройством характеризовались успешным или несколько ограниченным социальным функционированием более чем в 70% случаев (41,2% и 29,4% соответственно).

Функционирование в сфере организации быта было «значительно ограниченным» у 39% больных шизофренией и 45,4% больных шизоаффективным расстройством ($p < 0,05$). Больные биполярным аффективным расстройством хотя и не достигали успешного уровня, отличались более высоким уровнем функционирования в сфере организации быта по сравнению с двумя другими группами сравнения ($p < 0,05$ в обоих случаях) и их функционирование в этой сфере чаще расценивалось как «ограниченное».

Как можно заключить из представленных данных, в таких сферах социального функционирования, как наличие семейных супружеских отношений, сексуальных отношений, детей и функционирования в рамках семьи больные с диагнозом шизоаффективного и биполярного аффективного расстройства демонстрировали лучшие показатели по сравнению с больными шизофренией.

В то же время при анализе таких сфер социального функционирования, как профессия, функционирование в родительской семье (при отсутствии супружеских отношений), характер межличностного общения, а также организация быта больные с шизофренией демонстрировали сходство с больными шизоаффективным расстройством.

3.4. Функциональный профиль адаптации пациентов. Сравнительные характеристики при различных эндогенных заболеваниях.

В соответствии с задачами исследования был проведён анализ представленности и взаимодействия клинико-психопатологических, клинико-психологических факторов и показателей социальной адаптации больных эндогенными психозами, в результате чего было сформулировано представление об индивидуальном функциональном профиле адаптации при различных эндо-

генных заболеваниях. Схема функционального профиля представлена в таблице 18.

Таблица 18 — Схема функционального профиля адаптации

Клинико-психопатологическая составляющая функционального профиля	Клинико-психологическая составляющая функционального профиля	Социальная составляющая функционального профиля
Прогрессиентность /утяжеление течения заболевания*	Копинг	Уровень социальной адаптации
Количество эпизодов заболевания	Внутренняя картина болезни	Уровень функционирования в различных социальных сферах
Давность заболевания	Психологическая защита	GAF***
Психическое состояние, подтверждённое PANSS**	Тип приспособительного поведения	-
Тяжесть состояния, подтверждённая CGI	-	-

Примечания: * – для больных аффективной патологией; ** – для больных шизофренией и шизоаффективным расстройством; *** – иная валидизированная шкала для оценки социального функционирования.

Функциональный профиль адаптации можно считать интегративным показателем биопсихосоциального функционирования, демонстрирующим картину выраженности и внутренних взаимосвязей клинико-биологических, психологических и социальных адаптационно-компенсаторных компонентов психического состояния. Конструирование функционального профиля адаптации, являющегося важной содержательной характеристикой функционального диагноза (А.П. Коцюбинский и др., 2017), наглядно демонстрирует реабилитационный потенциал личности.

Как представляется, показатели, используемые для анализа функционального профиля, могут быть вариативны в зависимости от используемого подхода. Так, клинико-психопатологическая составляющая может быть до-

полнена иными, чем в данном исследовании, валидизированными шкалами или характеристиками клинической картины заболевания, что определяется целями и задачами исследования. Равным образом клинико-психологическая и социальная составляющие также могут быть дополнены, по сравнению с используемыми методиками в данном исследовании, иными шкалами, что определяется характером проводимого анализа.

Наиболее существенным является то, что составление функционального профиля адаптации подразумевает оценку существующих взаимосвязей внутри данного интегративного показателя с выделением более и менее значимых элементов, что позволяет индивидуализировать профиль и использовать его в качестве диагностического инструмента для оценки реабилитационного потенциала группы больных или отдельного индивидуума.

Для наглядности, сравнительный анализ функциональных профилей исследованных групп больных представлен в таблице 19.

Таблица 19 — Сравнительный анализ функциональных профилей адаптации больных с шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

Диагноз	Клинико-психопатологическая составляющая функционального профиля	Клинико-психологическая составляющая функционального профиля	Социальная составляющая функционального профиля
Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения	Прогрессиентность/утяжеление течения заболевания* 1. умеренная/слабая/выраженная	Копинг поиск социальной поддержки 65,27 / принятие ответственности 62,32 / самоконтроль 62,52	УСА парциально компенсированный 35,3
	Давность заболевания** 7,17±4.94	ВКБ диффузный (эргопатический, сенситивный, тревожный)	СФ** снижение в профессиональной сфере, сфере супружеских и сексуальных отношений, нали-

			чия детей.
	Психическое состояние, подтверждённое PANSS** , баллы 51.7±4.94	Психологическая защита регрессия 70,8	GAF** 53,25±7,15
	Тяжесть состояния, подтверждённая CGI** , баллы 4,4	Тип приспособительного поведения пассивный 34,7	-
Шизофрения параноидная, приступообразно-прогредиентный тип течения	Прогрессиентность/утяжеление течения заболевания* 1. умеренная 2. слабая/ /выраженная	Копинг принятие ответственности 64,38 / планирование решения проблемы 60,1 / поиск социальной поддержки 59,6	УСА условно-компенсированный 33,3 / парциально компенсированный 28,6
	Количество эпизодов заболевания 2,75±2,01	ВКБ диффузный (более трёх)	
		Психологическая защита регрессия 66,5 / интеллектуализация 65,5 / РО 72,2	
		Тип приспособительного поведения социальный 42,9 / защитно-ограждающий 38,1	
Шизофрения простая	Прогрессиентность/утяжеление течения заболевания* 1. умеренная 2. слабая/ /выраженная	Копинг поиск социальной поддержки 76,37 / принятие ответственности 73,59	УСА условно-компенсированный 29,4 / условно-декомпенсированный 23,5
		ВКБ диффузный (эргопатический, сенситивный, анозогнозический)	
		Психологическая защита регрессия 81,9	
		Тип приспособитель-	

		ного поведения пассивный 35,3	
Шизоаффективное расстройство	Прогрессиентность/утяжеление течения заболевания* 1. умеренная 2. слабая 3. нет	Копинг поиск социальной поддержки 76,38 / принятие ответственности 73,61	УСА оптимально компенсированный 37,5 / условно-компенсированный 37,5
	Количество эпизодов заболевания 2,5±1,34	ВКБ смешанный (сенситивный/эргопатический)	СФ снижение в профессиональной сфере и сфере межличностных отношений.
	Давность заболевания 8,56±3,86	Психологическая защита регрессия 71,9	ГАФ** 54,83±6,99
	Психическое состояние, подтверждённое PANSS, баллы 46,5	Тип приспособительного поведения социальный 37,5	
	Тяжесть состояния, подтверждённая CGI**, баллы 4,1		
Биполярное аффективное расстройство	Прогрессиентность/утяжеление течения заболевания* 1. умеренное 2. слабое 3. нет	Копинг поиск социальной поддержки 74,48 / принятие ответственности 78,03	УСА оптимально-компенсированный 28,1 / условно-компенсированный 25
	Количество эпизодов заболевания 3,27±2,93	ВКБ смешанный (сенситивный/эргопатический)	СФ снижение в сферах профессии и сексуальных отношений значительно менее выраженные, чем при шизофрении и шизоаффективном расстройстве.
	Давность заболевания	Психологическая защита	ГАФ**

	6,53±3,76	щита регрессия 73,5 / интел- лектуализация 67,8	63,28±3,43
	Тяжесть состояния, под- тверждённая CGI**, баллы 3,6	Тип приспособитель- ного поведения социальный 50; иска- женно-деятельный 12,5	

Обобщённые данные, получившие отражение в таблице 19, позволяют провести сравнение и сделать ряд выводов о характере биопсихосоциальной адаптации исследуемых групп больных. Так, из представленных данных видно, что клинико-психопатологические (негативные тенденции в развитии заболевания, тяжесть состояния по шкале общего клинического впечатления), клинико-психологические (преимущественно в приспособительном поведении и копингах) и социальные (преимущественно в анализе социально адаптации и функционирования и по шкале GAF) адаптационно-компенсаторные механизмы, диагностируемые в группе больных с биполярным расстройством, позволяют установить достоверно более успешные стратегии биопсихосоциальной адаптации, а, значит, более высокий реабилитационный потенциал данной группы больных в сравнении с больными шизофренией и шизоаффективным расстройством.

При этом показатели биопсихосоциальной адаптации больных ШАР демонстрируют отчётливое сходство с таковыми при БАР (за исключением МПЗ и социального функционирования по шкале GAF, где показатели тяготеют к аналогичным при шизофрении); одновременно можно видеть отличающееся клинико-психологическое «положение» группы параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения от других больных шизофренией, проявляющееся в сходстве «клинико-психологических картин» данного расстройства, с одной стороны, и аффективных психозов — с другой, а также характера психологической защиты и приспособительного поведения. Целостное рассмотрение всего объёма полученных данных показывает принципиальную сложность категоричного разделения рассматриваемых

групп больных по нозологическому принципу, поскольку продемонстрировать чёткие дифференцирующие различия особенностей биопсихосоциального функционирования не представляется возможным. Это функционирование можно лишь рассматривать как меняющееся от дезадаптивного к более-менее адаптивному в ряду простая шизофрения — параноидная шизофрения с непрерывным типом течения — параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным типом течения — шизоаффективное расстройство - биполярное аффективное расстройство.

Корреляционный анализ данных, проведённый с целью установления внутренних взаимосвязей между структурными компонентами функционального профиля адаптации, позволил определить, что при параноидной шизофрении с непрерывным типом течения количество перенесённых экзацербаций заболевания было сопряжено со снижением уровня социальной адаптации ($R=0,54$, $p<0,05$), Анализ взаимосвязей клинико-психологических характеристик и социальной адаптации показал зависимость дезадаптивности приспособительного поведения (пассивный ТПП) и снижения уровня социальной адаптации ($R=0,57$, $p<0,05$), в частности, со снижением профессионального функционирования ($R=0,42$, $p<0,05$), нарушением функционирования в быту ($R=0,54$, $p<0,05$) и в сфере наличия детей ($R=-0,49$, $p<0,05$).

При параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения клинико-психопатологическая характеристика прогредиентности заболевания показала взаимосвязь с такими параметрами социального функционирования как профессиональная деятельность ($R=0,38$, $p<0,05$), межличностные отношения ($R=0,40$, $p<0,05$) и сфера наличия детей ($R=-0,36$, $p<0,05$). В то же время, и приспособительное поведение (защитно-ограждающего типа) было взаимосвязано с уровнем социальной адаптации ($R=-0,36$, $p<0,05$), в частности, со снижением функционирования в сферах: профессиональной ($R=0,45$, $p<0,05$), межличностных отношений ($R=0,42$, $p<0,05$), а кроме того, бытовой ($R=0,46$, $p<0,05$) и сексуальной ($R=0,39$, $p<0,05$). В свою очередь вы-

раженность копинг-стратегии планирования решения проблемы обратно коррелировала с нарушениями в супружеских отношениях ($R=-0,49$, $p<0,05$).

При простой форме шизофрении выявлялись следующие взаимосвязи: показатель выраженности негативной симптоматики (по шкале PANSS), характеризующий психическое состояние пациентов на момент обследования, достоверно влиял на функционирование в сферах межличностных отношений и организации быта ($R=0,72$ и $R=0,83$, $p<0,05$ соответственно), прогрессивность заболевания была сопряжена со снижением уровня социальной адаптации ($R=0,32$, $p=0,02$). В отношении клинико-психологических параметров были обнаружены следующие корреляционные зависимости: а) пассивный тип приспособительного поведения был связан со снижением уровня социальной адаптации ($R=0,56$, $p<0,05$), что проявлялось в снижении функционирования в семье ($R=0,72$, $p<0,05$), в быту ($R=0,70$, $p<0,05$) и сексуальной сфере ($R=0,54$, $p<0,05$).

При шизоаффективном расстройстве клинико-психопатологический показатель прогрессивности заболевания (умеренная) оказывал значительное влияние на формирование условно компенсированного уровня социальной адаптации ($R=0,62$, $p=0,04$). Анализ имеющихся корреляций в клинико-психологической сфере для ШАР показал: а) наличие взаимосвязи социального типа приспособительного поведения с оптимально компенсированным уровнем социальной адаптации ($R=0,84$, $p<0,05$); б) наличие положительного взаимовлияния копинга принятия ответственности с условно компенсированным уровнем социального функционирования ($R=0,87$, $p<0,05$); в) наличие значимой корреляционной связи механизмов психологической защиты по типу регрессии с социальным функционированием в сфере профессиональных отношений и показателей функционирования по шкале GAF ($R=0,67$ и $R=0,75$, $p<0,05$ соответственно); г) наличие влияния внутренней картины болезни на социальный компонент биопсихосоциальной адаптации, что проявилось в обнаружении корреляционной зависимости между выраженностью

сенситивного типа отношения к болезни и снижением в сфере межличностных отношений ($R=0,55$, $p<0,05$).

При биполярном аффективном расстройстве значимых взаимосвязей между текущими клинико-психопатологическими характеристиками и уровнем социальной адаптации выявлено не было, в то же время существенным фактором снижения социального функционирования (в родительской семье) оказалась длительность течения заболевания ($R=0,66$, $p<0,05$). При этом анализ взаимосвязей клинико-психологической и социальной компонентов биопсихосоциальной адаптации больных с биполярными расстройствами продемонстрировал: а) наличие сильной корреляционной связи между искаженно-деятельным типом приспособительного поведения и условно компенсированным уровнем социальной адаптации ($R=0,59$, $p<0,05$), в частности – снижением функционирования в сексуальной сфере ($R=0,74$, $p<0,05$); б) наличие обратной взаимосвязи неконструктивного конфронтативного копинга с уровнем социальной адаптации ($R=-0,49$, $p<0,05$), в частности – функционированием в сфере межличностных отношений ($R=-0,61$, $p<0,05$); в) наличие отчетливой взаимосвязи психологических защит с функционированием в различных социальных сферах, а именно – механизма интеллектуализации, обратно связанного с функционированием в сексуальной сфере ($R=-0,93$, $p<0,05$); механизма регрессии, прямо связанного со сферой межличностных отношений и сферой организации быта ($R=0,93$ и $R=0,92$, $p<0,05$ соответственно); г) отсутствие значимых корреляций внутренней картины болезни (сенситивные и эргопатический типы отношения к болезни, наиболее выраженные в данной группе больных) со сферой социального функционирования при одновременно выявленной взаимосвязи анозогнозии во внутренней картине болезни с функционированием в сфере супружеских отношений ($R=-0,88$, $p<0,05$), а тревожного типа отношения к болезни – с проживанием в родительской семье и нарушениями с сфере воспитания детей ($R=0,84$ и $R=0,52$, $p<0,05$ соответственно).

Анализируя вышеизложенное, можно прийти к следующим выводам.

Во-первых, можно отметить наличие общих характеристик нарушений психологической адаптации, существенных для всех сравниваемых групп пациентов.

Во-вторых, влияние на социальную адаптацию клинических (биологических) параметров заболевания последовательно уменьшается от максимально выраженного при шизофрении и минимально выраженного — при биполярных аффективных расстройствах, оказываясь умеренно выраженным — при шизоаффективном расстройстве. При этом влияние на социальную адаптацию факторов психологической адаптации оказывается реципрокным, оказываясь минимально выраженным при шизофрении и максимально выраженным — при биполярном аффективном психическом расстройстве.

В-третьих, степень дезадаптивности психологической адаптации при шизофрении определяется нарушениями во всех рассматриваемых клинко-психологических механизмах: нарушениями глубинных неосознаваемых механизмов психологической защиты, неадаптивностью внутренней картины болезни, нарушениями в структуре приспособительного поведения и копинга. В отличие от этого, при биполярном аффективном расстройстве доминирующими клинко-психологическими факторами адаптации являются внутренняя картина болезни и психологическая защита.

В-четвёртых, индивидуальная интегративная диагностика значимых компонентов адаптации позволяет прогнозировать социальную адаптацию в целом в каждом конкретном случае и, благодаря формированию определенных «западений», делает возможным обоснованно оптимизировать реабилитационные мероприятия, направленные на гармонизацию психологической адаптации, акцентируясь при этом на коррекцию конкретных её компонентов, т.е. - формировать индивидуализированные «мишени» лечебно-реабилитационных мероприятий.

В практическом смысле формирование индивидуального функционального профиля адаптации позволяет провести не только анализ адаптационного

потенциала пациента, но и сформулировать основанные на нем рекомендации интегративной реабилитационной программы.

Так, обследованные больные с диагнозом параноидной шизофрении с непрерывным типом течения, имея в клинической картине неярко выраженные формальные расстройства мышления и проявления эмоционально-волевого снижения (подтвержденные психометрическим методом — общий балл PANSS < 60, умеренная степень расстройства по шкале CGI), клинико-психологически отличались пассивностью приспособительного поведения, с формированием отказа от активной социальной позиции и склонностью к рентными установкам, при этом именно тип приспособительного поведения показал взаимосвязь со снижением уровня социальной адаптации (с преимущественным нарушением профессионального функционирования и функционирования в быту и в сфере наличия детей). Помимо типа приспособительного поведения, умеренное снижение социальной адаптации было связано с показателем количества эксацербаций заболевания. Неосознаваемые адаптационные механизмы демонстрировали незрелость (МПЗ) и дискордантность (дезадаптивные сочетания МПЗ и копинга) на фоне невысокой общей их напряженности, что говорит, с одной стороны, о глубинных искажениях в формировании адаптационно-компенсаторных механизмов, а с другой — о невысокой актуальности происходящих процессов в психике больных. Механизмы совладания, рассматривающиеся как осознанные энергичные меры, предпринимаемые личностью для разрешения либо эмоционального отреагирования стрессорной ситуации, хоть и показывали относительную конструктивность (поиск социальной поддержки в качестве наиболее выраженной стратегии), но также демонстрировали собственную внутреннюю дискордантность (помимо дезадаптивных сочетаний с механизмами психологической защиты), что сопровождалось также отсутствием четкой направленности отреагирования во внутренней картине болезни. Вышеперечисленные особенности исследованной группы больных можно рассматривать как прогностические факторы социального

функционирования. Индивидуализированные рекомендации в этом случае могут сводиться к следующему списку мероприятий:

1. Психофармакотерапия атипичными антипсихотиками с преимущественно активизирующим воздействием для уменьшения проявлений эмоционально-волевого снижения и предотвращения повторных обострений заболевания.

2. Психотерапия:

2.1. Динамического направления, которая может быть показана ввиду выявленных глубинных нарушений психологических адаптационно-компенсаторных механизмов, однако прогноз подобных мероприятий неясен ввиду невысокой общей напряженности психологических защит.

2.1. Когнитивно-поведенческого направления — показана ввиду наличия прогностически благоприятных стратегий в структуре копинг-механизмов при их дезадаптивных сочетаниях (что нуждается в коррекции), на фоне снижения функционирования в профессиональной сфере.

2.3. Психообразование — показано ввиду неопределённой, диффузной внутренней картины болезни, пассивности приспособительного поведения и общего снижения уровня социальной адаптации

2.4. Различные варианты семейной психотерапии — показаны ввиду нарушений функционирования сферах в супружеских, сексуальных отношениях и наличия детей.

Картина биопсихосоциального функционирования при параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения была следующей. На фоне стабилизации психического состояния (подтверждённого по шкале общего клинического впечатления, CGI) с редукцией продуктивной симптоматики клинически ведущими оказывались явления умеренных эмоционально-волевых расстройств (подтверждённые PANSS). Выявляемые при этом психологически конструктивные тенденции (копинг-стратегии поиска социальной поддержки и принятия ответственности) не приводили больных к ясной позиции в отношении заболевания (диффузный тип), несмотря на кли-

нически выявляемую их активность в отношении терапии. Возможно, подобное сочетание активного поиска помощи и последующей приверженности терапии обусловлено преобладанием защитного механизма регрессии, результатом чего и является неопределенность в восприятии собственной болезни. Нарушения в социальном функционировании (в сферах профессионально и межличностных отношений) у этих больных показывали взаимосвязь как с прогрессивностью заболевания, так и с формированием регрессивного типа приспособления, то есть зависели и от клинических, и от психологических механизмов. Кроме того, приспособительное поведение влияло и на такие сферы функционирования, как быт и сексуальные отношения, в которых наблюдались существенные для больных шизофренией нарушения. Исходя из вышеизложенного индивидуализированные рекомендации будут включать следующие меры:

1. Психофармакотерапия препаратами (предпочтительно) второго поколения с целью коррекции негативных расстройств и максимально возможного снижения прогрессивности процесса.

- 1.2. Психотерапия динамического направления показана ввиду, с одной стороны, необходимости коррекции незрелых защит, препятствующих адаптации, с другой - выраженности такой защиты, как интеллектуализация, что показывает определенную готовность пациентов к переработке значимой для них информации. Как и для больных предыдущей группы, однако, необходимо учитывать невысокую общую напряженность защит, что не делает эти механизмы адаптации наиболее близкими целями психотерапевтического вмешательства.

- 1.3. Когнитивно-поведенческая терапия показана ввиду имеющих у пациентов копинг-ресурсов (конструктивные копинги) на фоне умеренного снижения социальной адаптации с нарушениями функционирования в межличностных отношениях и профессиональной сфере.

- 1.4. Психообразование показано ввиду выявленной диффузной внутренней картины болезни.

1.5. Семейная психотерапия показана ввиду нарушений функционирования в соответствующих сферах (семьи, детей, сексуальных отношений).

В отношении простой шизофрении картина биопсихосоциального функционирования выглядела следующим образом. Во-первых, в этом случае значимость клинических показателей для социальной адаптации и функционирования была наиболее существенной по сравнению с двумя другими группами больных шизофренией: выраженная прогрессивность коррелировала с низким уровнем социальной адаптации; преобладающая в клинике негативная симптоматика (подтверждённая PANSS) показывала взаимосвязь со снижением функционирования в межличностной сфере и в быту. Во-вторых, механизмы психологической адаптации, сами по себе являясь дезадаптивными (за исключением копинга), не демонстрировали значимых взаимовлияний с социальной адаптацией и функционированием, при том что напряжение механизмов психической адаптации было наиболее выраженным у этой группы больных шизофренией. Это проявлялось в наибольших значениях копинг-стратегий и в наибольшей (среди всех обследованных групп больных) напряжённости примитивного механизма психологической защиты по типу регрессии (хотя и при сравнительно невысоком общем индексе защит). Пассивный тип приспособительного поведения оказался значимым в отношении выявления низкого уровня социальной адаптации с преимущественными западениями - как и у всех больных с шизофренией - в семейной и бытовой сферах. Исходя из этой картины, можно констатировать некую рассогласованность функционирования основных блоков адаптационно-компенсаторных механизмов у больных простой шизофренией, что свидетельствует о расщеплении, проявляющемся в отсутствии взаимодействия между работой психологических функциональных систем (при их высокой напряженности) и социальной адаптацией. Характер полученных данных позволяет сделать следующие рекомендации.

1. Психотерапия антипсихотиками первого или второго поколения, в зависимости от клинической картины и стадии течения болезни — с це-

лью (насколько возможно) снижения прогрессивности заболевания, прямо влияющего на социальную адаптацию и уменьшения выраженности негативной симптоматики, также имеющей критическое значение для социального функционирования данной группы больных.

2. Психотерапия.

2.1. Поведенческого (все виды функциональных тренингов) или когнитивно-поведенческого направления с целью коррекции приспособительного поведения, стимуляции социальной активности и повышения адаптационного потенциала больных. Использование психодинамически ориентированного подхода представляется малоэффективным ввиду наличия глубокой рассогласованности функционирования отдельных структур психики.

2.2. Психообразование показано ввиду неопределенности внутренней картины болезни на фоне напряженного копинга поиска социальной поддержки.

2.3. Арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, музыкальная терапия, милье-терапия, трудотерапия — все виды мягко активирующего воздействия с целью коррекции социальной дезадаптации, свойственным этим больным: отказа от социально-трудовых функций и отношений, одностороннего утрированного развития деятельности в плане удовлетворения лишь собственных потребностей.

Для больных с шизоаффективными расстройствами были характерны следующие особенности. Клинически выявляемая ипохондрическая симптоматика проявлялась в сенситивности внутренней картины болезни и в копинг-стратегии поиска социальной поддержки. Ни тяжесть состояния (глубина которого была уточнена благодаря использованию соответствующих шкал), ни давность заболевания не подтвердили своей значимости для социальной адаптации этих больных. Однако утяжеление течения заболевания было прогностически значимо в отношении умеренного снижения социальной адаптации (условно-компенсированного уровня). В остальном прослеживалось гораздо большее влияние клинико-психологических механизмов адаптации на соци-

альное функционирование. Так, в этом отношении показали свою значимость приспособительное поведение (положительное влияние), психологическая защита, внутренняя картина болезни и стратегии совладания. По контрасту с простой шизофренией, расогласованности, разорванности функций в этом случае не наблюдалось. Напротив, все выявленные взаимовлияния являлись «психологически понятными» и объяснимыми с точки зрения современных данных. Таким образом, для больных ШАР возможно сформулировать следующие рекомендации.

1. Психофармакотерапия — показана в рамках существующих клинических рекомендаций для снижения прогрессивности процесса. Важно соблюдение предписанных сроков приёма лекарственных средств.

2. Психотерапия — динамического и когнитивно-поведенческого направления показаны ввиду имеющихся мишеней (дискордантность копинга и защит, наибольшая общая напряженность защит) и ресурсов (социальный тип приспособительно поведения, конструктивный копинг и, в целом, высокие уровни социальной адаптации).

3. Психообразование — показано ввиду наличия противоречивых тенденций в восприятии и оценке заболевания (смешанный тип внутренней картины болезни в виде сенситивного и эргопатического).

Наконец, больные биполярными аффективными расстройствами отличались следующими особенностями. Находясь в состоянии лекарственной ремиссии, эти пациенты клинически не предъявляли актуальной симптоматики, которую нужно было бы патопсихологически верифицировать. Таким образом, основные акценты в диагностике психического состояния были смещены в сторону клинко-психологических особенностей и социального функционирования данной группы больных. Единственным значимым клинко-биологическим показателем, существенным для социального функционирования (и то лишь в отдельно взятом функционировании в родительской семье — при отсутствии супружеских отношений (показатель актуальный для 23,5% больных БАР) являлась давность заболевания. Во всех прочих превалирую-

щих взаимовлияниях наблюдались связи между клинико-психологическими характеристиками функционирования и социальной адаптацией. Существенным отличием биопсихосоциального функционирования данной группы больных являлась значимость психологических защит (и положительное и отрицательное влияние) для социального функционирования.

По итогам проведенного анализа для группы больных БАР можно сформулировать следующие рекомендации.

1. Психотерапия

1.1. Динамического направления — показана ввиду нарушений глубинных механизмов отреагирования (регрессивный МПЗ) на фоне имеющегося «зрелого» ресурса (МПЗ интеллектуализации), при наличии дискордантных сочетаний МПЗ и копингов.

1.2. Когнитивно-поведенческого направления - показана ввиду имеющихся взаимосвязей между неконструктивным копингом и социальным функционированием (конфронтация и межличностные отношения).

1.4. Психообразование — показано как необходимая часть реабилитационного подхода с учётом противоречивости внутренней картины болезни (смешанный эргопатический и сентситивный тип)

1.5. Психофармакотерапия — важное, необходимое средство профилактики обострений заболевания, однако прямых показаний для данной группы больных в конкретный период времени, согласно функциональному профилю адаптации, не выявлено.

Анализ полученных данных позволил выявить важность когнитивно-поведенческого психотерапевтического подхода для всех исследуемых больных, к которому мы и прибегли во второй части диссертационного исследования.

3.5. Оценка влияния психотерапии на реабилитационный потенциал больных эндогенными психическим расстройствами.

Вторым этапом исследования было изучение эффективности включения пациентов с эндогенными психическими расстройствами в процесс психотера-

психотерапевтической работы и анализ полученных результатов. Научно-практической основой проводимой с пациентами когнитивно-поведенческой работы явилась «Методика функциональной тренировки поведения» (Гончарская Т.В., 1988), модифицированная в соответствии с задачами исследования. Сущность модификации заключалась в уделении большего времени заданиям с повышенной сложностью (затрагивающим эмоционально значимые отношения больных) и последующем детальном анализе тех переживаний, мыслей и образов, которые возникали в процессе выполнения домашнего задания и от которых зависела в конечном итоге успешность их выполнения. Таким образом, акцент в проводимой психотерапии (ПТ) был смещен с тренинга поведенческих навыков на осмысление тех когнитивных механизмов, которые сопровождают их исполнение.

Психотерапевтическая группа была открытой, включала 6-8 человек, занятия проводились в течение 8 недель три раза в неделю по 1,5 часа. В процесс когнитивно-поведенческой терапии было включено 40 пациентов: с диагнозами шизофрении (29 человек), шизоаффективного расстройства (4 человека) и биполярного аффективного расстройства (7 человек) в возрасте $31,3 \pm 8,52$ лет. В связи с тем, что больные с диагнозом шизофрении представили основной состав пациентов психотерапевтических сессий, а также учитывая то обстоятельство, что в результате проведенного исследования обнаружено большое сходство нарушений социальной адаптации у всех обследованных пациентов, было решено анализировать полученные в процессе психотерапии данные для группы больных эндогенными психическими заболеваниями в целом.

Исходная степень выраженности психопатологических проявлений по группе в целом по шкале общего клинического (CGI) оценивалась как «умеренная» (4,1 балла). На момент завершения психотерапевтической работы состояние больных соответствовало «лёгкой» степени (3,3 балла по шкале CGI). Улучшение расценивалось как «значительное» (2,4 балла по шкале CGI-I). При оценке психического состояния по психометрическим наблюдалась по-

ложительная динамика у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в период психотерапии, подтверждённые сопоставлением с данными группы сравнения, которую составили 40 больных, имеющих схожую клиническую картину заболевания и не участвовавших в психотерапевтических интервенциях, находясь лишь на психофармакотерапии (ПФТ). Так, в группе сравнения, исходная степень выраженности психопатологических проявлений по шкале общего клинического (CGI) оценивалась как «умеренная» (4,4 балла). На момент завершения контрольного периода ПФТ состояние больных соответствовало «лёгкой» степени (3,8 балла по шкале CGI). Улучшение расценивалось как «значительное» (2,7 балла по шкале CGI-I).

Наблюдалась отчётливая положительная динамика психического состояния (по шкале PANSS) больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в период психотерапии в отношении как негативной, так и общей психотической симптоматики (рисунок 25).



Рисунок 25. Динамика психического состояния больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в процессе психотерапии (баллы по шкале PANSS), $p < 0,05$.

Эти данные были подтверждены сопоставлением с группой сравнения, не получавшей ПТ, но получавшей ПФТ (рисунок 26).

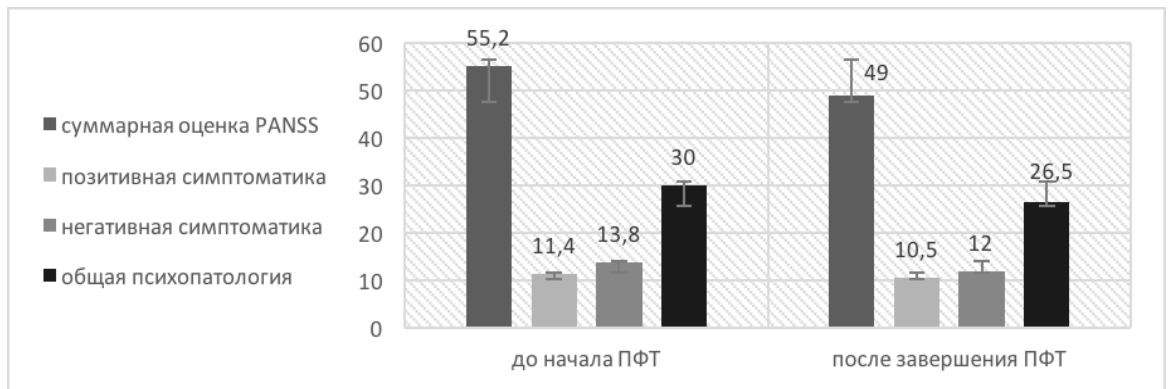
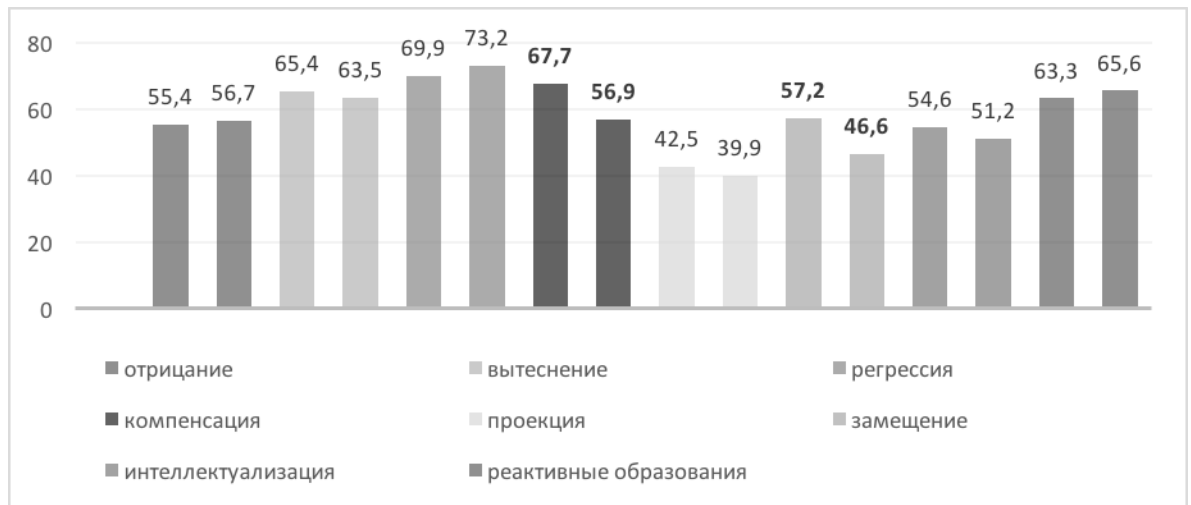


Рисунок 26. Динамика психического состояния больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в процессе ПФТ (баллы по шкале PANSS), $p < 0,05$.

Проведённый анализ позволил установить достоверность различий в динамике психического состояния по шкалам PANSS и CGI между группой больных и группой сравнения на уровне статистической тенденции ($p = 0,07$), что, разумеется, не позволяет делать сколько-нибудь уверенных выводов об изменении клинико-психопатологических проявлений заболевания на фоне проводимой психотерапии, признавая естественную роль психофармакологической терапии. Однако, особенности психологического и связанного с последним социального статуса были во многом обусловлены проведением с пациентами психотерапевтической работы.

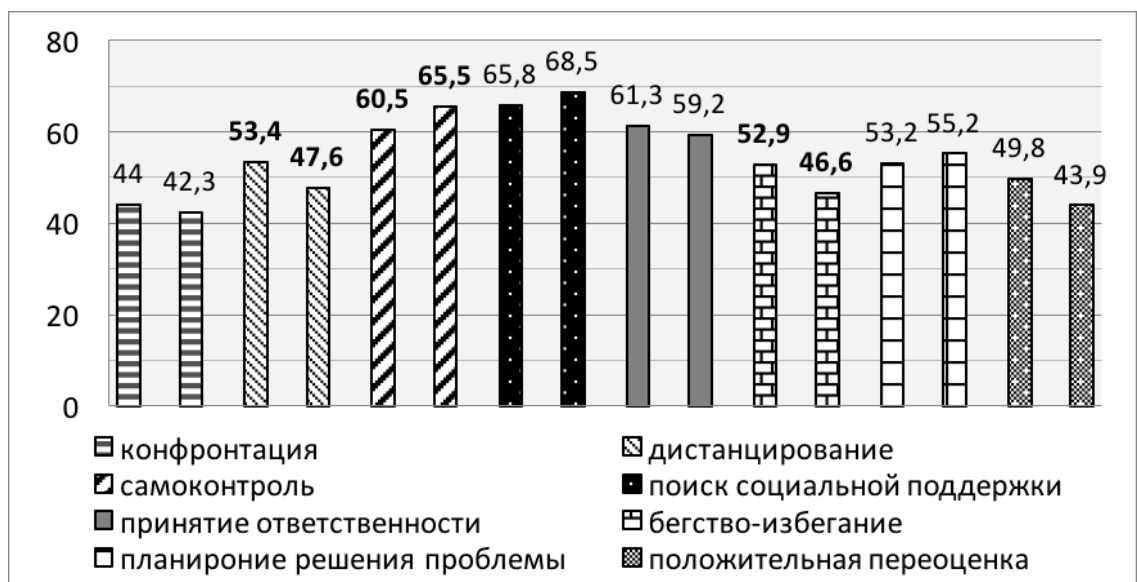
В результате когнитивно-поведенческой терапии выявлено достоверное снижение напряжённости защитных механизмов компенсации и замещения ($67,7 \rightarrow 56,9$ и $57,2 \rightarrow 46,6$ перцентилей соответственно, $p < 0,05$; рисунок 27), что можно расценивать как некоторый успех психотерапевтических интервенций, однако полагаться на полученные данные в долгосрочной перспективе не представляется возможным, исходя из понимания природы МПЗ, изменения в структуре которых, если вообще возможны, требуют более длительной терапии, как правило, динамически ориентированной. Остальные механизмы психологической защиты не претерпели существенных изменений, в том числе механизм регрессии, имевший наибольшую выраженность (как в исследуе-

мых группах первого этапа работы, так и у пациентов, обследованных на втором этапе) и значимость для социальной адаптации, показанную в результате корреляционного анализа.



Примечание: для выделенных значений достоверность $p < 0,05$.

Рисунок 27. Динамика механизмов психологической защиты больных эндогенными психозами в процессе когнитивно-поведенческой терапии (в процентилях по шкале ИЖС).



Примечание: для выделенных значений достоверность $p < 0,05$.

Рисунок 28. Частота копинг-стратегий по методике Лазаруса в динамике психотерапии больных эндогенными психозами (%).

Позитивная динамика в процессе психотерапии коснулась также стратегий совладания: достоверно возросла частота самоконтроля (60,5%→65,5%, $p<0,05$), а на уровне статистической тенденции – поиска социальной поддержки (65,8%→68,5%, $p<0,1$) и планирования решения проблемы (53,2%→55,2%, $p<0,1$). Иными словами, все конструктивные копинг-стратегии претерпели положительные изменения, из которых наиболее интересна динамика самоконтроля, поскольку данная стратегия не была выраженной у больных, обследованных на первом этапе работы. Одновременно достоверно уменьшилась частота таких неконструктивных стратегий, как дистанцирование (53,4%→47,6%, $p<0,05$) и бегство-избегание (52,9%→46,6%, $p<0,05$).

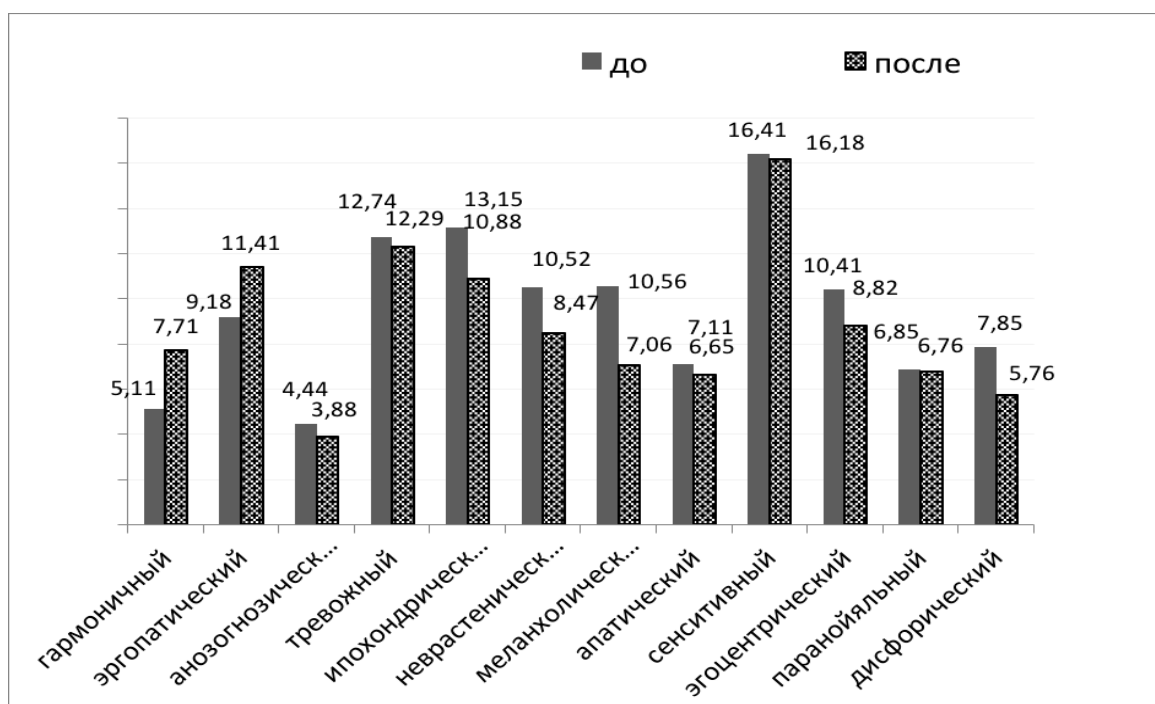
Данные о динамике в процессе проведения психотерапии характера внутренней картины представлены в таблице 20.

Таблица 20 — Динамика внутренней картины болезни в процессе когнитивно-поведенческой терапии.

Тип отношения к болезни	М	± δ	М	± δ
Гармонический	5,11*	4,07	7,71*	6,76
Эргопатический	9,18*	7,94	11,41*	10,34
Анозогнозический	4,44	4,12	3,88	3,34
Тревожный	12,74	11,94	12,29	11,51
Ипохондрический	13,15*	10,14	10,88*	7,96
Неврастенический	10,52*	7,17	8,47*	7,04
Меланхолический	10,56	8,80	7,06	6,33
Апатический	7,11	5,85	6,65	5,45
Сенситивный	16,41	10,33	16,18	12,45
Эгоцентрический	10,41*	8,07	8,82*	6,83
Паранойяльный	6,85	6,35	6,76	6,58
Дисфорический	7,85*	8,32	5,76*	4,48

Примечание: *- достоверность различий подтверждена в таблице значением t-критерия при $p<0,05$.

Графическое изображение динамики внутренней картины болезни в процессе психотерапии приведены в рисунке 28.



Примечание: * - достоверность $p < 0,05$.

Рисунок 29. Внутренняя картина болезни в процессе психотерапии больных эндогенными психозами (баллы по ТОБОЛ).

Изменения во внутренней картине болезни проявились в значимом уменьшении выраженности (ТОБОЛ, баллы) ипохондрического (13,1→10,9, $p < 0,05$), неврастенического (10,5→8,5, $p < 0,05$) и меланхолического (10,6→7,1, $p < 0,05$) типов отношения к болезни, а также – уменьшением эгоцентрического (10,41→8,82, $p < 0,05$) и дисфорического (7,85→5,76, $p < 0,05$) типов. Наблюдалось, кроме того, возрастание выраженности гармонического (5,11→7,71, $p < 0,05$) и эргопатического (9,18→11,41, $p < 0,05$) типов отношения к болезни. Однако при этом, сенситивный тип реагирования, имевший наибольшие значения (как в исследуемых группах первого этапа работы, так и у пациентов, обследованных на втором этапе) не претерпел изменений (16,41→16,18), что говорит о довольно устойчивом искажении внутренней картины болезни при

эндогенных психозах с повышенной чувствительностью к стрессорным воздействиям.

Тем не менее, в целом можно говорить об определённой гармонизации внутренней картины болезни при проведении психотерапии, что, в совокупности с позитивными изменениями копинга, является признаком нормализации в структуре клинико-психологической адаптационно-компенсаторной модели.

В проведенном исследовании изучалась также качество жизни пациентов, рассматриваемое как субъективная оценка социальной адаптации пациентов и имеющее, как отмечает А.Б. Шмуклер (2013), существенное значение для стабильности достигаемых в процессе терапии эффекта. Отмечалось улучшение (на 20,4%) ценностно-мотивационных характеристик пациентов, о чем свидетельствовало повышение показателя глобального самосохранения, отражающего процесс жизнедеятельности, в котором индивид поддерживает на определенном, относительно постоянном уровне те или иные жизненные параметры благодаря реакциям, компенсирующим влияние изменяющихся условий окружающей среды. При этом в самосохранении наиболее динамичными оказались отдельные его параметры, в частности: а) самообеспечение (улучшение по определяющему его показателю «утомляемость» (на 26,3%); б) самоинтеграция (снижение по напряженности контроля (на 9%), улучшение в оценке негативного влияния образа жизни на состояние здоровья (на 25%), уменьшение выраженности негативной оценки влияния недостаточного самопонимания (на 11,9%).

Одновременно произошло и увеличение (на 24 %) показателя глобально-го саморазвития, то есть стремления к реализации своих целей и своей деятельности в социуме, творческого потенциала в виде реализации жизненных целей. Показатель глобального саморазвития интегрирует все виды переживаний индивида, которые определяют его жизненные предпочтения, не сосредоточиваясь на отдельных частях и компонентах качества жизни.

Как видно, основные изменения наблюдались в структуре ценностно-мотивационного процесса самосохранения, целевой направленностью которо-

го являются регулятивные задачи стабилизации жизненных процессов, а не более сложные преобразовательные задачи развития, являющиеся целью саморазвития, что, в целом, согласуется с положительной динамикой в структуре совладающего поведения, призванного улучшить актуальную социальную ситуацию.

Таким образом, в результате проведения второго этапа исследования можно констатировать, что использование когнитивно-поведенческой терапии является целесообразным для больных с различными эндогенными психозами, так как содействует повышению реабилитационного потенциала этих пациентов за счёт гармонизации внутренней картины болезни и повышения конструктивности копинга. Это обстоятельство, с учетом представлений о роли психологических адаптационных механизмов в структуре функционального профиля адаптации, являющегося важной содержательной характеристикой функционального диагноза (Коцюбинский А.П. и др., 2017), способствует успешности социальной адаптации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные подходы в психиатрии характеризуются все большим развитием реабилитационного направления. При этом основные положения концепции реабилитации психически больных сводятся к тому, что она представляет собой не только профилактику, лечение или восстановление трудоспособности, но характеризует в большей степени целостный, интегративный подход к пациенту, опосредующий все лечебные воздействия через личность больного и базирующийся на сложности строения психики с многообразием внешних связей индивидуума (Кузина И.Ф., 2011).

В этой связи отмечается, что необходимым условием эффективной реабилитации психически больных является «развитие концептуальной модели общественно-ориентированной психиатрии, предполагающей связь между развитием и преобразованием системы служб и изменением убеждений и взаимоотношений между людьми, вовлечёнными в эти службы» (Тараканова Е. А., 2011)

Проведенное исследование касалось оценки биопсихосоциальной адаптации группы больных эндогенными психозами. По многочисленным литературным данным, учитывающим такие особенности эндогенных расстройств, как длительность и характер их течения, частота госпитализаций и необходимость последующего продолжительного приёма лекарственной терапии, а также процесс стигматизации, социальная адаптация данной группы больных страдает уже с самого начала заболевания (Коцюбинский А.П., 2001; Холмогорова, 2006; Петрова Н.Н., 2007).

Целью данного исследования явилась оценка биопсихосоциальной адаптации больных с эндогенными психическими расстройствами и оптимизация реабилитации данной группы больных на основе полученных данных.

В ходе исследования был проведён сравнительный анализ особенностей клинико-психопатологической, клинико-психологической и социальной адаптационно-компенсаторных составляющих в структуре биопсихосоциальной модели функционирования больных различными эндогенными психозами,

прослежены особенности взаимосвязей психологического, биологического и социального блоков психической адаптации в группах исследуемых больных с формулированием понятия индивидуального функционального профиля адаптации, проведена дифференцированная оценка особенностей социального функционирования больных в различных сферах жизнедеятельности. Описаны характерные для больных разными эндогенными психозами типы приспособительного поведения, осуществлена оценка степени их дезадаптивности. Проведён сравнительный анализ качества жизни при различных эндогенных психозах в динамике реабилитационных мероприятий.

Работа проводилась в два этапа. На первом этапе был произведён сбор информации, оценка клинических особенностей и особенностей психосоциального функционирования 143 больных с эндогенными психическими заболеваниями (шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством), получавших лечение в системе внебольничных форм психиатрической помощи.

При оценке клинико-феноменологических особенностей обнаружено, что биполярное аффективное расстройство дебютировало значительно позже шизофрении и шизоаффективного расстройства (соответственно в возрасте 38, 27 лет и 29 лет; $p < 0,05$), что, в целом, согласуется с данными литературы. Так, по данным В.А. Точилова (1994) 69% больных атипичным аффективным психозом заболели в возрасте до 30 лет, по данным В.Н. Краснова (2009) модальный возраст начала шизофрении для мужчин 18-25 лет, для женщин — 25-30 лет. По данным Н.Э. Головахи (2004) у большинства пациентов с шизоаффективным расстройством заболевание манифестировало в возрасте 20-40 лет (76,7 %), а в исследовании Т.А. Турьянова (2005) у 73,9 % больных шизофренией манифест заболевания пришёлся в основном на возраст от 20 до 30 лет. По данным В.Н. Шадрина (2006) средний возраст начала заболевания в группе больных шизофренией составил $22 \pm 9,2$ года. В то же время по данным Б.Г. Бутомы (2008) средний возраст начала заболевания в группе больных шизофренией составил $19,43 \pm 1,18$, а в группе аффективных расстройств —

21,91 ± 1,61.

При анализе клинико-психопатологической составляющей биопсихосоциальной адаптации в проведенном исследовании выраженная прогрессивность заболевания установлена у пациентов, страдающих шизофренией (всех рассматриваемых форм и типов течения); при биполярном аффективном расстройстве течение заболевания без утяжеления (понимаемого как удлинение и учащение приступов, появление более тяжёлых форм с психотическими включениями) наблюдалось в четверти наблюдений; шизоаффективное расстройство по критерию прогрессивности занимало промежуточное положение между биполярным аффективным расстройством и шизофренией, находясь всё же ближе к БАР. В группах больных шизофренией и шизоаффективным расстройством тяжесть психического состояния была умеренной, суммарная оценка по PANSS не превышала средний показатель. Отмечалось некоторое преобладание негативных симптомов, не достигающих, однако значительной степени выраженности, что свидетельствует об отсутствии выраженного дефекта в большинстве случаев. Оценка выраженности негативного симптомокомплекса при биполярном аффективном расстройстве не проводилась ввиду невозможности корректного сравнения этих показателей с такими при шизофрении и шизоаффективном расстройстве. Выраженность психопатологических проявлений по Шкале общего клинического впечатления (CGI) была оценена как «умеренная» в группе больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, в то время как при биполярном расстройстве диагностировалась «лёгкая степень заболевания» на момент обследования.

При анализе клинико-психологической составляющей биопсихосоциального функционирования показано, что при простой и параноидной форме шизофрении с непрерывным течением преобладали регрессивные типы приспособительного поведения с пассивной жизненной позицией. Характер приспособительного поведения больных с приступообразно-прогрессивным типом течения параноидной шизофрении при этом отличался большей, чем у паци-

ентов непрерывным течением заболевания, конструктивностью, оказавшись сходным с таковым при ШАР, что, как представляется, отражает известную близость особенностей социального и психологического функционирования у больных с приступообразно протекающими формами эндогенных расстройств. У больных с БАР существенных нарушений в приспособительном поведении в данном исследовании выявлено не было. Согласно данным, полученным Ю.В. Мельниковой (2008), у больных шизофренией диагностировались морбидный и зависимый тип приспособительного поведения. В группе больных с аффективной патологией в большей степени выявлялись регрессивные искажённо-деятельный и защитно-ограждающий варианты. При этом оказалось, что у больных шизофренией выраженная прогрессивность заболевания приводила к формированию неблагоприятного варианта приспособительного поведения, нарушению функционирования в бытовой сфере и сфере межличностных отношений. Непрерывный тип течения заболевания способствовал формированию регрессивного (защитно-ограждающий вариант) типа приспособительного поведения и приводил к нарушениям практически во всех сферах социального функционирования. В группе больных с аффективной патологией по частоте встречаемости на первом месте был конструктивный тип приспособительного поведения (социальный вариант).

Анализ внутренней картины болезни в проведенном исследовании обнаружил, что при шизоаффективном и биполярном аффективном расстройствах, по сравнению с наблюдаемыми при шизофрении, чаще выявлялись гармонический и эргопатический типы отношения к болезни в «чистом» виде, что указывает на более высокие адаптационные возможности данных групп больных в сравнении с больными шизофренией, при которой выявлялись преимущественно диффузные типы отношения к болезни. Однако, в целом, снижение адаптационных возможностей обнаружено во всех группах больных с преобладанием сенситивного и эргопатического типов отношения к болезни (в составе диффузных — для шизофрении), при этом у больных шизофренией

третьим, попадающим в диагностический интервал, был анозогнозический тип.

В структуре копинг-поведения выявлено доминирование двух совладающих стратегий: конструктивной поиск социальной поддержки и относительно конструктивной принятие ответственности при наличии определённых различий в выраженности и частоте в зависимости от вида психоза. Была показана достоверно бóльшая выраженность всех копинг-стратегий в репертуаре больных с простой формой шизофрении, что может указывать на бóльшую напряженность адаптационных механизмов у этой группы больных.

По данным Е.Ю. Антохина с соавторами (2008), анализировавшими в своём исследовании больных копинг-поведение больных шизофренией с первым психотическим эпизодом (с помощью модифицированной методики Хейма), у пациентов данной группы выявлялся достаточно широкий спектр различных вариантов копинг-поведения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, однако наибольшие различия в сравнении со здоровыми людьми и группой больных неврозом (по литературным данным) установлены в поведенческой сфере, которая оказалась наиболее уязвимой по использованию конструктивных механизмов совладания со стрессом. В то же время Е.Р. Исаева (1999) в своём исследовании указывает на отсутствие нозоспецифичности в репертуаре копинг-стратегий, используемых больными шизофренией, и говорит о том, что они в большинстве своём относятся к характерным и для здоровых людей способам совладания со стрессом. При этом, по мнению автора, выявленная стратегия, проявляющаяся «в протесте и конфронтации и являющаяся конструктивным способом совладания со стрессом у здоровых людей, оказалась крайне дезадаптивной для больных шизофренией, а формирование активного проблемно-решающего поведения у больных шизофренией затруднено из-за ограниченности их внутренних копинг-ресурсов». Полученные в проведенном исследовании данные в основном подтверждают это и согласуются с последней точкой зрения.

В исследовании А.П. Коцюбинского с соавторами (2005) показано преобладание конструктивной копинг-стратегии поиска социальной поддержки среди больных эндогенными психозами, в то же время среди больных с диагнозом биполярного расстройства равно выраженной была также стратегия принятия ответственности, являющаяся относительно конструктивной.

Во всех группах сравнения в проведенном исследовании значительной выраженности достигал защитный механизм по типу регрессии. В литературе при исследовании особенностей психологической защиты у больных эндогенными психозами рядом авторов описывается преобладание незрелых, примитивных защит типа регрессии у больных шизофренией, (Аристова Т.А., 2003; Коцюбинский А.П., 2006) вытеснения, регрессии и реактивного образования (Денисенко М. М., 2010). Т.Л Ряполова (2011) также указывает на вытеснение и рационализацию как наиболее частые механизмы психологической защиты, диагностируемые при шизофрении. А.П. Коцюбинский с соавторами (2006) установили преобладание реактивного образования у больных биполярным аффективным расстройством, в то время как для больных шизоаффективным расстройством более свойственным оказался механизм компенсации.

При исследовании качества жизни при эндогенных психозах обнаружено, что чем более незрелое поведение, вызванное бессознательным действием механизмов психологических защит (по типу «отрицания», «регрессии») отмечалось у больных, тем значительнее у них оказалось субъективное ощущение высокого качества жизни, а использование неадаптивных совладающих механизмов («бегство-избегание» и «дистанцирование») позволяло пациентам формировать ощущение благополучия. Напротив, употребление конструктивных копинг-стратегий («положительная переоценка» и «поиск социальной поддержки») приводило к снижению оценок качества жизни. К.М. Гебель (2009) также показал, что высокие показатели качества жизни у больных нередко соотносились с неадаптивными и незрелыми защитными механизмами и копинг-стратегиями. Проведенное исследование позволило обнаружить положительную динамику показателей качества жизни больных в процессе КПТ,

что само по себе, учитывая субъективный характер понятия КЖ, является свидетельством эффективности данного терапевтического подхода.

При исследовании социальной составляющей биопсихосоциального функционирования было установлено, что компенсированные уровни социальной адаптации чаще диагностировались в группах больных шизоаффективным и - наиболее часто - биполярным аффективным расстройством по сравнению с больными шизофренией (независимо от формы и типа течения этого заболевания). Декомпенсированные (условно-, парциально- и госпитальный) уровни, напротив, диагностировались преимущественно у больных шизофренией.

Анализ функционирования в различных социальных сферах с точки зрения наличия или отсутствия конкретных признаков социальной активности позволил обнаружить, что в таких сферах социального функционирования как наличие семейных супружеских отношений, сексуальных отношений, детей и функционирования в рамках семьи больные с диагнозами ШАР и БАР демонстрировали лучшие показатели по сравнению с больными шизофренией. В то же время при анализе таких сфер социального функционирования как профессия, функционирование в родительской семье (при отсутствии супружеских отношений), характер межличностного общения, а также организация быта больные с шизофренией демонстрировали сходство с больными ШАР.

При оценке социального функционирования с использованием валидизированной шкалы GAF, была диагностирована большая социальная сохранность больных биполярным расстройством по сравнению с больными шизофренией и ШАР.

При проведении детального анализа влияния клинико-психопатологических и клинико-психологических факторов на социальную адаптацию больных было сформировано представление об индивидуальном функциональном профиле адаптации при различных эндогенных заболеваниях. Структурированный анализ параметров индивидуальной биопсихосоциальной адаптации, который становится возможным при использовании пред-

лагаемого диагностического инструмента, способен наглядно продемонстрировать реабилитационный потенциал группы больных (или даже одного больного) и послужить протоколом реабилитационных процедур в работе междисциплинарной полипрофессиональной бригады.

Анализ показателей клинико-психопатологических, клинико-психологических и социальных адаптационно-компенсаторных механизмов в процессе конструирования функционального профиля адаптации обнаружил значимые отличия биопсихосоциальной адаптационной модели, диагностируемой у больных с шизоаффективным расстройством в сравнении с больными шизофренией и БАР, что позволяет делать обоснованные выводы о нозологической обособленности шизоаффективного расстройства.

Корреляционный анализ, которому были подвергнуты полученные данные функционального профиля адаптации, показал отсутствие значимых взаимосвязей между текущими клинико-психопатологическими характеристиками и уровнем социальной адаптации при биполярном аффективном расстройстве, в то время как наиболее значимые взаимосвязи, включившие все компоненты психологического блока, были обнаружены между клинико-психологической и социальной компонентами биопсихосоциального функционирования у этих больных. При этом больные шизофренией разнились между собой (в зависимости от формы заболевания и типа его течения) по преобладающим влияниям (или их отсутствию) клинико-психопатологических характеристик либо клинико-психологических — на социальную адаптацию. Так, показан большой «удельный вес» психологических механизмов во взаимодействии с социальной адаптацией у больных с приступообразно-прогредиентным типом течения параноидной шизофрении, менее выраженный — при непрерывно текущей шизофрении (на фоне повышения значимости клинических характеристик процесса), и практически полное отсутствие взаимодействий — у больных простой формой шизофрении (при наибольших абсолютных значениях показателей психологических адаптационных механиз-

мов). Характер же взаимовлияния клинических параметров функционирования был в последней группе наиболее явным.

С учётом полученных данных об индивидуальном функциональном профиле адаптации были сформулированы индивидуализированные рекомендации в рамках биопсихосоциального подхода. Для всех обследованных групп больных были разработаны предложения реабилитационного воздействия, которые включали психофармакотерапию разной интенсивности и различные варианты психотерапевтического воздействия в зависимости от диагностируемого состояния. Общими рекомендациями стали когнитивно-поведенческая терапия и психообразовательные программы.

Вторым этапом работы стало включение больных в процесс когнитивно-поведенческой психотерапии, что было обусловлено, во-первых, полученными в собственных наблюдениях данными, а во-вторых — данными многочисленных клинических исследований, убедительно доказывающих высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии для больных эндогенными психическими расстройствами (Федоров А.П., 2002) — настолько, что данный вид психотерапии в настоящее время в комплексе с фармакотерапией рассматривается как метод первого выбора (Карвасарский Б.Д., 1999).

В соответствии со стандартами оказания помощи больным шизофренией (Краснов В.Н., 2006), при выборе метода психотерапевтического воздействия предпочтительным являлось использование психообразовательного подхода с элементами проблемно-разрешающей техники и тренинга социальных навыков, используемых при когнитивно-поведенческой терапии (Bradshaw, 2004).

Исходя из выявленных в процессе данного исследования особенностей социального функционирования и высказанных пациентами пожеланий, в качестве базового инструмента была выбрана методика Т.В. Гончарской (1988), разработанная с целью улучшения социального функционирования пациентов. Методика функционального тренинга поведения была модифицирована в соответствии с задачами исследования, так что акцент в проводимых мероприятиях был смещён от лёгких заданий к более сложным с обязательным допол-

нительным обсуждением сложностей, возникавших в процессе их выполнения, — с целью выявления возможных неадаптивных когнитивных механизмов, препятствующих успешному выполнению заданий и адаптивному поведению — как следствие.

Психотерапевтическая группа была открытой, включала 6-8 человек, занятия проводились в течение 8 недель три раза в неделю по 1,5 часа.

Получены следующие результаты: существенное снижение напряжённости защитных механизмов по типу компенсации и замещения; изменение в сторону большей конструктивности копинг-поведения; гармонизация внутренней картины болезни; изменения в структуре ценностно-мотивационного процесса самосохранения (качество жизни), целевой направленностью которого являются регулятивные задачи стабилизации жизненных процессов, что в целом согласуется с положительной динамикой в структуре совладающего поведения, призванного улучшить актуальную социальную ситуацию.

Таким образом, обобщая содержание работы, можно отметить, что в ряду шизофрении — шизоаффективное расстройство — биполярное аффективное расстройство социальная адаптация оказывается худшей у больных шизофренией и лучшей — у пациентов с биполярным расстройством, при этом удельный вес биологических факторов, влияющих на социальную адаптацию пациентов, оказывался большим при шизофрении и значительно меньшим — при биполярном расстройстве.

Обнаружено, что индивидуальная диагностика значимых компонентов адаптации в структуре функционального профиля адаптации позволяет прогнозировать социальную адаптацию в целом в каждом конкретном случае и обоснованно оптимизировать реабилитационные мероприятия, направленные на гармонизацию клинико-психологической адаптации, либо акцентироваться на конкретных её компонентах в рамках работы по улучшению клинико-психопатологической адаптации, т.е. формировать индивидуализированные мишени лечебно-реабилитационных мероприятий.

Проведение когнитивно-поведенческой терапии больным с эндогенными

психическими расстройствами улучшает функциональный профиль адаптации за счёт преимущественно повышения конструктивности копинга и гармонизации внутренней картины болезни. Полученные данные также свидетельствуют о целесообразности использования критериев качества жизни для определения мишеней и оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-психопатологические (биологические) характеристики глубины психического поражения (психопатологическая «насыщенность» по результатам психометрических оценок) у больных шизофренией являются значимыми факторами, затрудняющими последующую социальную адаптацию этой группы пациентов, что отличает их от больных с шизоаффективными или биполярными расстройствами.

2. Психологические адаптационно-компенсаторные характеристики, в значительной степени определяющие приспособительное поведение, оказываются сходными у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в отношении механизмов психологической защиты, характеризуясь меньшей, чем у больных с биполярным аффективным расстройством конструктивностью и адаптивностью. В отличие от этого, внутренняя картина болезни оказывается сходной у больных шизоаффективными и биполярными аффективными расстройствами, контрастируя с более негативными тенденциями внутренней картины болезни у больных шизофренией. Наконец, используемые пациентами механизмы совладания чаще представлены как неконструктивные при шизофрении и чаще как конструктивные – при биполярном аффективном расстройстве, занимая промежуточное положение при шизоаффективном расстройстве.

3. Социальные адаптационно-компенсаторные характеристики отличаются в целом более низкими показателями (при оценке как общего функционирования по шкале GAF, так и уровня достижений в различных сферах) у больных с шизофренией и шизоаффективным расстройством (разнясь с таковыми у пациентов с биполярным аффективным расстройством), хотя по ряду параметров (компенсированные уровни социальной адаптации) социальные адаптационные характеристики больных с шизоаффективным расстройством оказываются схожими с таковыми же у пациентов с биполярным аффективным расстройством.

4. Взаимовлияние различных адаптационно-компенсаторных составляющих (клинико-психопатологических, психологических и социальных) характеризуется наличием между ними значимых связей, определяющих функциональный профиль адаптации как интегративную характеристику биопсихосоциального функционирования и позволяющих в связи с этим прицельно определять «мишени» проводимой с пациентом реабилитационной работы.

5. Имеется определенная реципрокная связь между биологическими и психологическими характеристиками, определяющими в конечном счете социальную адаптацию пациентов. При этом социальная адаптация больных с шизофренией в значительной мере связана с клиническими параметрами заболевания, удельный вес которых последовательно снижается при шизоаффективном расстройстве, оказываясь минимальным – при биполярном аффективном расстройстве. В противовес этому, психологические адаптационные характеристики имеют наибольшее значение при биполярном аффективном расстройстве, оказываясь минимально выраженными – при наличии у больных шизофрении и занимая срединное положение – при шизоаффективном расстройстве.

6. Проведение в рамках реабилитации когнитивно-поведенческой психотерапии больных эндогенными психозами способствует повышению их реабилитационного потенциала, одновременно повышая качество жизни этих пациентов.

Практические рекомендации

1. Больные шизофренией, биполярным аффективным и шизоаффективным расстройством различаются по характеру биопсихосоциальных адаптационно-компенсаторных механизмов, что обуславливает необходимость нозологически дифференцированного применения комплексного диагностического подхода для формирования индивидуализированной реабилитационной программы.

2. В структуре биопсихосоциальных адаптационно-компенсаторных механизмов необходимо дифференцированное рассмотрение влияния клинико-

психопатологических и клинико-психологических параметров на социальную адаптацию, что позволяет выявить мишени реабилитационных мероприятий.

3. В клинике эндогенных психических расстройств необходима разработка и использование индивидуализированных реабилитационных программ полипрофессионального взаимодействия, в том числе – с конструированием индивидуального функционального профиля адаптации, направленного на определение «мишеней» реабилитации больных с эндогенными психозами.

4. Оптимизации реабилитационных воздействий на больных с эндогенными психическими заболеваниями способствует использование когнитивно-поведенческой психотерапии, «мишенями» для которой будут преимущественно совладающее поведение, внутренняя картина болезни и качество жизни больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А. Г. Роль личности в проблеме суицида / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии: сб. науч. трудов Моск. НИИ психиатрии. – М., 1981. – Т. 92. – С. 35–49.
2. Анохин П. К. Теория функциональной системы / П. К. Анохин // Успехи физиологических наук. – 1970. – №1. – С. 19–54.
3. Ануфриев А. К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных / А. К. Ануфриев // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями: сб. науч. трудов ЦИЭТИН / под ред. В. П. Белова. – М., 1974. – С.18–22.
4. Беребин М. А. Междисциплинарные проблемы формирования понятийного терминологического поля концепции психической адаптации в медицинской психологии / М. А. Беребин // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2011. № 18 (235). – С. 94–99.
5. Беребин М. А. Концепция отношений В.Н. Мясищева и теория психической адаптации личности / М. А. Беребин // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2008. – № 33 (133). – С.18–26.
6. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
7. Березин Ф. Б. Представление об адаптации. 2011 [Электронный ресурс] / Ф. Б. Березин. Персональный сайт. – Режим доступа: <http://berezin-fb.su>
8. Блейхер В. М., Толковый словарь психиатрических терминов / В. М. Блейхер, И. В. Крук; под ред. С. Н. Бокова. – Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1995. – 640 с.
9. Богдан А.Н. Семейный статус больных параноидной шизофренией с различной прогрессивностью // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1983. – В. 9. – С. 1376– 1383.

10.

11. Бурковский Г. В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: Г. В. Бурковский, М. М. Кабанов, А. П. Коцюбинский и др. – СПб., 1998. – 76 с.

12. Бурковский Г. В. Новый инструмент для оценки психотикозависимого качества жизни (ПКЖ2Ф) в психиатрической практике / Г. В. Бурковский, Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 3. – С. 31–34.

13. Бурковский Г. В. Специализированная шкала для определения качества жизни больных эндогенными психозами: пособие для врачей и психологов / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: Г. В. Бурковский, А. П. Коцюбинский, Е. Н. Левченко. – СПб., 1999. – 34 с.

14. Бутома Б. Г. Взаимосвязь конституционально–биологических переменных и показателей состояния иммунной системы при эндогенных психических расстройствах / Б. Г. Бутома, А. М. Петров, А. И. Скорик, И. Д. Столяров // Вестник Санкт-Петербургского Университета. – 2007. – Вып. 4 – С. 68–81.

15. Бутома Б. Г. Расстройства психонейроиммунного взаимодействия у больных эндогенными психическими заболеваниями: автореф. дисс. ... на д-ра мед наук / Бутома Борис Георгиевич; СПбГУ им. акад. И. П. Павлова. – СПб., 2008. – 42 с.

16. Вайзе К. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных / К. Вайзе, В.М. Воловик // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / под ред. М. М. Кабанова, К. Вайзе. – М.: Медицина, 1980. – С. 152–206.

17. Ванчакова Н. П. Психиатрия консультирования и взаимодействия: оценка потребностей и организации службы / Н. П. Ванчакова, А. П. Попов, Г. Р. Гелазония и др. // Клиническая больница. – 2013. – № 1(4). – С. 114–115.

18. Вартамян М.Е. Проблема причинности в психиатрии (генетический и экологический аспект) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1970. - В.1. - N 3. – С.3-11.

19.

20. Вартамян М. Е. Иммунологические компоненты патогенеза психических болезней [Электронный ресурс] / М. Е. Вартамян // Биологическая психиатрия. 1983. – [Электронная библиотека НЦПЗ РАМН]. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/53/book/26/chapter/25>

21. Вассерман Л. И. О системном подходе в оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин, Н. И. Косенков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16–25.

22. Вассерман Л., И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб, 2001. – 33 с.

23. Вассерман Л. И. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 26 – С. 33–35.

24. Вассерман Л. И. О психологической диагностике типов отношения к болезни / Л.И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1990. – Т. 127. – С. 24–35.

25. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-составители: Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и др. – СПб., 2005. – 48 с

26. Ветлугина Т. П. Клиническая иммунология в психиатрии и наркологии / Т. П. Ветлугина, С. А. Иванова, Т. И. Невидимова. – Томск: РАСКО, 2001. – 92 с.
27. Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении / В. Д. Вид. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1993. – 236 с.
28. Власова Н. С. Социальная служба в психиатрическом стационаре / Н. С. Власова // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 тт. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Т. II. – С. 66–74.
29. Войтенко Р. М. Функциональный клиничко-экспертно-реабилитационный диагноз и МКБ–10 / Р. М. Войтенко, В. Н. Синкевич // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 тт. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб, 2009. – Т. II. – С. 151–155.
30. Воловик В. М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией / В. М. Воловик, А.П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Ранняя реабилитация психически больных: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1984. – Т. 108. – С. 39–46.
31. Воложин И. Адаптация и компенсация – универсальный механизм приспособления / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин. – М.: Медицина, 1987. – 176 с.
32. Гадельшина Т. Г. Структурно-уровневая концепция психической адаптации / Т. Г. Гадельшина // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 6. – С. 161–164.
33. Гебель К. М. Динамика клинических и медико-психологических характеристик в процессе реабилитации больных шизофренией, утративших социальные связи: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Гебель Кира Манфредовна; СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2009. – 25 с.
34. Голенищенко А. В. Психотерапия больных шизофренией в условиях стационара: методы влияния на формирование адаптивных механизмов копинг-поведения и психологической защиты: автореф. дис. ... канд. мед. наук

/ Голенищенко Андрей Викторович; Оренбург. гос. мед. акад. – Оренбург, 2007. – 24 с.

35. Гурович И. Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Вып. 2. – С. 35–39.

36. Гурович И. Я. Социальное функционирование и качество жизни психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Н.Г. Шашкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Вып. 4. – С. 38–45.

37. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, Вып. 2. – С. 7–14.

38. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России и направление её развития в психиатрии с опорой на общество: современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / И. Я. Гурович, О. Г. Ньюфельдт. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. – С. 44–45.

39. Гурович И. Я. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов. – М. : МЕДПРАКТИКА-М, 2003. – 264 с.

40. Гусева О. В. Мультимодальная психотерапевтическая программа (с бригадным обслуживанием специалистов) для больных эндогенными психозами в условиях стационара / О. В. Гусева // Психотерапия. – 2007. – № 12. – С. 22–27.

41. Дмитриева Т. Б. Социальная психиатрия. / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С 134–170.

42. Еричев А. Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с расстройствами шизофренического спектра / А. Н. Еричев, А. П. Коцюбинский // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2013. – № 4. – С. 83–87.

43. Еричев А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Еричев Александр Николаевич; СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2005. – 23 с.
44. Жулина И. В. Семейная адаптация больных шизофренией / И. В. Жулина, Л. М. Анашкина, А. В. Яздовская // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). – Томск, 1998. – С. 63–64.
45. Завьялова Е. К. Психологические механизмы социальной адаптации человека / Е. К. Завьялова // Вестник Балтийской педагогической академии. – 2001. – Вып. 40. – С. 55–60.
46. Ибриегит М. Особенности социальной компетенции больных шизофренией при психотерапии / М. Ибриегит // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 4. – С. 9–12.
47. Иванов М. В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапии / М. В. Иванов, Н. Г. Незнанов. – СПб: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. – 288 с.
48. Исаева Е. Р. Исследование копинг-поведения у больных малопрогредиентной шизофренией / Е. Р. Исаева, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. – Вып. 3-4. – С. 98–101.
49. Исаева Е. Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Исаева Елена Рудольфовна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1999. – 21 с.
50. Исаева Е. Р. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией / Е. Р. Исаева, Г. Г. Лебедева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2008. – № 1. – С. 4–8.
51. Исаева Е. Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни [Электронный ресурс] / Е. Р. Исаева // Медицин-

ская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 1 (30). – С. 8. – Режим доступа: URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 02.07.2017).

52. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных и качество их жизни / М. М. Кабанов // Международная конференция «Качество жизни в психоневрологии» (тезисы докладов), Санкт–Петербург, 4–6 декабря, 2000 г. – СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2000. – С. 59.

53. Кабанов М. М. Больной и среда в процессе реабилитации / Вестник академии медицинских наук СССР. – 1977. – № 4. – С. 55–60

54. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 255 с.

55. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Л.: Медицина, 1978. – 232 с.

56. Канеп В.В., Попов Г.С., Соломонов С.Л. Анализ репродуктивности больных шизофренией и хроническим алкоголизмом// Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1981. – В. 5. – С. 734–737.

57. Каткова М. Н. Особенности защитно-адаптивной системы у пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством / М. Н. Каткова // Вестник Томского государственного университета. – 2011. – № 345. – С.5–7.

58. Коляскина Г. И. Иммунологические исследования при шизофрении / Г. И. Коляскина, Т. П. Секирина // Итоги науки и техники ВИНТИ. Сер. Иммунология. – 1990. – Т. 25. – С. 169–198.

59. Корсаков С.С. Общая психопатология. / С. С. Корсаков. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 480 с.

60. Аутохтонные непсихотические расстройства: коллективная монография / под. ред. А. П. Коцюбинского. – СПб: Спецлит, 2015. – 495 с.

61. Коцюбинский А. П. Биопсихосоциальная модель шизофрении / А. П. Коцюбинский // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сборник научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2001. – Т. 137. – С. 230–241.

62. Коцюбинский А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 103–107.
63. Коцюбинский А. П. Методы психологической диагностики больных с эндогенными психическими расстройствами: усовершенствованная медицинская технология / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: А. П. Коцюбинский, Т. А. Аристова, М. А. Дитятковский, С. Л. Горбунова. – СПб., 2006. – 47 с.
64. Коцюбинский А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 203–212
65. Коцюбинский А. П. Социальная адаптация больных шизофренией с преобладанием дефицитарных расстройств / А. П. Коцюбинский, Е. Ф. Бажин // Шизофренический дефект: диагностика, патогенез, лечение: сборник научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб, 1991. – Т. 130. – С. 155–168.
66. Коцюбинский А. П. Факторы психологической адаптации больных с эндогенными психическими заболеваниями / А. П. Коцюбинский, Н. Н. Петрова, Т. А. Аристова и др. // Психиатрия. – 2005. – № 5. – С. 22–25.
67. Функциональный диагноз в психиатрии / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Г.В. Бурковский и др.– СПб. : Спец–Лит, 2013. – 231 с.
68. Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз в психиатрии / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Т. А. Аристова, Г. В. Бурковский, Б. Г. Бутома // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2011. – № 1. – С. 4–8.
69. Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 2 / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16, № 4. – С. 86– 89.

70. Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение I / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т.15, № 4. – С. 67–71.
71. Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях: пособие для врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; авторы: А. П. Коцюбинский; Н. С. Шейнина; Т. А. Аристова и др. – СПб, 2011. – 37 с.
72. Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? / А. П. Коцюбинский, В. В. Зайцев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2004. – № 1. – С. 7–10.
73. Коцюбинский А. П. Холистический подход при диагностике психических расстройств / А. П. Коцюбинский // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 22–32.
74. Коцюбинский А. П. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1 / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Б. Г. Бутома, и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 4. – С. 45–50.
75. Шизофрения: уязвимость–диатез–стресс–заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова, Н. С. Шейнина, В. В. Зайцев. – СПб: «Гиппократ+», 2004. – 336 с.
76. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Паничева Е.В., Ротштейн В.Г. Формирование семьи у больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом по данным эпидемиологического обследования (рождаемость)// Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1976. – В. 5. – С. 754-759.
77. Красик Е. Д. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией / Е. Д. Красик, Г. В. Логвинович. – Томск: Изд-во Томск. университета, 1991. – 185 с.

78. Краснов В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, № 1. – С. 5–11.
79. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин: пер. с нем. – 3-е изд. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. – 493 с.
80. Кудряшова В. Ю. Копинг-стратегии и саморегуляция поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами / В. Ю. Кудряшова, Д. М. Сарайкин, М. В. Иванов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В. М. Бехтерева – 2017. – № 2 – С. 33–39.
81. Кузина И. Ф. Концепция системного подхода в психологической реабилитации психически больных / И. Ф. Кузина, О. Н. Крестина, Е. Б. Гайворонская // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья (Воронеж). – 2011. – № 44. – С. 117–123
82. Кузьмин А. М. Опыт применения шкалы негативных расстройств в клинике аффективных психозов / А. М. Кузьмин, М. В. Иванов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В. М. Бехтерева. – 1999. – № 2. – С.67–68.
83. Лиманкин О. В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Лиманкин Олег Васильевич; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2007. – 25 с.
84. Лобачева О. А. Интерлейкины при шизофрении / О. А. Лобачева, Т. П. Ветлугина // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Материалы XI науч. отчетной сессии НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН / под ред. В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2003. – Вып. 11. – С. 108–110.
85. Логвинович Г. В. Факторы социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией / Г. В. Логвинович // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – №. 1. – С. 110–116.
86. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – 4-е изд. (1-е изд. – 1935) / Р. А. Лурия. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

87. Лутова Н. Б. Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре. Разработка измерительного инструмента. Сообщение 2 / Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид // Обозрение психиатрии и медицинской психологии В. М. Бехтерева. – 2007. – № 2. – С. 8–10.
88. Лутова Н. Б. Удовлетворенность лечением: пациент и врач – поиски консенсуса. / Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2011. – № 1– С. 65–66.
89. Лутова Н. Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Лутова Наталия Борисовна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2013 – 49 с.
90. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс: пер. с англ. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 480 с.
91. Маклаков А. Г. Общая психология / А. Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2001. – 592 с.
92. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 16–24.
93. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и научно-практическая конференция «Современные проблемы социальной и клинической сексологии», г. Казань, 13-15 сентября 2012 г.: тезисы конференции / под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. К. К. Яхина. – СПб., 2012. – 352 с.
94. Мелехов Д. В. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных / Д. В. Мелехов // Основы социальной психиатрии и социально-трудовой реабилитации психически больных: сб. научных трудов ЦИУВ / под ред. А. С. Тиганова. – М., 1981. – С. 4–14.
95. Мелехов Д. Е. Социальная реабилитация инвалидов с психическими заболеваниями: обзорная информация / М-во соц. обеспечения РСФСР,

Центр. отраслевое бюро науч.-техн. информ. и пропаганды. – М., 1974. – 9 с. – (Врачебно-трудовая экспертиза и восстановление трудоспособности инвалидов; вып. 26).

96. Мелехов Д. Е. Трудоспособность при психических заболеваниях / Д. Е. Мелехов. – Горький: Наркомсобес РСФСР, 1944. – 31 с.

97. Мосолов С. Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов / С. Н. Мосолов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакава. – 2010. – Т. 110, № 6. – С. 4–7.

98. Муравьева О. В. Взаимосвязь компонентов структуры личности и копинг-механизмов у больных депрессией [Электронный ресурс] / О. В. Муравьева, Т. В. Разуваева // Научные ведомости. – 2014. – № 6 (177). – Вып. 21. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-komponentov-struktury-lichnosti-i-koping-mehanizmov-u-bolnyh-depressiey>.

99. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев; сост. В. А. Журавель / под ред. А. А. Бодалева. – М.: Изд-во МПСИ; Воронеж: Изд-во НПШ+О «МОДЭК», 2003. – 400 с.

100. Назаркина Д. М. Внутренняя картина болезни у пациентов с параноидной шизофренией / Д. М. Назаркина, В. В. Новиков // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие (Рязань). – 2015. – № 4. – С. 71–80.

101. Незнанов Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2-тт. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб, 2009. – Т. 1. – С. 32–36.

102. Незнанов Н. Г. Качество жизни больных шизофренией в процессе противорецидивной терапии / Н. Г. Незнанов, С. Ю. Масловский, М. В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 5. – С. 213–215.

103. Нуллер Ю. Л. Структура психических расстройств / Ю. Л. Нуллер. – К.: Сфера, 2008 – 128 с.

104. Лиманкин О. В. Роль общественных организаций – пользователей психиатрической помощи в повышении её качества / О. В. Лиманкин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – № 6. – С. 59–63.

105. Всемирная Психиатрическая Ассоциация. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) . – Т.1. Общая часть: Основные аспекты депрессии / S. Douki, L. Gask, D. Goldberg et al. / пер. под ред. проф. В. Н. Краснова. – М.: Моск.НИИ психиатрии, 2010. – 119 с.

106. Озерова Н. И. Риск заболеваемости психозами шизофренического спектра в потомстве больных матерей и отцов (сравнительное эпидемиологическое исследование) / Н. И. Озерова, В. М. Гиндилис, Ю. И. Либерман и др. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1983. – № 1. – С.108–113.

107. Петрова Н. Н. Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии / Н. Н. Петрова // Нефрология и диализ. – 2002. – Т. 4, № 1. – С. 9–14.

108. Петрова Н. Н. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы / Н. Н. Петрова, А. Э. Кутузова, А. О. Недошивин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2004. – № 2. – С. 15–17.

109. Петрова Н. Н. Особенности психосоциальной адаптации и когнитивный стиль больных шизофренией / Н. Н. Петрова, В. Ю. Задвинский // Вестник Санкт-Петербургского Университета. – 2007. – Вып. 3. – С. 56–63.

110. Петрова Н. Н. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно–психическими и соматическими расстройствами / Н. Н. Петрова, А. Ю. Дмитриев, С. Ф. Случевская // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1998. – № 2. – С. 60–62.

111. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496 с.

112. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство: коллективная монография / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера – М.: ИД «Медпрактика», 2015. – 420с.
113. Семенова Н. Д. Психообразование: проблемы и направления исследований. / Н. Д. Семенова, А. Ю. Кузьменко, Г. П. Костюк // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2016 – № 4 – С. 3–11.
114. Семке А. В. Биологические и клиничко-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) / А. В. Семке, Т. П. Ветлугина, Л. Д. Рахмазова и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С.8–26.
115. Семке В. Я. Личность пациентов с невротическими расстройствами в пространстве концепции клинической персонологии / В. Я. Семке, И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 3. – С. 9–12.
116. Семке А. В. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофрении: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Семке Аркадий Валентинович; ТНЦ ПЗ СО РАМН – Томск, 1995. – 39 с.
117. Смулевич. А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смулевич. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009 – 256 с.
118. Снежневский А. В. Об особенностях течения шизофрении / А.В. Снежневский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1960. – Т. 60, вып. 9. – С. 1163–1675.
119. Снежневский А. В. Шизофрения (Цикл лекций 1964 г.) / А. В. Снежневский. – М.: МЕДпресс-информб 2009. – 160 с.
120. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству / Всемирная организация здравоохранения ; сост.: М. Freeman, S. Pathare и др. – Женева, 2005. – 199 с.

121. Тараканова Е. А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Тараканова Елена Александровна; Волгогр. гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2011. – 48 с.
122. Точилор В. А. О симптоматике приступов атипичного аффективного психоза / В. А. Точилор // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 4. – С. 55–69.
123. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
124. Харчук Е. В. Отношение к болезни у пациентов с сочетанием параноидной шизофрении и гипертонической болезни [Электронный ресурс] / Е. В. Харчук // Укр. мед. часопис (Киев). – 2013. Т. V/VI, № 3 (95). – Режим доступа: <http://www.umj.com.ua/article/59300/otnoshenie-k-bolezni-u-pacientov-s-sochetaniem-paranoidnoj-shizofrenii-i-gipertonicheskoy-bolezni>
125. Холмогорова А. Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития / А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2006. – № 2. – С. 67–68.
126. Циркин С. Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 5–8.
127. Шмуклер А. Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5) / А. Б. Циркин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – №5. – С. 43–51.
128. Щербакова И. В. Особенности врожденного и приобретенного иммунитета при высоком риске возникновения шизофрении и в процессе ее развития (клинико-иммунологические аспекты): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Щербакова Ирина Валентиновна; НЦПЗ РАМН. – М., 2006. – 36 с.
129. Чехонин В. П. Генетическая диагностика психических заболеваний / В. П. Чехонин, В. П. Баклаушев, Ю. А. Жирков. // Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнамова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С 281–289.

130. Ястребов В. С. Экономическая оценка последствий психических заболеваний: методические рекомендации для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения / В. С. Ястребов и др. – М.: МАКС Пресс, 2009. – 32 с.
131. Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации / под общ. ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Б. Белоусова. – М.: Изд-во Российского общества клинических исследований, 2005. – 156 с.
132. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. – DSM-Library, 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<http://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890425596.changes>
133. American Psychiatric Association. DSM-5 Coding Update, Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fifth Edition. – Arlington, VA, 2014. – 22 p.
134. Atkinson M. J. Quality of life measurement among persons with chronic mental illness: A critique of measures and methods / M. J. Atkinson, S. Zibin. – Ottawa, Ontario: Publications Health Canada Minister of Supply and Services, 1996.
135. Bellack A. S. Analysis of Social Competence in Schizophrenia / A. S. Bellack, R. L. Morrison, G.T. Wixted // Brit. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 156. – P. 809–818.
136. 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.
137. Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry. – Second Edition / M. Ebert, P. Loosen, B. Nurcombe, J. Leckman. – New York: McGraw-Hill Ed., 2008. – 832 p.
138. Caspi A. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene / A. Caspi, K. Sugden, T. E. Moffitt et al. // Science. – 2003. – Vol. 18, № 301. – P. 386–395.

139. 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.
140. Ellis A. *Rational-Emotive Therapie / Current psychotherapies* (ed. Corsini R.J.) - 1989.- Itasca, III: Peacock. – P. 197-238
141. 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.
142. Engel G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G. L. Engel // *Science, New Series*, 1977. – Vol. 196, – No. 4286. (Apr. 8.), – P. 129–136.
143. Gottesman I.I. Clinical genetic as a clue to the « real» genetic of schizophrenia (a decade of modest gains while playing for time / I.I. Gottesman, P. McGuffin, A. E. Farmer // *Schizophr. Bull.* – 1987. – Vol. 13 (1). – P. 23–47.
144. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry* 2011 10:2.
145. Gmür M. *Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung.* – Stuttgart: Verlag F.Enke. – 1986. - 202 S. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/10/1/2>.
146. 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.
147. Hudson J. I. Family study of affective spectrum disorder / J. I. Hudson, B. Mangweth, H. G. Pope et al. // *Arch. Gen. Psychiat.* – 2003. – Vol. 60 (2). – P. 170–177.
148. Jones S. R. A new look at the neural diathesis – stress model of schizophrenia: the primacy of social-evaluative and uncontrollable situations / S. R. Jones, C. Fernyhough // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 33 (5). –P. 1171–1178.

149. Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophr. Bull.* – 1987. – Vol. 13 (2). – P. 261–276.
150. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders / ed. by R. C. Kessler, T. B. Ustun. – New York: Cambridge University Press, 2008. – 600 p
151. Kessler R. C. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys / R. C. Kessler, S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso et al. // *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* – 2009. – Vol. 18 (1). – P. 23–33.
152. Kreisman D.E., Joy V.D. Family Response to the Mental Illness of a Relative: A Review of the Literature// *Schizophr. Bull.* – 1974. – Vol. 10. – P.34–57.
153. Kuyken W. Quality of life assessment across cultures / W. Kuyken, J. Orley, P. Hudelson, N. Sartorius // *Int. J. Ment. Health.* – 1994. – Vol. 23 (2). – P. 5–27.
154. Lazarus R. S. Coping and Adaptation / R. S. Lazarus, S. Folkman // *The Handbook of Behavioural Medicine* / ed. by W. D. Gentry. – New York: Guilford, 1984. – P. 282–325.
155. Liberman R.P., Kopelowicz A., Venture J., Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia// *Int. Rev. Psychiatr.* - 2002. – Vol. 14. – P. 256-272
156. Lieberman J.A., Scott T., Stroup T., et al. CATIE// *The New England Journal of Medicine*/ - 2005. - Vol. 353. - №12. - P. 1209-1223.
157. Mezzich J. E. Validation of an efficient quality of life index / J. E. Mezzich, N. Cohen, J. Liu et al. // *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry.* – Hamburg, 1999. – P. 427–428.
158. Murphy L. B. The widening world of childhood / L. B. Murphy. – New York: Basic Books, 1962.

159. Nicholson I. R. A dynamic vulnerability perspective on stress and schizophrenia / I. R. Nicholson, R.W. J. Neufeld // *Am. J. Orthopsych.* – 1992. – Vol. 62 (1). – P.117–130.
160. Os J. van, Kahn R. Remission criteria in schizophrenia // *Dutch J. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 49, N 1. – P. 21–26.
161. Overall J.E., Gorham D.R. Brief psychiatric rating scale// *Psychological Review,* - 1962. – Vol. 10. – P.799-812
162. *Oxford Handbook of Psychiatry.* – Second Edition / ed. by D. Semple, R. Smyth. – New York: Oxford University Press, 2010. – 977 p.
163. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 607–617.
164. Pfingstein U. Training sozialer Kompetenz // *Lehrbuch der Verhaltenstherapie / Springer-Verlag, Berlin- Heidelberg-New York.* - 2003. – Band I. – P. 474-483.
165. Saugstad L.F. Social class, marriage, and fertility in schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin* – 1989. – Vol. 15. - № 1. – P. 9-43.
166. Strauss J. S. The prediction of outcome in schizophrenia: characteristics of outcome / J. S. Strauss, W. T. Carpenter // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1972. – Vol. 27. – P. 739–743.
167. Thoits P.A. Support as coping assistance // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1986. – Vol. 54. – P. 416-423.
168. World population prospects: the 2012 revision. <https://www.cia.gov/> // <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/>
169. World Health Organization. Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring Quality of Life. The World Health Organization Quality of Life Instruments (The WHOQOL–100 and the WHOQOL–BREF). – Geneva: WHO, 1997. – 13 p.
170. Wunderlich U. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam Eine Metaanalyse / U. Wunderlich, G. Wiedemann, G. Buchkremer // *Verhaltenstherapie.* – 1996. – Vol. 6. – P. 4–13.

171. Zubin J. Vulnerability – a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // J. Abnorm. Psychol. – 1977. – Vol. 86. – P. 103–126.

Основные сокращения.

КН — классические нейролептики

АН — атипичные нейролептики

ТЦА — трициклические антидепрессанты

НТ — нормотимики

тр. — транквилизаторы

СИОЗС(Н) - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
(норадреналина)

Ш. - шизофрения

БАР — биполярное аффективное расстройство

ШАР — шизоаффективное расстройство

МРТ — магнитно-резонансная томография

ТПП – тип приспособительного поведения

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ПТ - психотерапия

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Индивидуальная регистрационная карта пациента

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ			
ФИО Ефанов Максим Александрович		Возраст	МКБ 10
№ Истории Болезни/год			
Дата госпитализации		Дата выписки	
Дата заполнения			
Пол (0-женский, 1-мужской)		Длительность заболевания (годы)/обострения (мес)	
КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
1. Психопатологические расстройства (признак отсутствует -0; признак присутствует - 1)			
1	Позитивные расстройства	Г (гос.)	В(вып.)
1.1.1	Невротические (неврозоподобные) расстройства		
1.1.2	Психопатические (психопатоподобные) расстройства		
1.1.3	Паранойяльные расстройства		
1.1.4	Бредовые расстройства		
1.1.5	Расстройства ощущений (сенестопатии)		
1.1.6	Расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации)		
1.1.7	Явления психического автоматизма		
1.1.8	Формальные расстройства мышления (включая синдром метафизической интоксикации)		
1.1.9	Расстройства памяти (дисмнезии, конфабуляции)		
1.1.10	Кататонические расстройства		
1.1.11	Расстройства сознания,		
1.1.12	Судорожные явления		
1.2	Аффективные расстройства		
1.2.1	Маниакальный аффект		
1.2.2	Депрессивный аффект		
1.2.3	Смешанный аффект		
1.2.4	Тревожные расстройства (включая соматоформные)		
1.3	Когнитивные расстройства		
1.3.1	Расстройства внимания		
1.3.2	Расстройства памяти		
1.3.3	Расстройства исполнительских функций		
1.4	Негативные расстройства		
1.4.1	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.		
1.4.2	Особенности дефекта: 1 — астенический; 2 — дистонический; 3 — атонический; 4 - органоидный.		

	Тип течения заболевания: 0 — транзиторный; 1 — циркулярный; 2 — рекуррентный; 3 — приступообразно-прогредиентный; 4 — непрерывный; 5 - первый эпизод, когда ещё нельзя определить тип течения		
	Прогрессиентность заболевания: 0 — нет; 1 — слабая; 2 — умеренная; 3 — выраженная; 4 — злокачественная; 5 — начало заболевания, когда степень прогрессиентности ещё невозможно определить		
	Острота состояния: 0 - отсутствие психопатологических нарушений; 1 - резидуальные явления; 2 - хронические проявления; 3 - обострение амбулаторного уровня; 4 - подострое состояние; 5 - острое состояние.		
	Результирующая характеристика клинко-биологической адаптации — клинический диагноз (МКБ-10):		
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
1	Механизмы психологической адаптации		
1.1	Копинг-механизмы (в процентах)		
1.1.1	<i>Конфронтативный</i>		
1.1.2	<i>Дистанцирование</i>		
1.1.3	<i>Самоконтроль</i>		
1.1.4	<i>Поиск социальной поддержки</i>		
1.1.5	<i>Принятие ответственности</i>		
1.1.6	<i>Бегство — избегание</i>		
1.1.7	<i>Планирование</i>		
1.1.8	<i>Положительная переоценка</i>		
1.1.9	Наличие среди ведущих копинг-механизмов непродуктивных (0; 1)		
1.1.9.1	Конфронтативный		
1.1.9.2	Дистанцирование		
1.1.9.3	Бегство — избегание		
1.1.10	Невостребованность продуктивных копингов (0; 1):		
1.1.10.1	Планирование		
1.2	Механизмы психологической защиты (ПЗ) — в процентах		
1.2.1	<i>Отрицание</i>		
1.2.2	<i>Вытеснение</i>		
1.2.3	<i>Регрессия</i>		
1.2.4	<i>Компенсация</i>		
1.2.5	<i>Проекция</i>		
1.2.6	<i>Замещение</i>		
1.2.7	<i>Интеллектуализация</i>		
2.2.8	<i>Реактивные образования</i>		
1.2.9	<i>Общая напряжённость</i>		
1.2.10	Наличие среди ведущих незрелых ЗМ (0; 1):		
1.2.10.1	Отрицание		

1.2.10.2	Вытеснение		
1.2.10.3	Регрессия		
1.2.10.4	Проекция		
1.2.11	Выраженность ЗМ до 70% включительно (0), более 70% (1):		
1.2.11.1	Отрицание		
1.2.11.2	Вытеснение		
1.2.11.3	Регрессия		
1.2.11.4	Компенсация		
1.2.11.5	Проекция		
1.2.11.6	Замещение		
1.2.11.7	Интеллектуализация		
1.2.11.8	Реактивные образования		
2.2.12	Общая напряжённость защит до 60% включительно (0), более 60% - (1)		
1.3	Типы отношения к болезни (ТОБОЛ)		
1.3.1	Типы отношения к болезни первого блока, не влияющие на дезадаптацию (в баллах)		
1.3.1.1	<i>Гармонический</i>		
1.3.1.2	<i>Эргопатический</i>		
1.3.1.3	<i>Анозогнозический</i>		
1.3.2	Ведущие типы отношения к болезни во втором блоке:		
		Стандартные баллы	
		Г	В
1.3.2.1	Тревожный (Т)		
1.3.2.2	Ипохондрический (И)		
1.3.2.3	Неврастенический (Н)		
1.3.2.4	Меланхолический (М)		
1.3.2.5	Апатический (А)		
1.3.3	Ведущие типы отношения к болезни в третьем блоке		
1.3.3.1	Сенситивный (С)		
1.3.3.2	Эгоцентрический (Э)		
1.3.3.3	Паранойальный (П)		
1.3.3.4	Дисфорический (Д)		
	Психологические внутриличностные конфликты (0; 1)		
2.2	Наличие конфликтов в системе копинг-механизмов и механизмов психологической защиты (0;1)		
1.2.1	Наличие дискордантности копинг-механизмов:		
2.2.1.1	Планирование — Бегство-избегание		
2.2.1.2	Поиск социальной поддержки — Конфронтация		
2.2.1.3	Конфронтация — Поиск социальной поддержки		
2.2.1.4	Поиск социальной поддержки — Дистанцирование		
2.2.1.5	Принятие ответственности — Бегство — избегание		

Наличие дискордантности в сочетании доминирующих защитных механизмов и копингов (0; 1)			
Доминирующие психологические защиты		Превалирующие копинг-стратегии	
2.2.2.1	Проекция	поиск социальной поддержки	
2.2.2.2	Интеллектуализация	бегство-избегание, принятие ответственности	
2.2.2.3	Замещение	самоконтроль, положительная переоценка	
2.2.2.4	Отрицание	самоконтроль, положительная переоценка	
2.2.2.5	Вытеснение	принятие ответственности, положительная переоценка	
2.2.2.6	Регрессия	принятие ответственности, самоконтроль	

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 1 до 3 лет, 3- меньше 1 года, 4- отсутст.		
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		

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

1 ТИП ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ			
1.1 Конструктивный тип:			
1.1.1	Социальный вариант		
1.1.2	Гиперсоциальный вариант		
1.2 Регрессивный тип:			
1.2.1	Защитно-ограждающий вариант		
1.2.2	Искаженно-деятельный вариант		
1.2.3	Пассивный, рентный, зависимый вариант		
1.3 Морбидный тип			
2 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ			
2.1	Глобальное качество жизни (GJizG-)		
2.1.1	Глобальное качество процесса СамоСохранения (GSoxG-)		
2.1.2	Глобальное качество процесса СамоРазвития (GRazG-)		
2.2	Тотальное (психотикозависимое) качество жизни (kJizS-)		
2.2.1	Тотальное качество ценностного процесса СамоСохранения (kSoxS-)		
2.2.2	Тотальное качество ценностного процесса СамоРазвития (kRazS-)		
2.2.3	Качество индивидуального сектора (kIndS-)		
2.2.4	Качество микросоциального сектора (kMikS-)		

2.2.5	Качество макросоциального сектора (kMakS-)		
2.2.6	Качество сферы СамоОбеспечения (kObeS-)		
2.2.7	Качество сферы СамоАфiliation (kAfiS-)		
2.2.8	Качество сферы СамоИнтеграция (kIntS-)		
2.2.9	Качество сферы СамоОпределение (kOprS-)		
2.2.10	Качество сферы СамоУтверждение (kYtvS-)		
2.2.11	Качество сферы СамоРеализация (kReaS-)		
3	УРОВЕНЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СФЕРАХ (0-4)		
3.1.1	Профессиональная		
3.1.2	Межличностные взаимоотношения		
3.1.3	Супружеские отношения		
3.1.4	Воспитание детей		
3.1.5	Родительская семья		
3.1.6	Организация быта повседневной жизни		
3.1.7	Сексуальные отношения		

-Конструктивный тип приспособительного поведения характеризуется наличием у пациента установки на сознательную мобилизацию своих «жизненных ресурсов», наличием достаточной самостоятельности и преимущественного расчёта на собственные силы в преодолении повседневных трудностей. Характерной особенностью является установка на достижение социально одобряемых целей. Основные устремления этих больных соответствуют объективным требованиям жизни. Социальный вариант характеризует стремление к удержанию достигнутых социальных позиций. При этом пациенты, как правило, стремятся их развить, то есть стараются достичь более высоких результатов, что обычно проявляется в учебе, стремлении к овладению новыми профессиональными навыками, приобретению смежных специальностей, совершенствованию в качестве специалистов и т. д. Их поведение не выглядит чем-то чужеродным, надуманным, насильственным, как правило, соответствует общепринятым нормам и производит впечатление естественного процесса развития и совершенствования личности; в известной степени, его можно рассматривать как выражение своеобразной активной жизненной позиции. Это выражается, в частности, в содержательных взаимоотношениях с окружающими, продуктивных и взаимно полезных контактах. У данной категории больных хорошо развито чувство долга перед социальным окружением. В сложных (в том числе конфликтных) жизненных ситуациях они, как правило, принимают на себя ответственность за решение проблем. Больные с гиперсоциальным вариантом приспособительного поведения характеризуются односторонней гипербулией и ригидной одержимостью в достижении целей, склонностью к рационализации и педантизму. Стремление удержать завоеванные позиции или развить их осуществляется в форме однобоко повышенной социальной активности, резкой интенсификации деятельности (в том числе и за счет значительного напряжения сил). Такие действия, как правило, происходят в ущерб иным сторонам жизни больного и нередко вызывают разнообразные конфликты как с ближайшим окружением (семья, знакомые), так и в производственных (или учебных) коллективах. Эти пациенты производят впечатление фанатично настроенных, поражают окружающих своей ригидностью, полной приверженностью какой-либо идее, отсутствием в душевной жизни нормального многообразия жизненных красок, модулированной игры эмоций.

-Регрессивный тип характеризуется пассивной жизненной позицией, отступлением от достигнутых социальных успехов, отказом от борьбы за социально значимые цели, фиксацией ограниченного числа поведенческих стереотипов. В системе ценностей преобладают эгоцентрические интересы, ориентированные преимущественно на достижение физического и психологического комфорта. Защитно-ограждающий вариант позволяет больным добиться самостоятельной реализации ограниченных целей при условии сознательного уменьшения объема деятельности и общения. Для таких пациентов характерно «отступле-

ние к малой жизни», что ведёт к становлению консервативного уклада жизни с исполнением облегчённых обязанностей, непереносимостью малейших перемен и уклонением даже от незначительных трудностей, если они непривычны. Наблюдается своеобразная перестройка всей жизненной позиции, стиля жизни, отношений с окружающими. Искажённо-деятельный вариант характеризуется особым смещением 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. Пассивный (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 грубое противоречие с поведением и установками пациентов. Характерным является и полный уход от сложных жизненных ситуаций (своеобразный эскапизм, убежание, игнорирование): больной ждёт, что все трудности и конфликты будут разрешены окружающими.

-Морбидный тип приспособления характерен для больных, у которых актуальная психопатологическая симптоматика достигает такой выраженности, когда в основном она, а не особенности личности, определяет поведение.

Психометрические шкалы (биологический диагноз)

1) PANSS Шкала позитивных и негативных симптомов. Заполняется до и после проведения ПТ.

1- нарушение отсутствует; 2 — минимальное; 3 — нерезкое; 4 — умеренное; 5 - умеренно тяжёлое; 6 — тяжёлое; 7 - крайне тяжёлое.

Признак	оценка	признак	оценка	признак	оценка
P1. Бред		N4. Пассивная/апатическая социальная отгороженность		G7. Двигательная заторможенность	
P2. Дезорганизация мышления		N5. Затруднение абстрактного мышления		G8. Отказ от сотрудничества	
P3. Галлюцинаторное поведение		N6. Недостаток спонтанности и плавности в разговоре		G9. Мысли необычного содержания	
P4. Возбуждение		N7. Стереотипия мышления		G10. Дезориентированность	
P5. Идеи величия		G1. Соматическая озабоченность		G11. Ослабление внимания	
P6. Подозрительность/идеи преследования		G2. Тревога		G12. Снижение критики	
P7. Враждебность		G3. Чувство вины		G13. Расстройства побуждений	
N1Аффективное		G4. Напряжённость		G14. Слабость кон-	

уплощение				троля импульсивности	
N2. Эмоциональная отгороженность		G5. Манерность и вычурные позы		G15. Загруженность	
N3. Неконтактность		G6. Депрессия		G16. Активное уклонение от социального функционирования	

P — позитивная симптоматика; N — негативная симптоматика; G — общая психотичность.

2) CGI-S/I. Шкала общего клинического впечатления.

Заполняется до и после проведения ПТ. Состоит из 3 субшкал, отражающих оценку тяжести состояния, общую степень его улучшения по 7-балльной системе.

Оценка CGI до включения в группу	Баллы:
Оценка CGI после проведения ПТ	Баллы:
Улучшение по шкале CGI-I	Баллы:

Психологическая адаптация (психологический диагноз):

Для оценки особенностей психологической адаптации и эффективности психотерапевтического воздействия были использованы (заполняются до и после проведения ПТ):

а) методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС); после заполнения пациентом бланка опросника, полученные сырые данные анализировались, переводились в проценты и заносились в таблицу:

Эго защиты	Сырая оценка	Проценты
отрицание		
вытеснение		
регрессия		
компенсация		
проекция		
замещение		
интеллектуализация		
реактивные образования		

б) «Опросник о способах совладания» (The Ways of Coping Questionnaire — WCQ, 1988) Р. Лазаруса, С. Фолкман (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляева, 2004); после заполнения пациентом бланка опросника, полученные сырые данные анализировались, переводились в проценты и заносились в таблицу.

Копинг-стратегия	%
Конфронтативный	
Дистанцирование	
Самоконтроль	
Поиск социальной поддержки	
Принятие ответственности	
Бегство — избегание	
Планирование решения проблемы	
Положительная переоценка	

с) методика ТОБОЛ; после заполнения пациентом бланка опросника, полученные данные анализировались, баллы заносились в таблицу:

Типы отношения к болезни	баллы
Гармонический	
Эргопатический	
Анозогностический	
Тревожный	
Ипохондрический	
Неврастенический	
Меланхолический	
Апатический	
Сенситивный	
Эгоцентрический	
Паранойяльный	
Дисфорический	

Социальная адаптация (социальный диагноз):

1) Уровень социальной адаптации (УСА) (Е.Д. Красик, Г.В. Логвинович, 1991) оценивался с выделением следующих вариантов:

1. оптимально-компенсированный	
2. компенсированный однонаправленный	
3. парциально-компенсированный	
4. условно-компенсированный	
5. условно-декомпенсированный	
6. парциально-декомпенсированный	
7. декомпенсированный госпитальный	

2) Шкала GAF (**Global Assessment of Functioning Scale**)

Клиническая оценочная шкала, предназначенная для оценки социального функционирования по шкале от 0 до 100 баллов.

_____ баллы

Методики исследования.

1. КЖ2Ф

Анкета шкалы КЖ2Ф

Ваше Качество Жизни

ФИО _____

Дата заполнения →	День	Месяц	Год

Оцените, пожалуйста, Вашу жизнь **за последние 2 недели** по каждому критерию, обводя кружком выбранную оценку. Просим Вас как можно реже использовать нейтральные ответы «3» или «4».

Если Вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть Ваша первая реакция на вопрос.

24 F Насколько сильно Вас беспокоит усталость?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	Средне	относительно сильно	предельно сильно

81 S Как много напряжения требует от Вас самоконтроль?

1	2	3	4	5
совсем не требует	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

123 F Как Вы оцените свою способность работать?

1	2	3	4	5
очень низкая	в основном, низкая	средняя	в основном, высокая	очень высокая

21 S 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

34 S 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

42 S Насколько Вы удовлетворены тем, как складываются Ваши отношения и общение с окружающими людьми?

1	2	3	4	5
очень недоволен	в основном, неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном, удовлетворен	вполне удовлетворен

74 S Как много душевных сил Вам приходится затрачивать, чтобы примириться с несовершенством окружающей жизни?

1	2	3	4	5
совсем не затрачиваю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

92 S В какой мере Вы удовлетворены тем, как Ваш образ жизни влияет на Ваше психическое самочувствие и здоровье?

1	2	3	4	5
очень недоволен	в основном, неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном, удовлетворен	вполне удовлетворен

83 S 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

124 F Насколько Вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень недоволен	в основном, неудовлетворен	ни да, ни нет	в основном, удовлетворен	вполне удовлетворен

35 S 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

45 S Насколько сильно неудовлетворительное общение с людьми ухудшает Вашу жизнь?

	1 совсем нет	2 слабо относительно	3 средне	4 относи- тельно сильно	5 предельно сильно
75	S В какой мере несовершенство, уродливость и дисгармоничность окружающей действительности <u>ухудшают</u> качество Вашей жизни?				
	1 совсем нет	2 слабо относительно	3 средне	4 относи- тельно сильно	5 предельно сильно
93	S В какой степени Ваши <u>действия во вред</u> своему психическому здоровью <u>ухудшают</u> и Вашу жизнь в целом?				
	1 совсем нет	2 слабо относительно	3 средне	4 относи- тельно сильно	5 предельно сильно
102	F Насколько Вам трудно выполнять повседневные дела?				
легко	1 предельно легко	2 относительно легко	3 средне	4 относи- тельно трудно	5 предельно трудно
22	S Насколько сильно Ваши неадекватные эмоциональные реакции ухудшают Вашу жизнь?				
	1 совсем нет	2 слабо относительно	3 средне	4 относи- тельно сильно	5 предельно сильно
23	F Насколько Вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?				
	1 очень не- удовлетворен	2 в основном, неудовлетв нет	3 ни да, ни нет	4 в основном, удовлетвор	5 вполне удо- влетворен
101	F В какой степени Вы способны справляться с повседневными делами?				
	1 совсем нет	2 нет в основном	3 когда как	4 да в основном	5 да, вполне

Далее блок вопросов несколько иной формы (7-балльные оценки)

Ваша жизнь (в последние две недели)

01	N юморная	Занудная
04	N удачная	Неудачная
05	N прекрасная	Безобразная
09	N уважительная	Издевательская
06	N Пустая	Полная
07	N красивая	Уродливая
11	N деятельная	Бездеятельная
14	N Унылая	Веселая
22	N Тупая	Остроумная
12	N приемлемая	Неприемлемая
15	N Правильная	Неправильная
21	N славная	Позорная
28	N бесцельная	Целеустремленная
32	N активная	Пассивная
36	N Скучная	Захватывающая
37	N Радостная	Печальная
	N бессмысленная	Осмысленная

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ О ЖИЗНИ В ЦЕЛОМ (в последние две недели)

G2	Насколько Вы удовлетворены <u>качеством</u> своей жизни?				
1 очень неудовле- творен	2 в основном, неудовлетв	3 ни да, ни нет	4 в основном, удовлетвор	5 вполне удо- влетворен	
G1	Как Вы оцениваете <u>качество</u> Вашей жизни?				
1 очень плохое	2 в основном, плохое	3 ни плохое, ни хорошее	4 в основном, хорошее	5 вполне хоро- шее	
G3	В целом, насколько Вы удовлетворены своей <u>жизнью</u> ?				
1 очень неудовле- творен	2 в основном, неудовлетв	3 ни да, ни нет	4 в основном, удовлетвор	5 вполне удо- влетворен	

02	Плохая								Хорошая
24	Неполноценная								Полноценная
45	Отталкивающая								Привлекательная

Структура основных показателей ПКЖ

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

2. Анкета ИЖС (индекс жизненного стиля).

Прочтите следующие утверждения. Эти утверждения описывают чувства, которые человек ОБЫЧНО испытывает, или действия, которые он ОБЫЧНО совершает. Если утверждение Вам не соответствует, поставьте знак «X» в разделе, обозначенном «Нет». Если утверждение Вам соответствует, поставьте «X» в разделе «Да», в месте, обозначенном круглыми скобками.

1. Я очень лёгкий человек, и со мной легко ужиться.
2. Когда я хочу чего-нибудь, я никак не могу дождаться, когда это получу.
3. Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди не считают меня эмоциональным человеком.
5. Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
6. Я редко помню свои сны.
7. Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.
8. Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.
9. Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.
10. В мечтах я всегда в центре внимания.
11. Я человек, который никогда не плачет.
12. Необходимость пользоваться общественным туалетом, заставляет меня со-
вершать над собой усилие.
13. Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора.
14. Меня легко вывести из себя.
15. Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в
ответ.
16. Многое во мне людей восхищает.
17. Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать что-нибудь до конца, чем при-
ходить в ярость.
18. Я много болею.
19. У меня плохая память на лица.
20. Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.
21. Когда я слышу сальности, я очень смущаюсь.
22. Я всегда вижу светлую сторону вещей.
23. Я ненавижу злобных людей.
24. Мне трудно избавиться от чего-либо, что принадлежит мне.
25. Я с трудом запоминаю имена.
26. У меня склонность к излишней импульсивности.
27. Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня от-
вращение.
28. Я свободен от предрассудков.
29. Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной при-
влекательности.
30. Когда я собираюсь в поездку, я планирую каждую деталь заранее.
31. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.

32. Порнография отвратительна.
33. Когда я чем-нибудь расстроен, я много ем.
34. Люди мне никогда не надоедают.
35. Многое из своего детства я не могу вспомнить.
36. Когда я собираюсь в отпуск, я обычно беру с собой работу.
37. В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
38. В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-нибудь осклизлому, скользкому вызывает у меня отвращение.
40. Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю это ему, а стремлюсь выразить свое недовольство кому-нибудь другому.
41. Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.
42. Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
43. Я никогда не волнуюсь, когда читаю или слышу о какой-либо трагедии.
44. В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
45. Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
46. Беспорядочность отвратительна.
47. Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
48. Иногда, когда у меня что-нибудь не получается, я злюсь.
49. Когда я вижу кого-нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.
50. У меня портится настроение, и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимание.
51. Люди говорят мне, что я всему верю.
52. Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.
53. Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
54. Мне кажется, я много спорю с людьми.
55. Меня отталкивает от людей то, что они неискренни.
56. Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
57. Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
58. Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.
59. Мне кажется, что я не могу выражать свои эмоции.
60. Когда кто-нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
61. То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.
62. Я очень редко испытываю чувства привязанности.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я многое коллекционирую.
65. Я работаю более упорно, чем большинство людей, для того, чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.
66. Звуки детского плача не беспокоят меня.
67. Я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.

68. Я всегда оптимистичен.
69. Я много лгу.
70. Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71. В основном люди несносны.
72. Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73. Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74. Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я не понимаю некоторых своих поступков.
76. Я Через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77. Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем большинство людей думают.
78. Когда у меня неудача, я не могу сдержать плохого настроения.
79. То, как люди одеваются сейчас на пляже — неприлично.
80. Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81. Я всегда планирую наихудшее, с тем, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83. Как-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84. Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.
85. Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86. Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87. Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Мне кажется, что я не могу закончить ничего из того, что начал.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90. В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91. Я много кричу на людей.
92. Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93. Когда я расстроен, я часто напиваюсь.
94. Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95. Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю более чем обычно.
96. Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того, чтобы добиться успеха.
97. Я говорю много неприличных слов.

3. Текст опросника ТОБОЛ

1. Самочувствие

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

2. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

3. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня — самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4

Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

4. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2
У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

5. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10

Я здоров, и болезни меня не беспокоят 11

Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16

6. Отношение к лечению

Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

7. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5

Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может	
повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

8. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13

9. Отношение к работе (учебе)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2

Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4
Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему	
здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили	
о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), не смотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

10. Отношение к окружающим

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

11. Отношение к одиночеству

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3
В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

12. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ Пол _____ М _____ Ж _____
(ненужное зачеркнуть)

В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

	Темы	Номера выбранных утверждений
	Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
I	Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
II	Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
V	Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
	Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
I	Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
II	Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
III	Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
X	Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
	Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
I	Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
II	Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

4. Уровень социальной адаптации (Е.Д. Красик, Г.В. Логвинович, 1991)

Снижение уровня адаптации рассматривается относительно преморбидного уровня. В зависимости от степени восстановления после перенесённого приступа выделяется три уровня адаптации:

1. Высокий

1.1. оптимально-компенсированный

1.2. компенсированный однонаправленный

2. Средний

2.1. парциально-компенсированный

2.2. условно-компенсированный

3. Низкий

3.1. условно-декомпенсированный

3.2. парциально-декомпенсированный

3.3. декомпенсированный госпитальный

1. Высокий уровень адаптации после перенесённого приступа регистрируется в тех случаях, если произошло практически полное восстановление всех видов социальных функций и отношений. Оптимально компенсированный уровень характеризуется восстановлением или гармоническим развитием всех видов социальных функций и отношений, компенсированный однонаправленный - сохранением или продуктивным развитием функций и отношений в трудовой и микросоциальной сферах, но с односторонним утрированным развитием приспособительной деятельности в сфере удовлетворения собственных интересов и потребностей.

2. Средний уровень адаптации в виде парциально компенсированного уровня характеризуется восстановлением социальных функций и отношений в несколько сниженной степени в обычных условиях, иная динамика социальных функций по сравнению с преморбидным периодом отсутствует. Для условно компенсированного уровня характерно восстановление трудовых и микросоциальных функций и отношений на сниженном или близком к преморбидному уровню в индивидуально созданных условиях при отсутствии иной динамики социальных функций в сравнении с преморбидом.

3. Низкий уровень адаптации наблюдается в виде условно декомпенсированного, парциально декомпенсированного и декомпенсированного госпитального уровней. Для условно декомпенсированного уровня социальной адаптации характерен клинически необоснованный отказ от преморбидных социально-трудовых и семейных функций и отношений при объективной возможности их сохранения в индивидуально созданных условиях, одностороннее утрированное

развитие приспособительной деятельности в плане удовлетворения собственных потребностей. Парциально декомпенсированный уровень характеризуется стойким снижением всех видов функций и отношений в обычных условиях, возможным сохранением на сниженном уровне семейно-микросоциальных отношений в индивидуально созданных условиях; сохранением навыков самообслуживания. Декомпенсированный госпитальный уровень социального функционирования характеризуется утратой социально-трудовых и семейно-микросоциальных функций и отношений, стойким снижением или утратой навыков самообслуживания.

Уровень социальной адаптации (УСА) оценивается с выделением следующих вариантов:

1. оптимально-компенсированный	
2. компенсированный однонаправленный	
3. парциально-компенсированный	
4. условно-компенсированный	
5. условно-декомпенсированный	
6. парциально-декомпенсированный	
7. декомпенсированный госпитальный	

5. ШКАЛА ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СФЕРАХ

- 0** — недостаточности функционирования в данной сфере нет
1 — легкая недостаточность функционирования в данной сфере
2 — умеренно выраженная недостаточность функционирования в данной сфере
3 — значительно выраженная недостаточность функционирования в данной сфере
4 - полная (глобальная) несостоятельность функционирования в данной сфере

№	Социальная сфера	Оценка	Описание
1	Профессиональная		Работает или учится, полностью выполняя профессиональные или учебные обязанности. Возможны вечерние или заочные формы обучения при устойчивой трудовой деятельности.

			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 напряжённых условиях труда (высокий темп, ограниченное время, удлинение рабочего дня, конфликтные ситуации и т. п.). Возможна частая смена мест работы при достаточно высокой эффективности деятельности.
			Работает или учится, но: а) обнаруживает стойко сниженную продуктивность, не соответствующую формальной квалификации или б) требует облегчённого щадящего режима (по индивидуальному графику, надомником и т. п.). Возможны: а) вечерние и заочные формы обучения без адекватной трудовой нагрузки, б) частая смена мест работы при низкой эффективности деятельности.
			Работает или учится в адаптированных учреждениях (ЛТМ, спец. ПТУ и т. п.).
			Не работает и не учится.

2	Межличностные отношения (вне-семейные)		Отношения характеризуются достаточной содержательностью и продуктивностью контактов. Имеются глубокие дружеские связи, контакт со сверстниками нормальный.
			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.
			Контакты в основном формальные и поверхностные, с элементами хаотичности. Круг знакомств узок.
			Круг знакомств характеризуется преимущественно асоциальными контактами.
			Избегание всех видов контактов. Отсутствие контактов, уклонение от всех видов общения, самоизоляция.
3	Супружеские отношения (исключая сексуальные)		Устойчивые супружеские отношения, продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижение семейных целей).
			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).
			Неустойчивые супружеские отношения (наличие серьёзных размолвок) при краевом участии в жизни семьи (непостоянный вклад в достижение се-

			мейных целей, отказ от решения важных для семьи вопросов или от выполнения важных функций).
			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).
			Отсутствие семьи в зрелом возрасте. Включена ситуация развода и отсутствия новой семьи (в том числе фактической).
4	Воспитание детей (при их наличии)		Выполняет основную работу по воспитанию детей или существенно помогает супругу, активно участвуя в нём.
			Проявляет определенную заботу о детях, оказывает материальную помощь в их воспитании.
			Ограничивается формальной заботой о детях (включая материальную помощь).
			Ограничивается материальной помощью при фактическом отсутствии общения с детьми.
			В судьбе детей не участвует и не оказывает материальной помощи.

5	Родительская семья (при ее наличии)		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.).
			Продуктивное участие в жизни семьи (постоянный вклад в достижении семейных целей) при формальном отношении к выполнению обязанностей.
			Ограниченное, «краевое» участие в жизни семьи при формальном выполнении обязанностей.
			Деструктивное участие в жизни семьи.
			Полное неучастие, самоустранение от жизни семьи.

6	Организация быта повседневной жизни		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.
			Постоянные сложные бытовые функции в семье при отсутствии инициативы. Живя в одиночестве, хозяйствует с трудом, что приводит к общему снижению бытового комфорта.
			В семье выполняет лишь конкретные бытовые поручения (сходить в магазин, помочь в уборке и т. п.). Не соразмеряет семейные расходы с удовлетворением собственных потребностей, нерационально расходует деньги. Живя в одиночестве, выполняет хозяйственные задачи лишь отчасти и зачастую плохо, не умеет правильно планировать и укладывать в бюджет.
			В семье формально выполняет мелкие поручения при фактическом существовании в быту за счет других членов семьи (не участвуя и даже не стараясь участвовать в её материальном обеспечении). Живя в одиночестве, в организации быта небрежен, хаотичен, непоследователен, постоянно «неустроен», экономически несостоятелен.
			Способен только к элементарному самообслуживанию или полностью обслуживается другими членами семьи. Жить один не может.

7	Сексуальные отношения у лиц старше 18 лет (в том числе и в		Постоянные сексуальные контакты при отсутствии проблем во взаимопонимании.
			Непостоянные и/или случайные сексуальные контакты при отсутствии проблем в отношениях с партнерами.
			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

	семье)	лицами другого пола.
		Непостоянные и/или случайные связи при затруднении общения с возможными партнерами.
		Отсутствие связей, «сексуальный тупик».

6. Шкала GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

Клиническая оценочная шкала, предназначенная для оценки социального функционирования по шкале от 0 до 100 баллов.

<p>Коды 100-91 — симптомы отсутствуют; превосходное функционирование в широком диапазоне сфер; жизненные проблемы не выходят из-под контроля; другие люди ищут общения с индивидом из-за его душевной теплоты и цельности натуры.</p>
<p>Коды: 90 — 81 — отсутствие каких-либо симптомов или минимальная их выраженность (например, лёгкая 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).</p>
<p>Коды: 80 — 71 — имеющиеся симптомы кратковременны и являются реакцией на какой-либо психосоциальный стресс (например, после семейной ссоры трудно сосредоточить на чём-то своё внимание); незначительное ухудшение в профессиональной и социальной деятельности;</p>
<p>Коды: 70 — 61 — симптомы относятся к лёгким нарушениям (например, депрессивное настроение или лёгкая бессонница), которые вызывают некоторые трудности в социальной, профессиональной деятельности или школе (например, случайные прогулы или кража в доме), но в целом деятельность успешна, межличностные отношения сохранены.</p>
<p>Коды: 60 — 51 — имеются умеренные психические нарушения (например, уплощение аффекта, обстоятельная речь или случайные приступы паники) или умеренные трудности в социальной, профессиональной деятельности или школьном обучении (например, мало друзей, конфликты с сотрудниками).</p>
<p>Коды: 50 — 41 — имеются выраженные психические симптомы (например, суицидальные мысли, выраженные ритуалы, связанные с навязчивостью); частые кражи в магазине или любые серьёзные нарушения в социальной и профессиональной деятельности или в школьной жизни (например, отсутствие друзей, неспособность удерживаться на работе).</p>
<p>Коды: 40 — 31 — наблюдаются нарушения оценки действительности и межличностных отношений (например, речь временами бывает нелогичной, непонятной или не по существу) или же нарушения в нескольких областях (таких как работа, школа, семейные отношения), связанные с расстройствами суждения, мышления или настроения (например, депрессивный больной избегает друзей, не заботится о семье и не может работать; ребёнок часто бьёт младших детей, не слушается родителей, не успевает в школе).</p>
<p>Коды: 20 — 11 — состояние, представляющее опасность для самого себя или окружающих (например, суицидальные попытки без отчётливого 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).</p>
<p>Коды: 10 — 1 — состояние, представляющее серьёзную опасность для себя или окружающих (например, серьёзные суицидальные действия с отчётливым желанием умереть или постоянные драки, избиение близких); абсолютная неспособность соблюдать элементарные правила личной гигиены.</p>

7. ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ СИНДРОМОВ (PANSS)

(Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A., 1987)

Описание шкалы

Шкала позитивных синдромов (П)

П 1. Бред

Необоснованные, нереалистичные и идиосинкразические идеи. Выраженность оценивается по содержанию мыслей, высказанных в беседе, и их влиянию на социальные отношения и поведение больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению свойств.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: наличие одной или двух нечетких мало оформленных и неустойчивых бредовых идей, не нарушающих мышление, поведение и отношения больного с другими людьми.
4. Умеренная выраженность: калейдоскопическое чередование многих мало оформленных и неустойчивых бредовых идей или наличие нескольких четко оформленных идей, которые иногда отражаются на мышлении больного, его отношениях с другими людьми и поведении.
5. Сильная выраженность: наличие многочисленных, четко оформленных и устойчивых бредовых идей, которые периодически отражаются на его мышлении, социальных отношениях и поведении больного.
6. Очень сильная выраженность: наличие комплекса оформленных, нередко систематизированных, устойчивых бредовых идей, которые заметно нарушают процесс мышления, отношения больного с другими людьми и его поведение.
7. Крайняя степень выраженности: наличие устойчивого комплекса многочисленных или детально систематизированных бредовых идей, оказывающих существенное влияние на основные аспекты жизни больного, что приводит к неадекватным поступкам, представляющих в некоторых случаях опасность для больного и окружающих.

П 2. Расстройства мышления

Дезорганизация процесса мышления, характеризующаяся разорванностью целенаправленного потока мыслей, т.е. излишней детализацией (обстоятельностью), резонерством, соскальзываниями, аморфностью ассоциаций, непоследовательностью, паралогичностью или “закупоркой мыслей” (шперрунгами). Выраженность оценивается по состоянию познавательно-речевого процесса в беседе.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: мышление обстоятельное, резонерское, паралогичное или с соскальзываниями. Больной испытывает некоторое затруднение при попытке сосредоточиться на одной мысли, при проявлении врачом настойчивости могут появляться случайные ассоциации.

4. Умеренная выраженность: при простом кратковременном общении сохраняется способность сосредоточиваться на определенных мыслях, однако, при малейшем давлении или в более сложных ситуациях мышление становится более аморфным (расплывчатым) и лишенным целенаправленности.

5. Сильная выраженность: больной почти всегда испытывает трудности в организации целенаправленного потока мыслей, что проявляется в соскальзываниях, непоследовательности, расплывчатости мышления даже при отсутствии давления со стороны.

6. Очень сильная выраженность: мыслительная деятельность серьезно расстроена; практически постоянно отмечаются непоследовательность и разорванность мышления.

7. Крайняя степень выраженности: разорванность мышления достигает степени бессвязности. Имеет место выраженное разрыхление ассоциативных связей, приводящее к полной утрате способности к общению, вплоть до “словесной крошки” или мутизма.

П 3. Галлюцинации

Высказывания или поведение, указывающие на восприятие без соответствующего внешнего раздражителя. Патологическое восприятие может иметь место в слуховой, зрительной, обонятельной или соматической сферах. Выявленность оценивается по устным сообщениям или внешним проявлениям во время беседы, а также по сведениям, полученным от медицинского персонала или родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: одна или две редкие, но отчетливые галлюцинации или несколько смутных патологических восприятий, не сказывающихся на мышлении или поведении больного.

4. Умеренная выраженность: частые, но не постоянные галлюцинации, мышление и поведение больного нарушено незначительно.

5. Сильная выраженность: частые галлюцинации, затрагивающие иногда более одной чувственной сферы и заметно нарушающие мышление и/или поведение. Возможна бредовая интерпретация галлюцинаторных переживаний с соответствующим эмоциональным и вербальным сопровождением.

6. Очень сильная выраженность: практически непрерывные галлюцинации, существенно нарушающие мышление и поведение больного, расстройства восприятия переживаются как реально происходящие события с соответствующими эмоциональными и вербальными реакциями, резко затрудняющими адаптационные возможности больного.

7. Крайняя степень выраженности: личность больного практически полностью охвачена галлюцинациями, которые по сути определяют направления его мышления и поведение. Галлюцинации сопровождаются устойчивой бредовой интерпретацией, вербальными и поведенческими реакциями, что подразумевает в том числе и полное подчинение императивным галлюцинациям.

П 4. Возбуждение

Гиперактивность, проявляющаяся в усилении двигательной функции, повышенной чувствительности к внешним раздражителям, повышенным уровнем бодрствования (гипервигилитет), чрез-

мерно изменчивом настроении. Выраженность оценивается по характеру поведения во время беседы, а также по сведениям, полученным от медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: больной несколько возволнован, уровень бодрствования повышен, однако, четко выраженные эпизоды возбуждения или чрезмерной изменчивости настроения отсутствуют. Речь может быть ускорена.
4. Умеренная выраженность: во время беседы отмечаются явная возволнованность, повышенная раздражительность, ускорение речи и двигательной активности. Эпизодически могут наблюдаться вспышки сильного возбуждения.
5. Сильная выраженность: существенная гиперактивность или частые вспышки двигательного возбуждения. Больному затруднительно спокойно просидеть на одном месте больше нескольких минут.
6. Очень сильная выраженность: больной чрезвычайно возбужден на всем протяжении беседы, внимание рассеяно; могут нарушаться сон и прием пищи.
7. Крайняя степень выраженности: чрезвычайное возбуждение больного препятствует нормальному приему пищи, нарушает сон и взаимоотношение с другими людьми. Ускорение речи и усиление двигательного возбуждения могут приводить к речевой разорванности, спутанности и истощению.

П 5. Идеи величия

Повышенная самооценка и необоснованная убежденность в своем превосходстве, включая идеи обладания особыми способностями, богатством, знаниями, славой, властью или моральной правотой. Выраженность оценивается по содержанию мыслей, выявляемых в беседе с врачом, и их отражению в поведении больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: отмечаются некоторая экспансивность и хвастливость. Четко оформленные идеи величия не обнаруживаются.
4. Умеренная выраженность: больной отмечает свое превосходство над другими, держится с переоценкой; возможны мало оформленные бредовые идеи особого положения или способностей, которые, однако, не определяют поведения больного.
5. Сильная выраженность: четко оформленные идеи выдающихся способностей, власти или исключительного положения, которые оказывают влияние на отношение больного к другим людям, но не проявляются в его поведении.
6. Очень сильная выраженность: четко оформленные бредовые идеи превосходства сразу по нескольким параметрам (богатство, знания, слава и т.д.) проявляются не только в высказываниях, но и в отношениях с другими людьми, а также в некоторых действиях.

7. Крайняя степень выраженности: мышление, взаимоотношения с другими людьми и поведение практически полностью определяются множественными бредовыми идеями необычайных способностей, богатства, знаний, славы, власти и/или моральных достоинств, которые могут приобретать нелепое содержание.

П 6. Подозрительность, идеи преследования

Необоснованные или преувеличенные мысли преследования, проявляющиеся в чувстве настороженности, недоверии, подозрительной бдительности или более отчетливом убеждении во враждебном отношении окружающих. Выраженность оценивается по содержанию высказанных во время беседы мыслей и их влиянию на поведение больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: больной проявляет настороженность или даже открытое недоверие, но нарушения мыслительной деятельности, поведения и отношений с другими людьми практически отсутствуют.
4. Умеренная выраженность: недоверие настолько заметно, что затрудняет беседу с врачом и отражается на поведении больного, тем не менее бред преследования отсутствует. С другой стороны, у части больных могут наблюдаться мало оформленные бредовые идеи преследования, не влияющие на социальные взаимоотношения.
5. Сильная выраженность: недоверие настолько сильно, что приводит к разрыву отношений с другими людьми. Могут наблюдаться оформленные бредовые идеи преследования, мало изменяющие характер отношений с людьми или поведение больного.
6. Очень сильная выраженность: оформленный бред преследования, имеющий тенденцию к расширению, систематизации и оказывающий существенное влияние на отношения больного с другими людьми.
7. Крайняя степень выраженности: комплекс систематизированных бредовых идей преследования, практически полностью определяющий образ мыслей, социальные отношения и поведение больного.

П 7. Враждебность

Вербальные или иные проявления гнева и неприязненного отношения, в том числе сарказмы, пассивно-агрессивное поведение, угрозы и открытое нападение. Выраженность оценивается по поведению во время беседы и по сведениям, полученным от медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: непрямые или скрытые проявления гневливости, например, сарказм, неуважение, враждебные высказывания, эпизоды раздражительности.
4. Умеренная выраженность: открытая враждебная настроенность, быстрая раздражительность и прямые проявления гнева и негодования.

5. Сильная выраженность: больной крайне раздражителен, иногда прибегает к словесным оскорблениям и угрозам.

6. Очень сильная выраженность: контакт с больным затруднителен вследствие словесных оскорблений и угроз, что также существенно нарушает отношения с другими людьми. Больной может быть настроен воинственно и иметь склонность к разрушению, однако, физического нападения на людей не совершает.

7. Крайняя степень выраженности: выраженный гнев с практически полным отсутствием контакта с врачом и другими людьми или эпизоды физического нападения на людей.

Негативные синдромы (Н)

Н 1. Притупленный аффект

Сниженная эмоциональность, выражающаяся в уменьшении экспрессивности мимики, неспособности к проявлению чувств и коммуникативной жестикуляции. Выраженность оценивается по наблюдению за физическими проявлениями душевного тонуса и эмоциональности больного во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: мимика и коммуникативная жестикуляция кажутся напыщенными, вымученными, искусственными или обедненными.

4. Умеренная выраженность: уменьшение диапазона экспрессивности лица и жестикуляции определяет характерный “скучающий” (нев्यразительный) внешний вид.

5. Сильная выраженность: аффект обычно “притуплен” (уплощен), мимика скудная, жестикуляция обеднена.

6. Очень сильная выраженность: выраженная притупленность аффекта и недостаточность эмоциональных реакций наблюдаются большую часть времени. Иногда возможны чрезвычайно сильные неконтролируемые аффективные разряды в виде возбуждения, вспышек ярости или беспричинного смеха.

7. Крайняя степень выраженности: мимические модуляции и коммуникативная жестикуляция практически отсутствуют. Выражение лица постоянно безразличное или застывшее.

Н 2 Эмоциональная отгороженность

Отсутствие интереса к жизненным явлениям, участию в них и ощущения эмоциональной сопричастности к ним. Выраженность оценивается по сведениям, полученным от медицинского персонала и родственников, а также по итогам наблюдения за поведением больного во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: больной обычно мало инициативен и иногда может проявлять слабый интерес к окружающим событиям.

4. Умеренная выраженность: обычно больной эмоционально самоустраняется от влияния среды и предъявляемых ею требований, однако, при активном поощрении может быть вовлечен в более активную деятельность.

5. Сильная выраженность: больной обнаруживает отчетливую эмоциональную отгороженность от окружающих людей и происходящих событий и не поддается никаким попыткам активации извне. Он выглядит сдержанным, сговорчивым, не имеющим определенной цели, временами его удастся вовлечь хотя бы в кратковременное общение и пробудить интерес к собственным нуждам.

6. Очень сильная выраженность: выраженное безразличие к окружающему и отсутствие эмоциональных реакций проявляются в резком уменьшении разговорного общения с людьми и пренебрежение собственными нуждами, в связи с чем требуется организация специального наблюдения и ухода за больным.

7. Крайняя степень выраженности: вследствие глубокого равнодушия к окружающему и отсутствия эмоциональных переживаний, больной выглядит почти полностью отстраненным, некоммуникабельным и безразличным к собственным нуждам.

Н3. Трудности в общении (малоконтактность, некоммуникабельность)

Отсутствие открытости, откровенности в разговорах с людьми, сопереживания, интереса или участия к собеседнику, что проявляется в затруднении налаживания межперсональных контактов, уменьшении объема вербального и невербального общения. Выраженность оценивается по характеру поведения и отношению больного к врачу в процессе беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: в общении с больным ощущается некоторая искусственность, натянутость, высокопарность. Речи больного не хватает эмоциональной глубины, она часто носит обезличенный, резонерский характер.

4. Умеренная выраженность: больно, как правило, выглядит отчужденным, держит дистанцию с собеседником, на вопросы отвечает механически, его действия выражают скуку или отсутствие интереса к беседе.

5. Сильная выраженность: явная отчужденность и незаинтересованность больного в беседе значительно затрудняют продуктивный контакт с ним. больно старается избегать смотреть в глаза собеседника.

6. Очень сильная выраженность: больно в высшей степени безразличен к окружающему, держит себя на расстоянии от собеседника. избегает смотреть ему в глаза и не выдерживает ответного взгляда. Ответы односложные, поверхностные. Попытки невербального контакта практически остаются без ответа.

7. Крайняя степень выраженности: больно не удается вовлечь в беседу, он выглядит абсолютно безразличным, упорно избегает вербального и невербального контакта с врачом.

Н 4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность

Снижение интереса и инициативы в социальных отношениях вследствие пассивности, апатии, утраты энергии и волевых побуждений, что приводит к уменьшению общительности и пренебреже-

нию к повседневной деятельности. Выраженность оценивается по сведениям о социальном поведении больного, полученным от медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: временами проявляет интерес к социальному общению, но мало инициативен. Вступает в контакты с другими людьми только по инициативе последних.
4. Умеренная выраженность: пассивно, механически, без интереса участвует в большинстве социальных отношений, старается держаться в тени.
5. Сильная выраженность: принимает пассивное участие в очень узком круге социальных контактов, практически не проявляя интереса к ним или инициативы. Проводит мало времени в общении с другими людьми.
6. очень сильная выраженность: больной большую часть времени апатичен, стремится к самоизоляции, очень редко проявляет какую-либо социальную активность и временами пренебрежительное отношение к собственным нуждам. Лишь от случая к случаю вступает в социальные контакты.
7. Крайняя степень выраженности: больной глубоко апатичен, социально изолирован, пренебрегает собственными нуждами, перестает обслуживать себя.

Н 5. Нарушение абстрактного мышления

Расстройство абстрактно-символического мышления, проявляющееся в затруднении классифицирования и обобщения, а также в неспособности уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач. Выраженность оценивается по ответам на вопросы о смысловой общности предметов или понятий, интерпретации пословиц и преобладанию конкретного мышления над абстрактным в процессе беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: отмечается тенденция давать буквальную или личностную интерпретацию сложных пословиц, возможны затруднения при толковании абстрактных или отдаленно связанных толкований концептуального характера.
4. Умеренная выраженность: больной часто прибегает к конкретному способу мышления, испытывает затруднения при интерпретации большинства пословиц и некоторых абстрактных понятий, а также при выделении наиболее характерного признака и функционального явления или предмета.
5. Сильная выраженность: мышление преимущественно конкретное, больной испытывает трудности при интерпретации большинства пословиц и понятий.
6. Очень сильная выраженность: больной не способен понять абстрактный смысл ни одной из предложенных пословиц или образных выражений, классифицирует по функциональному сходству только самые элементарные понятия. Мышление полностью непродуктивно или ограничивается способностью к выделению характерных признаков, определению функционального назначения или идиосинкразическим интерпретациям.

7. Крайняя степень выраженности: у больного сохраняется только конкретное мышление, полностью отсутствует понимание пословиц, распространенных метафор и сравнений или простых понятий, исчезает способность к классификации предметов и явлений даже на основании наиболее характерных признаков и функциональных свойств. Этим баллом можно также оценивать больных, беседа с которыми практически невозможна из-за резко выраженных нарушений мыслительной деятельности.

Н 6. Нарушение спонтанности и плавности речи

Затруднение нормального речевого общения вследствие апатии, чувства незащитности, снижение волевых побуждений или нарушений мышления, что проявляется в расстройстве плавности речи и продуктивности вербального контакта. По выраженности этих признаков в беседе с врачом дается балльная оценка.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: больной мало инициативен во время беседы, его ответы обычно кратки и лишены подробностей, для получения информации приходится задавать прямые и наводящие вопросы.
4. Умеренная выраженность: речь больного лишена плавности, неровна или прерывиста. Для получения требуемой информации часто приходится задавать наводящие вопросы.
5. Сильная выраженность: беседа явно страдает недостатком спонтанности и откровенности со стороны больного; ответы на вопросы одним или двумя короткими предложениями.
6. очень сильная выраженность: ответы больного сводятся к нескольким словам или коротким фразам, направленным на прекращение беседы или резкого сокращения объема общения с врачом (например: “Я не знаю”, “Я не могу говорить об этом”). В результате этого беседа сильно затруднена и непродуктивна.
7. Крайняя степень выраженности: речь больного, как правило, сводится к случайным высказываниям; беседа с ним не возможна.

Н 7. Стереотипное мышление

Нарушение плавности, спонтанности и гибкости мышления, проявляющееся в ригидности, повторности или обыденности мыслей. Выраженность оценивается по характеру познавательного процесса во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: обнаруживается некоторая ригидность установок и представлений. Больной может отказываться от рассмотрения альтернативных соображений или испытывать затруднения при переключении с одной мысли к другой.
4. Умеренная выраженность: беседа все время возвращается к одной и той же теме, больной с трудом переключается на другую тему.

5. Сильная выраженность: ригидность и стереотипность мышления выражены настолько сильно, что беседа, несмотря на противодействие врача ограничивается двумя или тремя преобладающими темами.

6. Очень сильная выраженность: неконтролируемое повторение требований, заявлений, отдельных мыслей или вопросов, что значительно затрудняет беседу.

7. Крайняя степень выраженности: в мышлении, поведении и разговоре больного доминируют постоянно повторяемые идеи или отдельные фразы, что приводит к неадекватности и резкой ограниченности контакта с врачом.

Шкала общих психопатологических синдромов (О)

01. Соматическая озабоченность

Жалобы на физическое здоровье или убежденность в наличии соматического заболевания или расстройства, которые могут варьировать от смутного чувства наличия болезни до отчетливого бреда смертельного соматического заболевания. Выраженность оценивается на основании высказываний больного в процессе беседы с врачом.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: заметная обеспокоенность своим здоровьем или физическим состоянием, проявляющаяся в задаваемых время от времени вопросах и в желании получить поддержку со стороны врача.

4. Умеренная выраженность: жалобы на плохое здоровье или расстройства отдельных функций организма. Однако, бредовой убежденности нет. Состояние поддается психотерапевтическому воздействию.

5. Сильная выраженность: больной часто или постоянно жалуется на физическое заболевание или расстройство функций организма. Могут отмечаться одна или две бредовые идеи на эту тему, полностью не определяющие мысли и поведение больного.

6. Очень сильная выраженность: больной в достаточной степени поглощен одной или несколькими бредовыми идеями физического заболевания или органического поражения различных функций организма. Однако, полной охваченности личности, в т.ч. ее аффективной сферы бредовыми идеями не наблюдается. Врачу с трудом удается отвлечь больного от этих мыслей.

7. Крайняя степень выраженности: многочисленные и часто проявляющиеся бредовые идеи соматического заболевания или несколько бредовых идей катастрофического исхода болезни. полностью поглощающие мысли и чувства больного.

02. Тревога

Субъективное переживание нервозности, беспокойства, опасения или волнения. варьирующее от чрезмерной обеспокоенности своим настоящим или будущим до реакции паники. Выраженность оценивается на основе информации, полученной от больного во время опроса, и по соответствующим физическим проявлениям.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: больной выражает некоторую обеспокоенность, чрезмерное волнение или опасения, что не сопровождается, однако, какими бы то ни было соматическими или поведенческими реакциями.

4. Умеренная выраженность: больной сообщает о повышенной нервозности, беспокойстве, которые сопровождаются появлением легких физических признаков, таких как мелкоклапчатый тремор рук, потливость.

5. Сильная выраженность: больной сообщает о наличии тревоги, что сопровождается появлением соматических и поведенческих реакций, таких как заметная напряженность, ослабление концентрации внимания, сердцебиение и нарушения сна.

6. Очень сильная выраженность: почти постоянное субъективное переживание страха, сопровождающееся фобиями, выраженным беспокойством и разнообразными соматическими проявлениями.

7. Крайняя степень выраженности. жизнь больного в значительной степени нарушена практически постоянным чувством тревоги, которая иногда может переходить в приступы паники.

03. Чувство вины

Чувство раскаяния или самообвинение по поводу имевших место в прошлом реальных или воображаемых проступков. Выраженность оценивается на основании сообщений больного о наличии чувства вины и по степени влияния последнего на мыслительную деятельность и поведение.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: прицельный расспрос выявляет наличие смутного чувства вины и идей самообвинения по поводу незначительного проступка, что, однако, не сильно занимает больного.

4. Умеренная выраженность: больной выражает явную обеспокоенность по поводу какого-то реального проступка, что, однако, не отражается на поведении больного; полной охваченности сознания этими мыслями не наблюдается.

5. Сильная выраженность: больной испытывает сильное чувство вины с идеями самоуничижения или наказания. Чувство вины может быть связано с развитием бредового психоза, может возникать спонтанно, может служить источником озабоченности и/или подавленного настроения и не ослабевает после беседы с врачом.

6. Очень сильная выраженность: идеи вины достигают бредового уровня и сопровождаются чувством безнадежности и собственной никчемности. Больной убежден, что он будет строго наказан за свои проступки и может расценивать происходящие события в качестве такой меры наказания.

7. Крайняя степень выраженности: весь строй жизни больного подчинен неопровержимой идее своей вины. Он считает, что заслуживает самого сурового наказания вплоть до пожизненного тюремного заключения, пыток и/или смерти. Одновременно могут возникать мысли о самоубийстве или склонность объяснить встающие перед другими людьми проблемы их прошлыми поступками.

04. Напряженность

Внешние проявления страха, тревоги и волнения. например, скованность в беседе, тремор, потливость, двигательное беспокойство (неусидчивость). Выраженность оценивается в процессе беседы на основании высказываний больного и соответствующим физическим проявлениям психической напряженности.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые показатели могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: позы и движения больного указывают на легкую степень волнения (например, некоторая скованность движений, временная неусидчивость, стремление к перемене позы, мелкий и быстрый тремор рук).
4. Умеренная выраженность: отчетливые проявления повышенной нервозности в виде суетливости, тремора рук, потливости, нервной манерности.
5. Сильная выраженность: значительная напряженность с самыми разнообразными проявлениями (например, нервная дрожь, сильная потливость и двигательное беспокойство) при сохранении, в целом, нормального поведения во время беседы.
6. очень сильная выраженность: степень напряженности такова, что препятствует нормальному общению. Например, у больного может наблюдаться постоянная суетливость, он не может долго сидеть на одном месте или у него учащается дыхание.
7. Крайняя степень выраженности: состояние больного близкое к паническому. Отмечаются существенное ускорение двигательной активности, непрерывная ходьба или метание по комнате. Больной не может больше минуты находиться на одном месте, что делает невозможной беседу с ним.

05. Манерность и позирование

Неестественные движения и/или позы, что придает манере поведения больного неуклюжий, диспластичный или эксцентричный характер. Выраженность оценивается на основании наблюдения за физическими проявлениями расстройства во время беседы, а также по сведениям, полученным от родственников и медицинского персонала.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень сильная выраженность: сомнительная патология. оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: некоторая неуклюжесть движений или небольшая застываемость (ригидность) в позах.
4. Умеренная выраженность: заметная неуклюжесть или диспластичность (разорванность) движений, на короткое время больной может принимать неестественные позы.
5. Сильная выраженность: больной временами совершает странные, похожие на ритуальные, движения или застывает в неестественных, искаженных позах на довольно длительные периоды времени.

6 Очень сильная выраженность: частые повторения эксцентричных, “ритуальных” движений, манерность или стереотипные движения; застывание в неестественных позах может наблюдаться на протяжении длительного времени.

7. Крайняя степень выраженности: нормальная жизнедеятельность серьезно нарушена из-за практически постоянного совершения больным ритуальных или стереотипных движений, выраженной манерности или длительного застывания в неестественных позах.

06. Депрессия

Переживание печали, уныния, беспомощности и пессимизма. Выраженность оценивается на основании сообщений больного о своем настроении в период беседы и соответствующих изменений в межперсональных взаимоотношениях и поведении больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: субъективные ощущения грусти и подавленного настроения удается выявить только при прицельном расспросе; внешний вид и поведение не меняются.
4. Умеренная выраженность: отчетливые переживания печали и безнадежности, о которых больной может говорить по собственной инициативе, но которые, однако, существенным образом не сказываются на поведении и социальных отношениях больного. Возможна психотерапевтическая коррекция состояния.
5. Сильная выраженность: явно подавленное настроение с переживаниями печали, пессимизмом, утратой жизненных интересов, психомоторной заторможенностью, а также некоторыми нарушениями сна и аппетита. Психотерапевтической коррекции не поддается.
6. Очень сильная выраженность: сильно подавленное настроение с устойчивыми переживаниями безнадежности, собственной ничтожности; временами больной плачет. одновременно наблюдаются значительное ухудшение сна и аппетита, снижение двигательной активности, потеря жизненных интересов, возможны упущения в самообслуживании.
7. Крайняя степень выраженности: депрессивные переживания значительно нарушают жизнедеятельность больного. Наблюдаются выраженные соматовегетативные расстройства, психомоторная заторможенность, потеря всех социальных интересов, упущения в самообслуживании, нарушается концентрация внимания. Больной часто плачет; возможно развитие депрессивных или нигилистических бредовых идей, а также суицидальных мыслей и тенденций.

07. Моторная заторможенность

Снижение двигательной активности, проявляющееся в замедлении движений и темпа речи, вялой реакции на раздражители и уменьшении физического тонуса. Выраженность оценивается как поведению в период болезни, так и со слов медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: легкое, но заметное замедление движений и речи. Возможно некоторое снижение продуктивности в разговоре и жестикуляции.

4. Умеренная выраженность: движения больного явно замедленны, речь может быть малопродуктивна, больной подолгу задумывается при ответах на вопросы, в разговоре появляются продолжительные паузы, скорость речи снижается.

5. Сильная выраженность: двигательная активность резко понижена, что делает общение с больным непродуктивным и мешает выполнению им своих социальных и профессиональных обязанностей. Больной подолгу сидит или лежит.

6. Очень сильная выраженность: движения крайне замедленны, двигательная и речевая активность минимальны. Целые дни больной проводит в бесцельном сидении или лежании.

7. Крайняя степень выраженности: больной практически полностью неподвижен и мало реагирует на внешние раздражители.

08. МалоCONTACTность (отказ от сотрудничества, малообщительность)

Активный отказ от сотрудничества и выполнения указаний врача, медицинского персонала или родственников. что может быть связано с недоверием, защитными реакциями, упрямством, негативизмом, отрицанием авторитетов, враждебностью или воинственностью. Выраженность оценивается по поведению во время беседы, а также на основании информации, полученной от медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.

3. Слабая выраженность: больной подчиняется требованиям, проявляя при этом неудовольствие, нетерпение или саркастическое отношение. Старается избегать разговоров на нежелательные темы.

4. Умеренная выраженность: временами больной откровенно отказывается выполнять элементарные требования общежития, например, убирать постель, следовать распорядку дня и т.п.; может давать враждебные, негативистические защитные реакции. что, однако, в большинстве случаев не исключает возможности договориться с ним.

5. Сильная выраженность: больной часто не выполняет правила общежития; окружающие характеризуют его как "изгоя" или как человека с сильно нарушенной способностью к общению. В беседе раздражителен или отгорожен, старается уйти от ответа на многие вопросы.

6. Очень сильная выраженность: больной всячески противодействует сотрудничеству, установлению контакта, проявляет активный негативизм, а иногда бывает настроен воинственно. Он отказывается следовать большинству правил общежития и часто не желает вести беседу с врачом.

7. Крайняя степень выраженности: активное сопротивление в значительной степени препятствует выполнению практически всех важных социальных функций. Возможен полный отказ от участия в какой-либо социальной деятельности, включая правила личной гигиены, беседы с родственниками или медицинским персоналом. Затруднен даже кратковременный диалог с врачом.

09. Необычное содержание мыслей

Мышление характеризуется возникновением странных фантастических или эксцентричных мыслей, варьирующих по содержанию от нетипичных или оторванных от жизни до искаженных, противоестественных, или явно абсурдных. Выраженность оценивается по содержанию мыслей, высказываемых больным во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: несколько странное или идиосинкразическое (несоответствующее общепринятому) содержание мыслей, или употребление известных идей в необычном контексте.
4. Умеренная выраженность: частое искажение мыслей, иногда достигающих уровня эксцентричных.
5. Сильная выраженность: больной высказывает много странных и фантастических мыслей (например, считает себя приемным сыном короля или, что он только что избежал смерти), а иногда и явно нелепых (например, что он имеет сотни детей. принимает радиосигналы из космоса через зубную пломбу).
6. Очень сильная выраженность: больной высказывает множество алогичных и абсурдных мыслей (например, что имеет три головы. что он пришелец с другой планеты).
7. Крайняя степень выраженности: мышление перегружено нелепыми, эксцентричными и фантастическими идеями.

010. Дезориентированность

Утрата представлений о своих взаимоотношениях с действительностью, включая место, время и окружающих людей. вследствие спутанности сознания или отгороженности от реальности. Выраженность оценивается на основании целенаправленного опроса больного.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.
3. Слабая выраженность: общая ориентировка в целом сохранена; больной испытывает затруднения в некоторых частных вопросах. Например, он может знать, где проживает, но путается в точности адреса. узнает в лицо медицинский персонал, но не знает, чем они занимаются; знает месяц, но путает дни недели или по крайней мере. на два дня ошибается в датах. Иногда может отмечаться сужение круга знаний больного: он может ориентироваться в ближайшем окружении, но не за его пределами. Например. больной знает персонал, с которым ему приходится иметь дело, но не знает фамилий политических деятелей.
4. Умеренная выраженность: больной не всегда узнает людей и правильно называет место или время пребывания. Например, он может знать, что находится в больнице. но не знает ее названия; знает название города, но не знает названий области, района или улицы; знает имя лечащего врача, но не знает имен многих других обслуживающих его лиц; может назвать год и сезон, но путается в месяце.
5. Сильная выраженность: больной с большим трудом узнает людей, имеет очень слабое представление о своем местонахождении, большинство окружающих людей кажутся ему незнакомыми.

Он может более или менее правильно назвать год, но не знает текущий месяц, день недели или даже время года.

6. очень сильная выраженность: больной практически полностью не узнает людей, не знает времени и места своего нахождения. Например, он не представляет, где находится, более чем на год ошибается в определении времени, с трудом может назвать имена одного или двух окружавших его в последнее время людей.

7. Крайняя степень выраженности: больной полностью утратил ориентировку в отношении людей, места и времени. находится в полном неведении или неправильно представляет свое местонахождение, текущий год, не узнает самых близких людей: родителей, мужа (жену), друзей, а также лечащего врача.

011. Нарушение внимания

Расстройство целенаправленного внимания, проявляющееся в недостатке сконцентрированности, повышенной отвлекаемости, трудностях сосредоточения, поддержания, переключения внимания на новые объекты. Выраженность оценивается на основании наблюдения за больным на протяжении беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует определению расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: ограниченная способность концентрировать внимание, проявляющаяся в некоторой отвлекаемости или ослаблении внимания в конце опроса.

4. Умеренная выраженность: беседа с больным затруднена из-за повышенной отвлекаемости, трудности подолгу сосредотачиваться на заданной теме или наоборот, быстро переключаться на новые темы.

5. Сильная выраженность: общение с больным серьезно нарушено из-за слабой концентрации внимания, частой отвлекаемости и/или плохой переключаемости на другие темы.

6. Очень сильная выраженность: внимание больного удастся привлечь лишь на короткое время или с большим трудом вследствие его частого отвлечения на внутренние переживания или посторонние внешние раздражители.

7. Крайняя степень выраженности: внимание столь расстроено, что становится невозможной даже кратковременная беседа.

012. Снижение критичности к своему состоянию

Недостаточное понимание своего психического состояния, сложившейся жизненной ситуации, что проявляется в неспособности признать наличие заболевания или его симптомов в прошлом и настоящем, отрицании необходимости госпитализации или психиатрического лечения, принятии решений без достаточного учета их последствий, построении малореальных планов на будущее. Выраженность оценивается по содержанию мыслей, высказываемых больным во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: больной признает наличие психического расстройства, но недооценивает его тяжесть, необходимость лечения или профилактики. Может нарушаться способность адекватного планирования своих действий на будущее.

4. Умеренная выраженность: больной имеет лишь смутное или отдаленное представление о своем заболевании. Временами он может отрицать его наличие или не понимать, в чем заключаются основные симптомы заболевания, такие, как бред, расстройства мышления, подозрительность или социальная отчужденность. Больной может признавать необходимость лечения лишь по поводу таких клинических проявлений, как тревога, напряженность или нарушения сна.

5. Сильная выраженность: больной признает наличие психического расстройства в прошлом, но не в настоящем. При расспросах он может указать на наличие некоторых несуществующих или не относящихся к данному заболеванию симптомов, проявляя тенденцию к их неправильному или даже бредовому истолкованию. Необходимость психиатрического лечения обычно отрицается.

6. Очень сильная выраженность: не считает себя психически больным; отрицает наличие каких-либо психических симптомов как в прошлом, так и в настоящем, формально соглашаясь с госпитализацией и лечением. не понимает их смысл и необходимость.

7. Крайняя степень выраженности: больной полностью отрицает наличие психического заболевания как в прошлом, так и в настоящем; госпитализацию и лечение истолковывает по бредовым механизмам (например, как наказание за проступки, как действия преследователей и т.п.). В связи с этим больной обычно отказывается сотрудничать с медицинском персоналом, старается избежать приема лекарственных препаратов и не соблюдает режим лечения.

013. Расстройство воли

Нарушение волевой инициативы, способности добиваться поставленной цели и контролировать свои мысли, поведение, движения и речь. Выраженность оценивается на основании высказываний и поведения больного во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.

2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхней границе нормы.

3. Слабая выраженность: в речи и мыслях больного проявляется некоторая нерешительность, которая практически не отражается на общении и поведении.

4. Умеренная выраженность: больной часто амбивалентен; испытывает трудности в принятии решений. Беседа с больным несколько затруднена из-за разбросанности его мыслей.

5. Сильная выраженность: волевые нарушения отражаются как на мышлении, так и на поведении больного; обнаруживается выраженная нерешительность, которая затрудняет спонтанную двигательную и речевую активность, а также препятствует налаживанию социальных отношений.

6. Очень сильная выраженность: волевые нарушения препятствуют выполнению даже самых простых автоматических действий, таких как одевание, уход за собой; отмечаются отчетливые расстройства речи.

7. Крайняя степень выраженности: практически полное отсутствие волевых актов, проявляющееся в идеомоторной заторможенности вплоть до полной неподвижности и/или мутизма.

014. Ослабление контроля импульсивности(агрессивность)

Нарушение регуляции и контроля внутренних побуждений, что приводит к неожиданной, нерегулируемой, произвольной и нецеленаправленной разрядке напряжения и эмоций без учета возможных последствий. Выраженность оценивается по поведению во время беседы и со сведений медицинского персонала и родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: в условиях стресса или при неудовлетворенном желании больной легко раздражается или расстраивается, но при этом редко действует импульсивно в соответствии со своими переживаниями.
4. Умеренная выраженность: больной становится гневливым и склонным к словесным нападениям по малейшему поводу, иногда прибегает к угрозам. Могут отмечаться один-два эпизода физического противодействия или склонность к разрушающим действиям.
5. Сильная выраженность: периодически наблюдаются импульсивные разряды, сопровождающиеся оскорблениями, повреждением вещей или угрозами физической расправы. Возможны один-два эпизода нападения на людей, вызывающие необходимость изоляции больного, применения мер стеснения или других способов успокоения больного.
6. Очень сильная выраженность: наблюдаются частые импульсивные (неконтролируемые) вспышки агрессивности, постоянно угрожает или требует, разрушает окружающие предметы, явно не представляя себе последствия этих действий. Больной проявляет отчетливую тенденцию к насильственным действиям, в том числе нападению на почве сексуального влечения. Поведение может быть обусловлено подчинением императивным галлюцинациям.
7. Крайняя степень выраженности: больной предпринимает непрекращающиеся попытки нападения на людей с целью убийства или изнасилования, склонен к самоповреждению. При этом проявляет особую жестокость. В связи с неспособностью контролировать опасные импульсы больной требует постоянного наблюдения, изоляции или фиксации.

015. Загруженность психическими переживаниями

Поглощенность внутренними переживаниями: мыслями, чувствами или аутистическими фантазиями, приводящая к нарушению адаптации и ориентировки в окружающей ситуации. Выраженность оценивается на основании ответов и поведения больного во время беседы.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: чрезмерная озабоченность своими нуждами и проблемами, проявляющаяся в постоянных попытках перевести разговор на волнующие больного темы при отсутствии интереса к другим проблемам.
4. Умеренная выраженность: временами больной выглядит погруженным в себя, поглощенным своими мечтами или переживаниями, что в некоторой степени затрудняет беседу с ним.
5. Сильная выраженность: больной погружен в аутистические фантазии или внутренние переживания, что отражается на его поведении и значительно нарушает его социальную и коммуника-

тивную активность. Иногда больной сидит с отсутствующим взглядом, что-то шепчет и/или говорит сам с собой, совершает стереотипные движения.

6. Очень сильная выраженность: больной почти полностью поглощен своими внутренними переживаниями, что значительно затрудняет способность к концентрации внимания. участие в беседе и ориентацию в окружающей ситуации. больной часто чему-то улыбается, смеется, что-то шепчет, говорит сам с собой.

7. Крайняя степень выраженности: полная загруженность внутренними переживаниями. сопровождающаяся резким снижением уровня адаптации. Поведение больного полностью подчинено галлюцинациям, он мало обращает внимание на окружающих людей и обстановку.

016. Активная социальная устранимость

Уменьшение социальной активности на почве необоснованного страха, враждебного или подозрительного отношения. Выраженность оценивается на основании сведений о социальной активности больного, полученные от медицинского персонала или родственников.

1. Отсутствует: состояние больного не соответствует описанию расстройства.
2. Очень слабая выраженность: сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы.
3. Слабая выраженность: больной чувствует себя неловко в присутствии других людей и предпочитает проводить время в одиночку, хотя при необходимости проявляет социальную активность.
4. Умеренная выраженность: больной неохотно вступает в социальные контакты, нуждается в постоянном поощрении и может неожиданно прервать их при появлении тревоги, подозрительного или враждебного отношения.
5. Сильная выраженность: больной со страхом или гневом отказывается от большинства социальных контактов, несмотря на попытки окружающих вовлечь его в них. Большую часть времени бесцельно проводит в одиночестве.
6. Очень сильная выраженность: из-за сильного страха, враждебного или подозрительного отношения больной проявляет лишь самую необходимую социальную активность. При инициативе со стороны окружающих больной проявляет явное стремление избежать контактов и обычно старается держаться в стороне от людей.
7. Крайняя степень выраженности: больного не удастся вовлечь в социальные отношения из-за наличия сильного страха, враждебности или бреда преследования. Он всеми силами стремится избежать контактов и остается в полной изоляции.

8. Шкалы CGI-S; CGI-I

Общее клиническое впечатление (Clinical Global Impression)

Guy W., 1976

8.1. CGI-S, тяжесть заболевания.

В соответствии с Вашим клиническим опытом по данной популяции больных насколько тяжелы психические расстройства больного в настоящее время?

- 0 — оценка не проводилась
- 1 - здоров, никаких расстройств
- 2 — пограничные психические расстройства
- 3 — лёгкие расстройства
- 4 — умеренные расстройства
- 5 — выраженные расстройства
- 6 — тяжёлые расстройства
- 7 — расстройства из категории самых тяжелых

8.2. CG-I, общее улучшение.

Оцените общее улучшение не зависимо от того, относите ли Вы его только на счёт лечения. Как велики произошедшие изменения по сравнению с состоянием больного во время первой оценки?

- 0 — оценка не проводилась
- 1 — очень значительное улучшение
- 2 — значительное улучшение
- 3 — минимальное улучшение
- 4 — без перемен
- 5 — минимальное ухудшение
- 6 — значительное ухудшение
- 7 — очень значительное ухудшение