

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Протокол №10 от 20.10.2010

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*(пособие для врачей, медицинских психологов, специалистов
по социальной работе и социальных работников)*

Санкт-Петербург
2011

АННОТАЦИЯ

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

Анализ характеристик трех блоков функционального диагноза позволяет конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных. Это становится особенно актуальным при апробированных в последнее время бригадных формах курации психически больных, когда только целостная оценка состояния пациента позволяет специалистам разного профиля сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из членов бригады.

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

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы-составители: д. м. н., проф. А.П. Коцюбинский;
к. м. н., с. н. с. Н.С. Шейнина;
к. м. н., доц. Т.А. Аристова;
к. м. н., с. н. с. Г.В. Бурковский;
д. м. н., в. н. с. Б.Г. Бутома

Рецензенты: зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, д. м. н., проф. Н.Н. Петрова;
профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсами общей и медицинской психологии и психосоматической медицины Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д. м. н. В.И. Крылов

ВВЕДЕНИЕ

Основной целью психиатрической реабилитации является интеграция психически больных в социальную реальность, адаптация пациента к жизни в семье и обществе. Современная медицина полагает, что хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие есть отражение удовлетворения его потребностей и адаптации в физической, психологической и социальной сферах. При этом внимание медиков все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми жизненными заботами и проблемами. С этим обстоятельством связана необходимость пересмотра диагностических критериев при оценке психических расстройств. Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей. В связи с этим внимание специалистов привлекает многоосевой (многомерный) подход к психиатрической классификации.

Предлагаемая авторами система функциональной диагностики позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом и психосоциальном уровнях, то есть является системой многосторонней оценки состояния больных, основанной на единых теоретических позициях. При этом функциональный диагноз позволяет точнее оценить потенциально имеющиеся адаптивно-компенсаторные возможности пациентов и конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения, направленные на: а) устранение актуальных факторов, которые способствуют снижению адаптивных возможностей больных, хронизации болезни и инвалидизации пациентов; б) оказание помощи больному в его адаптации к микросоциальной среде и адаптации среды к нему, что помогает максимально возможному восстановлению уровня функционирования пациента в значимых социальных сферах; в) повышение качества жизни больного.

Внедрение функционального диагноза в практику здравоохранения делает работу каждого из членов бригады, курирующей психически больного, и бригады в целом более слаженной и целенаправленной.

НОВИЗНА

Современная психиатрия нуждается в такой системе диагностики, которая учитывала бы не только особенности состояния больного, но и важные характеристики социума, его окружающего, поскольку только совокупность санирующих факторов – усилий самого пациента, правильного поведения его семьи и квалифицированной помощи социальных институтов – составляет максимальный потенциал восстановления пациента и позволяет разрабатывать действенные программы восстановления психически больных.

Как подчеркивает В.А. Точилев (2009), «ясно, что объем собираемой в соответствии с требованиями DSM-IV и МКБ-10 информации, касающийся жизненного пути, – только верхушка айсберга, представляющего необходимые сведения». Кроме того, следует отметить, что эти классификации не опираются на теоретическое обоснование.

В то же время диагностические возможности многомерной диагностики в психиатрии, безусловно, значительно шире и позволяют оценивать не только болезненно измененные стороны психической деятельности и выраженность этих изменений, но и здоровую, «сохранную» часть личности, ее адаптационный психологический и социальный потенциал.

Вместе с тем концепция многомерного функционального диагноза, разрабатываемая В.М. Воловиком (1981), оказалась не лишеной недостатков, приведя на практике к тому, что реальное содержание «функционального диагноза» превратилось в «функциональную диагностику» и стало представлять собой чрезвычайно обширный набор разных феноменов, в принципе отражающих очень подробную, но и непосильную для практического врача историю болезни.

Нами, с учетом новых данных, были пересмотрены подходы, осуществляемые В.М. Воловиком по отношению к функциональной диагностике. В результате впервые было сформулировано представление о функциональном диагнозе как о системе целостной клинической оценки психического состояния больного, описываемой в рамках триединого подхода (клинико-биологический, психологический, социальный блоки), при этом каждая составляющая формулируется в присущих ей компактных диагностических категориях, характер которых определяется в конечном счете особенностями адаптационно-компенсаторных возможностей пациента.

Предлагаемая авторами система функциональной диагностики является способом многосторонней оценки состояния больного, основанной на единых теоретических позициях.

Методологическое обоснование представления о функциональном диагнозе при эндогенных психических заболеваниях

Цель диагностики в психиатрии – это постановка индивидуального диагноза для выбора тактики лечебно-восстановительных мероприятий и определения прогноза болезни. Однако диагностика в психиатрии затруднена из-за отсутствия общепринятой систематизации психических расстройств и, в силу этого, использования их классификации.

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

В связи с этим в последние годы возникла необходимость в многоосевом (многомерном, мультиаксиальном) диагностическом подходе, который базировался бы на определенных теоретических концепциях.

Первые попытки расширения нозологически централизованной диагностики принадлежат Э. Кречмеру. Концепция многомерного диагноза Э. Кречмера предполагает описание состояния пациента в понятиях равно включенных (помимо биологических) психологических и социальных факторов.

В настоящее время во многих странах Европы и в нашей стране используется многоосевая классификация психических расстройств МКБ-10. Но неслучайно во введении к МКБ-10 указывается, что «настоящие описания не несут в себе теоретического смысла... Они представляют собой просто группы симптомов и комментарии, относительно которых большое число советников и консультантов во многих странах мира договорились как о приемлемой основе определения границ категорий и классификации психических расстройств». А.Б. Смулевич с соавт. (1992) полагают, что МКБ-10 (как и другие современные классификации) отражает сложные преобразовательные процессы в клинической психиатрии, вступающей в «постнозологический период своего развития».

В некоторой степени недостатки МКБ-10 нивелируются в классификациях психических расстройств, применяемых в США. Согласно DSM-IV, цель мультиаксиального подхода – систематизировать оценку больного с привлечением внимания к различным аспектам имеющихся у него психических расстройств, общему медицинскому состоянию и психосоциальным характеристикам, что позволяет рассматривать состояние пациента более широко и полно. Эта многоосевая диагностика предусматривает удобный формат для описания гетерогенности индивидуумов с одним диагнозом.

Однако и в этом подходе можно выделить ряд недостатков. Так, наличие в DSM-IV четвертой оси («психосоциальные и межличностные проблемы») не покрывает собой всего содержания, определяющего функциональное состояние пациента (Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 1998).

Таким образом, одним из достоинств многоосевого способа оценки состояния пациента является более дифференцированное (относительно одномерного рассмот-

рения) его изучение. В то же время такое, сугубо прагматическое, направление оказалось связанным с некоторыми теоретическими потерями. Отсутствие четкого представления об «удельном весе» фиксируемых параметров приводит к эклектичности и недостаточной структурированности данных, с помощью которых необходимо разрабатывать программы восстановления психически больных.

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

Адаптационная концепция в психиатрии в значительной степени способствовала возвращению интереса исследователей к понятию «функциональный диагноз» (Коцюбинский А.П. с сотр., 2004). Адаптационная концепция, вместе со значительными достижениями в области нейрофизиологии, психофармакологии, психологии, психотерапии и математической статистики, не только породила надежду на возможность достижения качественно нового уровня интеграции знаний о природе психических заболеваний и, следовательно, создание методов эффективной помощи пациентам, но и сделала необходимым использование системного подхода.

Теория функциональных систем (Bertalanffy L., 1962; Анохин П.К., 1975, 1980; Судаков К.В., 1984) явилась теоретической базой для построения современных представлений о функциональном диагнозе, который соединяет в себе индивидуальные биологические, психологические и социальные особенности индивидуума. При этом основным постулатом теории функциональных систем служит положение о том, что ведущим системообразующим фактором является полезный для системы и организма приспособительный результат.

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

Таким образом, тремя основными теоретическими обоснованиями современного представления о методе функциональной диагностики являются: биопсихосоциальная модель психических заболеваний, адаптационная концепция в психиатрии и теория функциональных систем.

Показания и противопоказания для использования методики функционального диагноза при эндогенных психических заболеваниях

Показанием для проведения процедуры функциональной диагностики является наличие психического расстройства. Данные о пациенте, полученные в результате многомерной диагностики, не только позволяют уточнить клинические характеристики заболевания, но и выявляют адаптационно-компенсаторные возможности самого больного и санирующий потенциал его окружения.

Противопоказаний для проведения процедуры функциональной диагностики практически не существует.

Материально-техническое обеспечение метода

Диагностическая процедура не требует применения специального оборудования или какой-либо техники. Применяются клинический и клинко-психологический методы обследования пациента, опрос лиц из его ближайшего окружения, а также анализируется материально-бытовая сторона жизни пациента. Интерпретация полученных результатов проводится бригадой специалистов, осуществляющих программы лечения и реабилитации психически больных, состоящей из психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и/или социальных работников.

Описание метода

Схема функционального диагноза больных с эндогенными психическими расстройствами дана в Приложении 1. Кодировочная карта (Приложение 2) содержит все характеристики функционального диагноза и способ их кодировки.

Клинико-биологический блок

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

- 1) показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала;
- 2) психопатологические расстройства;
- 3) тип течения заболевания;
- 4) скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность) заболевания;
- 5) острота состояния на момент диагностического обследования;
- 6) стадия заболевания (или характер его исхода) на момент диагностического обследования;
- 7) результирующий показатель адаптационно-компенсаторных особенностей текущего состояния – клинический диагноз.

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

Показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала

Мы полагаем, что наиболее существенная информация, свидетельствующая о преморбидных адаптационных возможностях пациентов, входит составной частью в содержание психопатологического диатеза. Под психопатологическим диатезом мы понимаем различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и о его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы.

По сути, это характеристика той predisposition, которая в известной мере определяет как вероятность возникновения психического заболевания, так и его дальнейшее течение и даже возможный прогноз.

Явления психопатологического диатеза представлены широким спектром психических расстройств от самых ранних признаков нарушения психической жизни, зачастую отставленных от манифестации эндогенного психоза длительным периодом благополучия, до пограничных состояний, находящихся в непосредственной близости от эндогенных психозов в континууме «здоровье – психоз» (Шейнина Н.С. с соавт., 2008).

Критерии, позволяющие диагностировать психопатологический диатез, следующие: 1) наличие психопатологической симптоматики непсихотического уровня, находящегося в регистре от нормы до пограничных расстройств личности; 2) наличие различной степени психической дезадаптации обратимого характера; 3) наличие признаков тропности, но не специфичности по отношению к эндогенным психозам.

По признаку динамики мы выделяем три основные формы психопатологического диатеза:

- 1) эпизодическая – ранние (выявляющиеся обычно до семилетнего возраста) и поздние проявления (возникающие, как правило, в школьные годы);
- 2) промежуточная;
- 3) константная.

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

Ранние проявления эпизодической формы психопатологической диатеза:

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

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

3) сверхценные страхи: а) так называемые «детские» фобии – темноты, незнакомых предметов, одиночества, реальных (собаки, «чужие дяди» и т. п.) и фантастических (персонажи сказок) объектов; б) своеобразные по фабуле фобические переживания (боязнь змей на картинках, страх боя курантов, пожара, внезапного начала войны или «конца света», боязнь захода солнца и т. п.).

Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:

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

2) «шизотропные» – эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психотических расстройств: парейдолии, элементарные слуховые обманы, локальные сенестопатии, метаморфозии и другие элементарные расстройства восприятия; деперсонализационно-дереализационные расстройства, эпизоды своеобразной интеллектуальной несостоятельности; сверхценные идеи сенситивного характера у подростков;

3) «аффектотропные» – внешне немотивированные спады настроения и активности: астенические состояния длительностью от нескольких дней до двух месяцев, спонтанно проходившие, без суточных колебаний и вегетативных нарушений.

2. Промежуточная форма психопатологического диатеза – проявления реактивной лабильности: психогенно обусловленные непродолжительные изменения самочувствия и поведения, но с чрезмерным «масштабом» реагирования относительно вызвавшей их причины. Психотравмой могут служить как внезапные и сильно пугающие ребенка события, так и длительные стрессовые ситуации, заставляющие жить в постоянном напряжении и тревожном ожидании.

В дошкольном возрасте – это астено-дистимические (субдепрессивные) эпизоды: резкое ухудшение сна и аппетита, плаксивость, раздражительность. В школьном и более старшем возрасте – это психосоматические и истерические реакции и конверсионно-диссоциативные нарушения, всегда связанные с воздействием психогенных факторов.

3. Константная форма психопатологического диатеза базируется на констелляции таких базовых характеристик, как диссоциированность и дефицитарность, которые позволяют исследовать весь спектр разнообразных по феноменологии и тяжести проявлений личностных расстройств.

1) *Диссоциированность* – несогласованность потребностей, способностей, установок и поведения в разных сферах психической жизни, проявляющаяся в следующих вариантах:

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

б) несоответствие субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения (например, декларируемая стеснительность со стеничным поведением);

в) неравномерность уровня развития различных сторон психики (например, эмоциональной недифференцированности и интеллектуальной одаренности);

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

2) *Дефицитарность* – ущербность психики, может быть тотальной и парциальной.

– Тотальная: а) явления психического инфантилизма – относительно равномерно выраженная задержка развития как в сфере эмоционально-волевых проявлений,

так и в сфере суждений, оценок и способностей к синтезу, критическому осмыслению ситуации и самого себя; б) пассивность всех психических проявлений, слабость побуждений при определенной эмоциональной нивелированности – так называемые «образцовые личности», «пассивные шизоиды», «дефицитарные личности».

– Парциальная, при которой наиболее существенной является дефицитарность в следующих сферах: а) интеллектуальной – задержка в речевом развитии, неравномерность развития с элементами дисграфии, дислексии, дислалии, дискалькулии; б) эмоциональной – слабая насыщенность и дифференцированность эмоциональных переживаний; в) «энергетической» – задержка в развитии моторики, снижение интенсивности побуждений, некоторая общая заторможенность; г) коммуникативной – страх перед общением, трудность вхождения в любой коллектив, отсутствие длительных, прочных дружеских связей; д) сексуальной – сексуальная ретардированность при социальной зрелости, страх перед представителями противоположного пола и половыми отношениями.

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

Таким образом, к проявлениям константной формы диатеза особенности личности можно отнести только в том случае, если они сопровождаются несомненными проявлениями диссоциированности и/или дефицитарности различных аспектов функционирования индивидуума.

Наши исследования показали, что у пациентов с «поздними» дисфункциональными состояниями в анамнезе худший прогноз заболевания, чем при часто встречающихся «ранних» дисфункциях. Кроме того, выяснилось, что уже на стадии предболезни прослеживаются тенденции к циклоидности и/или диссоциации, которые сохраняются в дальнейшем и непосредственным образом влияют на прогрессивность заболевания (Чумаченко А.А., 2003). Наконец, Ю.В. Мельниковой (2008) было показано значение психопатологического диатеза для последующего социального восстановления больных; при этом роль психопатологического диатеза оказалась тем более значимой, чем меньше прогрессивные тенденции развившегося заболевания.

Итак, проявления психопатологического диатеза являются одной из характеристик прогноза дальнейшего течения заболевания, которая позволяет судить о перспективах клинического и социального восстановления психически больных, особенно на ранних стадиях заболевания.

Психопатологические расстройства

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

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

Когнитивные расстройства – это нарушение познавательных процессов. Когнитивное снижение предшествует развитию психического заболевания и по существу представляет собой генуинное нарушение течения информационных процессов. С момента начала заболевания преморбидно существующие явления нейрокогнитивного дефицита могут усиливаться, подтверждением чего служат соответствующие жалобы больных.

Базовыми когнитивными механизмами являются память, внимание и исполнительские функции (Аведисова А.С., 2005). Соответственно этому, наблюдаются нарушения в трех структурных элементах (звеньях) когнитивной деятельности. Первый тип когнитивных нарушений связан с функциями концентрации внимания: дефицит его устойчивости и избирательности, снижение целенаправленности деятельности, нарушение понимания общего смысла. Второй тип когнитивных нарушений касается зрительной и слухоречевой памяти: отмечаются отсутствие аккуратности и точности при

копировании, нарушение способности к конструктивному праксису, трудности в вербальной и пространственной памяти, в слуховом и зрительном гнозисе. Третий тип когнитивных нарушений включает в себя исполнительские функции: навыки и обучение, планирование и смена установки, недостаточность контроля за деятельностью и ее организацией, скорость сенсомоторных реакций.

Важно подчеркнуть относительно малую выраженность нарушений, понимаемых как когнитивные: в отличие от формальных расстройств мышления, они не проявляются в рамках обычной клинической беседы и могут быть обнаружены только с помощью специальных тестов, целенаправленно исследующих отдельные функции: память, восприятие, способность планировать и использовать имеющийся опыт для решения новых задач (Морозова М.А., Бениашвили А.Г., 2008). Больные при этом жалуются на ухудшение памяти, трудность концентрации внимания, трудности запоминания информации (особенно в печатной форме), необходимость дополнительного сосредоточения для понимания обращенной к ним речи или для формулирования ответов и т. п.

Оказалось, что нейрокогнитивный дефицит является более валидным предиктором социального функционирования в обществе, чем позитивная и негативная симптоматика (Velligan D.I. et al., 1997). Другими словами, показатели когнитивного функционирования, а не собственно клинические симптомы, являются важными индикаторами имеющегося у больных потенциала социальной адаптации. Таким образом, нейрокогнитивный дефицит может стать серьезным препятствием на пути попыток реабилитации пациентов. Воздействие на базовые показатели когнитивности способно видоизменять параметры социального функционирования больных.

В настоящее время для оценки когнитивных функций наиболее часто используются следующие тесты: 1) Wisconsin Card Sorting Test, WCST, 2) Continuous Performance Test, 3) Stroop Test (Аведисова А.С., 2005).

Негативные расстройства – проявления стойкого или временного снижения (вплоть до выпадения) психических функций, отражающие деструктивность болезненного процесса.

Место негативной психопатологической симптоматики, составляющей клиническую сущность дефекта, в структуре шизофрении до настоящего времени не выяснено в полной мере. Дефект может появиться на любом этапе течения заболевания, иметь любую выраженность и разные клинические характеристики, сочетаться с процессуальной симптоматикой и обходиться без нее (Сонник Г.Т., Милявский В.М., 1996), и только на конечной стадии заболевания дефект достигает своей максимальной выраженности и определяет характер клинической картины в целом.

При диагностике и терапии негативных расстройств важно различать первичную и вторичную негативную симптоматику. Первичные негативные расстройства (дефицитарные симптомы) присутствуют в качестве устойчивых признаков и могут наблюдаться как в структуре психотических эпизодов, так и в периоде ремиссии. Они вызваны непосредственно процессом поражения мозговой ткани и резистентны к проводимой терапии (Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008). Вторичные (псевдодефицитарные) негативные расстройства привнесены в картину болезни другими факторами, такими, как депрессия, побочный эффект терапии, продуктивные расстройства, явления госпитализма.

Субъективно негативная симптоматика выражается жалобами на повышенную утомляемость, слабость, затруднение в поддержании необходимого ритма работы, невозможность концентрации усилий на достижении цели, непереносимость психических и физических нагрузок. Нередко больные указывают на своеобразное расстройство настроения, в частности «отсутствие всякого настроения». Важной чертой этих нарушений является снижение или утрата эмоционального отклика на происходящее. Больные указывают на снижение способности радоваться, огорчаться, отмечают утрату прежней впечатлительности.

Объективно негативные нарушения проявляются снижением продуктивности, моторной обедненностью, неустойчивостью волевого напряжения. Важной характери-

стикой дефицитарных нарушений является стойкое снижение побудительной активности с ограничением (обеднением) двигательной сферы и вялостью, апатией, отсутствием стремления к деятельности, интереса к окружению. Клинические проявления заключаются в уплощении аффекта, исчезновении желаний и утрате поиска удовлетворения.

Развитие негативной симптоматики ведет к изменениям личности в виде нарастания черт дефензивности (ранимости, робости, впечатлительности) и замкнутости, что приводит к ограничению интерперсональных связей, социальной отгороженности. Личностные изменения характеризуются утратой прежней продуктивности, сужением эмоциональных контактов, эгоизмом, обеднением выразительности.

Нередко можно наблюдать как бы противоположные черты псевдопсихопатического развития: психический инфантилизм, эксплозивность, истериформность, дискордантную поверхностную общительность, иногда – иррациональную деятельность, не соответствующую условиям реального окружения. В целом такие особенности изменения личностной структуры соответствуют хорошо известному типу «фершробен».

Таким образом, в одних случаях дисгармония личностного склада выступает на передний план, тогда поведение обращает на себя внимание парадоксальностью и нелепостью. В других случаях определяющим является сужение круга интересов с нарастающей аспонтанностью, стойким снижением способности к деятельности. Такие пациенты выглядят изменившимися, но не столько странными или чужаками, сколько пассивными, безынициативными, вялыми, безразличными.

Основными компонентами негативного симптомокомплекса мы считаем: 1) тонический, 2) тимический и 3) инициативный (волевой).

1) Изменение тонуса выражается в падении активности (вплоть до аспонтанности), снижении способности к деятельности, что приводит к сужению объема физической и психической активности или к смещению спектра деятельности. Объективно тонические нарушения проявляются уменьшением продуктивности, моторной обедненностью.

2) Недостаточность аффекта проявляется в диапазоне от лабильности настроения, снижения эмоционального репертуара, притупленности аффекта – до апатии, аффективной тупости.

3) Различного уровня расстройств воли: гипобулия, парабулия, абулия – связаны с дезинтеграцией аффективно-побудительной сферы и невозможностью поддержания волевого потенциала на адекватном уровне и отражаются в отсутствии стремления к деятельности, интереса к окружению.

Остальные характеристики клинко-биологического блока функционального диагноза (см. Приложение 2) представляются общепринятыми и потому не описываются.

Результирующий показатель адапционно-компенсаторных особенностей пациента – клинический диагноз – включает в себя нозологическую принадлежность заболевания, основной и факультативные синдромы, тип течения болезни, характер состояния, обусловившего необходимость обращения за психиатрической помощью, преморбидные особенности пациента.

Таким образом, клинко-биологический блок функционального диагноза заканчивается установлением индивидуального клинического диагноза больного. Но для определения того, что личность утратила и что сохранила в результате заболевания, необходима информация о потенциале адаптации конкретного больного. Эти сведения должны предоставить психологический и социальный блоки функционального диагноза.

Психологический блок функционального диагноза

В психологическом блоке фиксируются пять характеристик.

1. Особенности различных сфер психологического функционирования:
 - а) познавательной;

- б) эмоционально-волевой;
- 2. Личностные особенности пациента:
 - а) индивидуально-личностные, характерологические особенности, социальные свойства;
 - б) ценностно-смысловые ориентации.
- 3. Механизмы психологической адаптации:
 - а) копинг;
 - б) психологическая защита;
 - в) внутренняя картина болезни;
- 4. Психологические конфликты:
 - а) конфликтогенные особенности личности;
 - б) наличие конфликта в системе копинг-механизмов и механизмов психологической защиты;
 - в) конфликт в системе ценностей личности.
- 5. Результирующая характеристика психологических адаптационно-компенсаторных особенностей пациента – уровень психологической дезадаптации (УПД).

Результаты психологического обследования вносятся в кодировочную карту (см. Приложение 2).

1. Особенности различных сфер психологического функционирования

а) Познавательная сфера

Патология внимания. При различных психических заболеваниях нарушаются когнитивные функции, в первую очередь процессы внимания, что проявляется в жалобах пациентов на невнимательность, рассеянность, трудности сосредоточения. Можно выделить следующие виды нарушения внимания: 1) снижение концентрации; 2) снижение устойчивости; 3) повышенная отвлекаемость; 4) сужение объема внимания; 5) трудности переключаемости внимания.

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

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

Расстройства памяти. В литературе наиболее часто упоминаются три основные функции памяти: фиксация, сохранение и воспроизведение полученной информации. Структура процесса запоминания, переработки информации и воспроизведения достаточно сложна, но можно выделить важные ее характеристики: опосредованность, целенаправленность, мотивированность. Соответственно, и нарушения могут происходить в каждой из составляющих.

При психологическом исследовании принято оценивать следующие нарушения памяти: 1) нарушение непосредственной памяти; 2) нарушение опосредованной памяти; 3) нарушение динамики мнестической деятельности; 4) нарушение мотивационного компонента памяти.

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

Расстройства мышления. Выявление нарушений мышления и определение специфики этих нарушений при психических заболеваниях чрезвычайно важны для

задач дифференциальной диагностики и прогноза течения заболевания.

Б.В. Зейгарник выделяла три вида нарушения мышления: 1) нарушение операционной стороны мышления; 2) нарушение динамики мыслительной деятельности; 3) нарушение мотивационного компонента мышления.

В свою очередь, нарушение операционной стороны мышления подразделяется на два вида: а) снижение уровня обобщения; б) искажение уровня обобщения.

Нарушение динамики мыслительного процесса включает четыре характеристики: а) лабильность мышления; б) заторможенность; в) нарушение откликаемости; г) инертность мышления.

Нарушение мотивационного компонента мышления определяется по возможности индивида достигать цели, поставленной задачи. Для того чтобы мышление могло регулировать действия человека, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно мотивированным. При психических заболеваниях часто утрачиваются эти три компонента.

По мнению Б.В. Зейгарник, к нарушениям личностного компонента мышления можно отнести: разноплановость, резонерство, нарушение критичности.

В тех случаях, когда больной захвачен бредовыми переживаниями, разноплановость выступает отчетливо и в клинической беседе. В ситуации аффективно ненасыщенной разноплановость трудно уловить клинически. Зато она прекрасно выявляется при экспериментально-психологическом исследовании.

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

б) Эмоционально-волевая сфера

Эмоциональные нарушения

Эмоции – это субъективные реакции человека на внутренние и внешние раздражители. В эмоциях субъекту непосредственно представлены отношения между потребностью и возможностью ее удовлетворения.

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

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

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

Существует множество методик для определения эмоциональных нарушений; в кодировочную карту мы рекомендуем включить самые распространенные и удобные для функциональной диагностики: 2-ю («депрессия») и 9-ю («мания») шкалы ММРІ, а также «шкалу самооценки депрессии» Зунга, «интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Бизюк А.П., 1995).

Волевые нарушения

В психологии принято выделять следующие формы проявления волевых расстройств: а) понижение волевой активности; б) повышение волевой активности; в) повышенная внушаемость; г) извращение волевых действий.

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

нормативы этих шкал.

2. Личностные особенности пациента

а) Индивидуально-личностные, характерологические особенности, социальные свойства

В психологии категория «личность» относится к числу базовых категорий. Личность можно определить как системное качество, приобретаемое индивидом в предметной деятельности и общении и характеризующее уровень и особенности общественных отношений индивидуума. В структуру личности включают: темперамент, способности, характер, направленность.

Существует множество теорий личности и попыток классифицировать личность по типам представителями различных школ в психологии. Однако все классификации исходят из общих положений, среди которых основными можно считать следующие: а) характер человека формируется рано и является достаточно устойчивой характеристикой в онтогенезе; б) сочетания черт, входящих в характер, не являются случайными и позволяют строить типологию характеров; в) большая часть людей может быть разделена на группы соответственно этой типологии.

В ряде случаев под воздействием внешних или внутренних факторов происходит патологическое развитие или изменение характера, возникают личностные девиации, ведущие к нарушению адаптивных возможностей человека. Таковыми являются неврозы и психопатии, а также личностные нарушения, происходящие в результате эндогенных психических расстройств.

Для характеристики личности мы рекомендуем использовать опросник ММРІ (Березин Ф.В., Мирошникова М.П., 1967) в качестве наиболее полно охватывающего индивидуально-личностные особенности, социальные свойства, характеристики эмоционально-волевой сферы, специфику защитных механизмов и эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях, а также уровень и особенности социальной адаптации.

б) Ценностно-смысловые ориентации

Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее взаимоотношений с окружающим миром, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности. При психических заболеваниях существенно искажается система ценностей; ценности идеальные, воображаемые значительно отличаются от реальных (Аристова Т.А., Петрова Н.Н., Шмидт Е.В., 2003). Мы предлагаем использовать методiku «ценностно-векторной структуры “Я”» В.И. Сулова (1993).

3. Механизмы психологической адаптации

Не меньшее значение, чем биологические адаптационные процессы, имеют психологические механизмы адаптации, определяющие уровень социально-психологического функционирования личности и участвующие, как показали наши исследования (Коцюбинский А.П. с соавт., 2004; Коцюбинский А.П., Петрова Н.Н., Аристова Т.А. и др., 2005; Аристова Т.А., 2003; Петрова Н.Н., Аристова Т.А., Чернышева А. Ю., 2007), с одной стороны, в формировании и, особенно, редукции психопатологической симптоматики, а с другой – в становлении приспособительного поведения (способа социальной адаптации).

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

а) Копинг

Копинг – механизм адаптации, при помощи которого человек осознанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь стрессовых обстоятельств, которые невозможно устранить. По мнению ряда исследова-

телей, копинг является важным фактором, влияющим на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания и предотвращение рецидивов.

Термином «копинг» обозначаются как минимум три связанных друг с другом понятия, которые отражают единый феномен с разных сторон: 1) *механизм* совладания, благодаря которому человек осваивается с обстоятельствами, обучается управлять с ними, – копинг-механизм; 2) *процесс* действия этого механизма – копинг-стратегии, или копинг-стили, и 3) *результат* действия этого механизма, или (что равносильно) результат процесса – копинг-поведение.

Механизм совладания – копинг-механизм – отражает осознанное и целенаправленное стремление индивида к совладанию с эмоциональным напряжением, предпринимаемое им в ситуации решения конкретной проблемы.

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

Результат этих усилий – копинг-поведение – проявляется в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности.

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

б) Психологическая защита

Психологическая защита – бессознательный процесс, регулирующий уровень эмоционального напряжения, тревоги. Бессознательность психологической защиты есть признак, кардинально отличающий ее от копинга, который включает действия осознанные и целенаправленные. Результатом относительно зрелой психологической защиты является устранение или сведение к минимуму импульсов, провоцирующих чувство тревоги и отрицательные эмоции и возникающих при критическом рассогласовании картины мира с новой информацией, но при этом не происходит разрешения конфликта (Вид В.Д., 1993).

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

Для оценки механизмов психологической защиты рекомендуется использовать методику Р. Плутчека в адаптации Л.И. Вассермана с соавторами (1999) – «Индекс жизненного стиля».

в) Внутренняя картина болезни

Внутренняя картина болезни формируется в защитных целях и является важнейшим элементом системы психологической адаптации в условиях развившегося заболевания. Основным компонентом внутренней картины болезни является отношение к факту заболевания, которое, несомненно, определяет стратегию формирования адаптивного или дезадаптивного поведения пациентов.

В последнее время при изучении отношения к болезни широко используется

«Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1990). В рамках этой классификации выделяется 12 типов отношения к болезни, которые с целью обобщающего анализа шкальных оценок объединены в три блока. В первый блок включены шкалы гармонического, эргопатического и анозогнозического типов реагирования, которые характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации. Второй блок включает типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. Больным с такими типами реагирования свойственны «уход в болезнь», отказ от борьбы. Третий блок содержит типы реагирования с интерпсихической направленностью: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. Пациенты с преобладанием таких типов отношения к болезни или стесняются своего заболевания, или «используют» болезнь в своих целях, эксплуатируя окружающих.

4. Психологические конфликты

Каждому человеку присущи в той или иной степени выраженные психологические конфликты. В психологии конфликты рассматриваются исходя из того понимания личности, которое сложилось в рамках определенной научной парадигмы (психологической школы).

Конфликты подразделяются на функциональные и дисфункциональные; последние у психически больных случаются чаще в силу недостаточности их адаптационных возможностей. Кроме того, различают внутриличностные (интраперсональные) и межличностные (интерперсональные) конфликты.

Существует множество определений как внутриличностного, так и межличностного конфликтов. В самом общем виде **внутриличностный конфликт** можно характеризовать как противоречие, борьбу между внутренними тенденциями личности и/или возможностями их удовлетворения, а **межличностный конфликт** – как трудно разрешимое противоречие, возникающее между людьми и вызванное несовместимостью их взглядов, интересов, целей и потребностей. Интегральными показателями наличия конфликта являются нарушение нормального механизма личностной адаптации и усиление психологического стресса, что вызывает острые негативные переживания и задерживает принятие решения. Затянувшийся психологический конфликт препятствует социально-психологической адаптации субъекта, находя выражение в снижении его приспособительных функций.

Причины психологических конфликтов могут быть как социально-психологическими, так и личностными. Так, предпосылкой возникновения интраперсональных конфликтов является сочетание в структуре личности «противоположно направленных» (противоречащих друг другу) черт характера. Также потенциально дезадаптирующими являются не изолированные психологические защиты или копинг-стратегии *par excellence*, а их дисгармоничное сочетание и выраженность.

Для определения внутриличностного и межличностного конфликтов нами были привлечены данные методик, уже вошедших в психологический блок функционального диагноза (см. Приложение 2).

По мнению многих авторов, основой психологических конфликтов является ценностно-мотивационная сфера личности. Поскольку противоборствующие тенденции, лежащие в основе конфликта, представляют собой субъективные ценности, для его выявления и всесторонней оценки мы рекомендуем использовать данные методики В.И. Суслова, показывающей степень дисбаланса между системой индивидуальных ценностей и способами их реализации.

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

Как показали наши исследования (Коцюбинский А.П., Аристова Т.А., Дитятковский М.А., Горбунова С.Л., 2006), при *осознаваемых интрапсихических конфликтах*

доминируют: копинг-стратегии – дистанцирование, самоконтроль, бегство-избегание, принятие ответственности; психологические защиты – интеллектуализация и рационализация. При *неосознаваемых*: психологические защиты – интеллектуализация, вытеснение; типы отношения к болезни (как потенциальный внутренний копинг-ресурс) – отрицание, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический.

В случае *осознаваемых интерпсихических конфликтов* превалируют копинг-стратегии: конфронтация, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, положительная переоценка. При *неосознаваемых*: психологические защиты – проекция, замещение, реактивное образование, регрессия; типы отношения к болезни – сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный.

Таким образом, в результате проведенного обследования больного можно сделать вывод о характере его адаптационного потенциала: при парциальном снижении наблюдается преимущественно изолированное доминирование интра- или интерпсихических конфликтов в системе психологической адаптации пациента, при тотальном снижении – сочетание интра- и/или интерпсихических конфликтов.

5. Результирующая характеристика психологических адаптационно-компенсаторных особенностей пациента – уровень психологической дезадаптации (УПД)

Уровень психологической дезадаптации оценивает все сферы, входящие в психологический блок, и рассчитывается по специальной формуле. В Приложении 2 мы предлагаем блок методик с системой приведенных баллов в целях облегчения оценки уровня психической дезадаптации (УПД).

Расчеты всех показателей методик можно производить вручную с помощью «ключей» и в соответствии с инструкциями, приведенными в руководствах. Также может быть использована компьютерная техника для проведения тестирования пациентов и расчетов некоторых показателей (Коцюбинский А.П., Аристова Т.А., Дитятковский М.А, Горбунова С.Л., 2006).

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

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

Выводы, полученные в результате исследования психологических конфликтов, позволяют, с одной стороны, выявить структуру и выраженность личностной проблематики больного, а с другой стороны – уточнить особенности функционирования психодинамических личностных механизмов пациента. Это позволяет психотерапевту сформулировать **психотерапевтический диагноз**, ориентированный на распознавание и определение психотерапевтических приоритетов, что в конечном счете определяет направление **психокоррекционных воздействий**.

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

Социальный блок функционального диагноза

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

Люди, имеющие психические нарушения, характеризуются снижением или нарушением личностных адаптационных механизмов в целом, что приводит в свою очередь к вытеснению их из сферы производства, утрате социальных связей. Это обстоятельство требует значительных усилий по организации системы социальной поддержки людям с нарушениями психики, с привлечением к оказанию помощи специалистов по социальной работе и социальных работников. В связи с этим в психосоциальном блоке фиксируются не только особенности социального статуса больного и имеющих-ся у него социальных проблем, но и параметры его социальной поддержки.

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

1. Социальный статус больного.

2. Характеристики социальной поддержки (внешние факторы):

а) источники социальной поддержки – семья и внесемейное окружение;

б) функция получаемой социальной поддержки – в семье и во внесемейном окружении.

3. Результирующие характеристики социального функционирования:

а) социальные проблемы;

б) межличностные конфликты.

1. Социальный статус больного. Для детального представления о возможностях трудовой и социальной адаптации конкретного пациента важно знать о наличии или отсутствии у него специального образования, характере трудовой деятельности и то, каков его социальный статус сейчас. Представление о социальном статусе больного (включе с другими характеристиками функционального диагноза) позволяет судить о потенциале его возможностей по восстановлению (или усовершенствованию) трудовых и социальных навыков и о «мишенях» для его инструментальной социальной поддержки.

2. Характеристики социальной поддержки (внешние факторы). Совокупность факторов внешнего окружения, относимых к «социальной поддержке», оказывает влияние на течение и прогноз заболевания. Известно, что человек легче переносит повседневные жизненные трудности и более эффективно справляется со стрессом, если он получает поддержку от ближайшего социального окружения (прежде всего от семьи) и находится с ним в хороших, теплых отношениях. Не менее существенно то, что социальная поддержка, смягчая влияние стресса и облегчая социальную адаптацию индивидуума, играет роль «средового» копинг-ресурса, помогая больному в совладании с требованиями, предъявляемыми окружением или ситуацией.

Различают следующие характеристики социальной поддержки.

1) Особенности источников социальной поддержки:

а) семья (при ее наличии – учет следующих характеристик): тип взаимоотношений с референтным членом семьи, ожидания от больного, компоненты эмоциональной экспрессии, отношения семьи с внешним окружением, нагрузка на семью;

б) внесемейное окружение (учет следующих характеристик): 1 – влияния, оказываемого на больного формальным (коллеги по работе) и неформальным (друзья) окружением; 2 – качества работы социальных институтов (медиков, социальных работников, других организаций), призванных помогать больному в его социализации и разрешении психосоциальных проблем.

2) Функция получаемой социальной поддержки:

а) в семье – эмоциональная и инструментальная. Эмоциональная социальная поддержка – отношение к пациенту со стороны ближайших родственников,

способствующее или препятствующее самоутверждению больного и связанное с принципами «партнерства» или «патернализма» по отношению к нему. **Инструментальная социальная поддержка** – это объем осязаемой, материальной, непосредственной помощи. Такая помощь включает в себя содействие в овладении навыками самообслуживания, а также в решении повседневных бытовых проблем, обеспечении необходимыми продуктами питания, одеждой, предметами обихода, оплате коммунальных услуг, получении пенсии, покупке продуктов и т. п. Эмоциональная и инструментальная социальная поддержка оценивается как достаточная или недостаточная для решения задач индивидуальной для каждого больного реабилитационной программы. Важна также фиксация явно чрезмерного количества навязываемой больному социальной поддержки, что в конечном счете может сформировать у него рентные установки или же – вызвать фрустрацию и оппозиционность по отношению к членам семьи;

б) во внесемейном окружении – эмоциональная (основанная на модели «непатологичности» и активизации жизненной позиции больного) **и инструментальная социальная поддержка** включает социально-бытовую и материальную помощь, мероприятия по восстановлению социального положения пациента: восстановление утраченных документов; восстановление родственных связей; оформление пенсий; помощь в получении льгот; решение жилищных вопросов; содействие в вопросах трудоустройства; содействие во взаимоотношениях больного с различными государственными, медицинскими и социальными службами, в помощи которых он нуждается (Власова Н.В., 2009). Важно определение объема социальной поддержки, так как недостаточная помощь, особенно по отношению к одиноким и потерявшим социальные связи больным, способствует их десоциализации, а сохраняющаяся в медицинских учреждениях тенденция к оказанию помощи, основанной на патернализме, приводит к тому, что пациенты в результате утрачивают навыки повседневной жизни (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2007).

3. Результирующая характеристика психосоциальных адаптационно-компенсаторных особенностей пациента: социальные проблемы и межличностные конфликты.

а) Социальные проблемы могут быть различными и касаться материального положения, жилищных условий, медицинского обслуживания, юридических вопросов, взаимодействия с государственными (в том числе правоохранительными) органами, а также других психосоциальных аспектов: этикетирующее отношение в производственной сфере или микросоциальном окружении, тенденция к дистанцированию или изоляции со стороны окружающих, перегрузка больного на работе, неадекватные условия труда и т. д.

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

б) Социальный блок функционального диагноза позволяет уточнить не только различные аспекты социальной фрустрированности больного, но и характер возможных **межличностных конфликтов** (дополнительно к сведениям, полученным при психологическом обследовании).

Общим для всех видов интерперсональных конфликтов является отсутствие согласия в сложившейся системе взаимодействия между людьми, столкновение противоположных целей, мотивов, точек зрения, интересов участников взаимодействия.

При межличностном типе конфликтов возникает ситуация, когда экспектации пациента в отношении каких-либо лиц не получают соответствующего отклика или когда со стороны этих лиц предъявляются фрустрационные требования, несовместимые с ценностными ориентациями или реальными возможностями пациентов. Такого рода межличностные конфликты могут возникать как в семье, так и на работе, в структуре партнерских отношений и т. п.

Анализ составляющих социального блока позволяет объективно определить наличие конфликтных зон социального взаимодействия, а данные психологического блока функционального диагноза помогают выявить наиболее патогенные психологические механизмы, обуславливающие существование этих неблагоприятных зон жиз-

ни индивида.

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

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

Интегративные характеристики биопсихосоциального функционирования

К интегративным характеристикам биопсихосоциального функционирования относятся: 1) тип приспособительного поведения, 2) уровень функционирования в различных социальных сферах, 3) качество жизни.

1. Тип приспособительного поведения

Приспособительное поведение представляет собой «биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью» (Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1984) и отражает стиль функционирования пациента в социуме. К представлению о приспособительном поведении близко понимание некоторыми авторами копинга, и нередко понятия «копинг» и «приспособительное поведение» используются синонимично. Но копинг является лишь одной из составляющих сложного феномена приспособительного поведения. Кроме того, при диагностировании копинга используется психологический метод исследования, а приспособительного поведения – клинический метод.

Клинически верифицированными оказались три типа приспособительного поведения психически больных, в двух из которых выделены отдельные варианты: I – конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты), II – регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты), III – морбидный.

I. Конструктивный тип. Важными характеристиками конструктивного поведения являются наличие у пациентов установки на сознательную мобилизацию своих «жизненных ресурсов» при решении поставленных задач, готовность к принятию ответственности за разрешение трудной ситуации, наличие достаточной самостоятельности и преимущественного расчета на собственные силы в преодолении повседневных трудностей. Характерными особенностями является установка на достижение социально одобряемых целей, получение полезных результатов. У больных с этим типом приспособительного поведения отмечаются развитое чувство долга и ответственности перед своим социальным окружением, желание быть ему полезным. Основные устремления этих больных соответствуют объективным требованиям жизни. Диапазон приспособительного поведения, относимого к конструктивному – от присущего поведению здоровых людей до соответствующего таковому лишь в своих стержневых чертах. Этот тип приспособительного поведения разделяется на два варианта: социальный и гиперсоциальный.

Пациентов с *социальным вариантом* приспособительного поведения объединяет стремление к удержанию достигнутых социальных позиций, зачастую они стараются достичь еще более высоких результатов. Их поведение не выглядит чем-то чужеродным и вполне соответствует общепринятым нормам. 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 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 це-

лей, склонностью к рационализации и педантизму. Стремление удержать завоеванные позиции или развить их осуществляется в форме односторонне повышенной социальной активности, резкой интенсификации деятельности (в том числе и за счет значительного напряжения сил). Такие действия, как правило, происходят в ущерб иным сторонам жизни больного и нередко вызывают разнообразные конфликты как с ближайшим окружением (семья, знакомые), так и в производственных (или учебных) коллективах. Эти пациенты производят впечатление фанатично настроенных, поражают окружающих своей ригидностью, полной приверженностью какой-либо идее, отсутствием в душевной жизни нормального многообразия жизненных красок, модулированной игры эмоций.

II. Регрессивный тип в целом характеризуется пассивной жизненной позицией, отступлением от достигнутых социальных успехов, отказом от борьбы за социально значимые цели, фиксацией ограниченного числа поведенческих стереотипов. В системе ценностей у этих пациентов преобладают индивидуалистические и эгоцентрические интересы, ориентированные преимущественно на достижение физического и психологического комфорта. Такая направленность способствует формированию пассивной жизненной позиции с формальными, малыми по глубине и бедными содержательно контактами с социальным окружением и проявляется либо в отчетливо потребительском отношении к близким и попытках манипулировать ими, либо в деятельности, ценность которой определяется лишь аутистическими интересами самих пациентов. Этим пациентам свойственно бегство от трудностей: уход от разрешения психологических конфликтов, мистификация действительности, боязнь неудач.

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

Защитно-ограждающий вариант поведения позволяет больным добиться самостоятельной реализации ограниченных целей при условии сознательного уменьшения объема деятельности и общения. Для таких пациентов характерно «отступление к малой жизни», что ведет к становлению консервативного уклада жизни с исполнением облегченных обязанностей, непереносимостью малейших перемен и уклонением даже от незначительных трудностей, если они непривычны. Наблюдается своеобразная перестройка всей жизненной позиции, стиля жизни, отношений с окружающими. Нередко стержнем нового существования становится культ здоровья, понимаемого как физическое благополучие, обеспечивающее максимальную продолжительность жизни. Вся жизнь и деятельность подобных больных сосредоточена вокруг физического закаливания, гигиенических мероприятий, диеты. Попытки коррекции подобного образа жизни со стороны близких или представителей медицины обычно наталкиваются на упорное сопротивление.

У пациентов с *искаженно-деятельным вариантом* приспособительного поведения отмечается смещение всех ресурсов личности на реализацию интересов, имеющих ярко выраженный аутистический характер: особое литературное или художественное творчество, написание философских трактатов, изучение иностранных языков (без планов их 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, чаще непродуктивна. Зачастую этот вариант поведения сочетается с особым искажением социальных связей: больные тяготеют к участию в асоциальных группах, где предпочтительным времяпрепровождением являются бессодержательные «философские» диспуты на крайне отвлеченные, «теоретические» темы и привычны алкоголизация, наркотизация, сексуальная «раскрепощенность».

В случае *зависимого варианта* приспособления больные постоянно перекалывают все виды ответственности на окружающих. Продуктивная деятельность таких пациентов чрезвычайно низка, образ жизни в целом направлен на удовлетворение чисто утилитарных личных потребностей, при этом интересы ближайшего окружения игнорируются. Характерным является и полный уход от трудностей жизни: больной ждет, что все сложные житейские ситуации будут разрешены окружающими.

В части случаев у больных имеется внешне как будто неплохая трудовая адаптация, но на поверку она оказывается следствием усилий близких пациента: ему предоставляется работа облегченного типа, или трудовая деятельность ограничивается приходом на место работы, а основные его обязанности выполняют другие лица (чаще всего – члены семьи).

В качестве подварианта зависимого поведения можно рассматривать рентно-потребительское. В системе ценностных ориентаций этих пациентов преобладают индивидуалистические и эгоцентрические интересы, направленные преимущественно на достижение для них другими лицами материальных благ, физического комфорта и т. п. Такая личностная направленность проявляется в форме четко выраженного потребительского отношения к людям при низкой собственной жизненной активности. В структуру этого варианта приспособления входят госпитализм и неогоспитализм. Формирующиеся при неогоспитализме рентные установки пациентов возникают не только в лечебных учреждениях, но и в домашних условиях, характеризующихся теплой обстановкой и отгороженностью от внешнего мира.

III. Морбидный тип приспособления характерен для больных, у которых актуальная психопатологическая симптоматика достигает такой выраженности (тяжелые обсессивно-фобические проявления, аффективные расстройства психического уровня, расстройства восприятия и синдром психического автоматизма, бред, расстройства сознания, кататонно-гебефренические проявления, выраженные формальные расстройства мышления, тяжелый дефект и т. д.), когда в основном она, а не особенности личности, определяет поведение.

Клинически выделенные типы и варианты приспособительного поведения позволяют врачу не только понять основное направление адаптационно-компенсаторной деятельности конкретного больного, но и в определенной степени прогнозировать социальную адаптацию пациента.

2. Уровень функционирования в различных социальных сферах

Социальная адаптация (социальное восстановление) – это показатель степени ее соответствия жизненным требованиям. Оценка уровня социальной адаптации в значительной мере соотносится с существующими в обществе критериями социальной приемлемости человека (Кашкаров В.И., Днепровская С.В., Вид В.Д., 1985). Таким образом, количественная оценка социальной адаптации – это мера успешности функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общественных норм. Она может быть представлена (и измерена) как вектор уровней функционирования в различных социальных сферах. По уровню социального функционирования можно судить о результатах лечебно-восстановительного воздействия на больного и решать вопросы его трудоустройства, дееспособности и др.

Нами для фиксации уровня функционирования предложена категориально валидизированная шкала социальной активности. Успешность функционирования в каждой из семи сфер социального функционирования ранжируется по 5-балльной системе. Эти сферы следующие: производственная, межличностных отношений, супружеских отношений, воспитания детей, отношений с родителями, организации быта, сексуальных отношений. Описание содержательных характеристик каждого уровня в различных социальных сферах представлено в Приложении 3. Апробация этой шкалы была осуществлена на большом числе больных шизофренией и аффективными расстройствами и показала свою пригодность для этого контингента психически больных.

Количественная оценка социальной адаптации психически больных не является константной величиной и зачастую характеризуется неравномерностью успешности функционирования в разных социальных сферах, что является не только показателем имеющегося на момент обследования у больного уровня социальной адаптации, но и маркером «болевых адаптационных точек», требующих использования специально организованных реабилитационных мероприятий.

3. Качество жизни

К настоящему времени стало общепризнанным, что при выборе любых мер лечебного воздействия, помимо узко клинических критериев, следует учитывать также изменение субъективного ощущения благополучия пациента, то есть качества его жизни. Термином «качество жизни» в медицине обозначают восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем. В отличие от объективных показателей функционирования, которые отражают социально приемлемые нормы, субъективные индикаторы призваны установить относительную важность различных сфер жизни для каждого индивида, его собственные предпочтения. При этом принципиальным отличием научно обоснованных инструментальных показателей качества жизни от обычных субъективных мнений пациентов является их объективированность.

В любом лечебном процессе усилия специалистов сталкиваются с внутренней самотерапевтической активностью больного, который интегрирует свой опыт переживания болезни в собственную программу борьбы с нею. И эта его внутренняя установочная, в значительной мере неосознаваемая, программа зачастую вступает в противоречие с врачебной и в определенной мере блокирует ее в форме нонкомплайенса. Другими словами, именно отношение пациента к жизни мотивирует его участие в лечении, а также в восстановлении и совершенствовании своей адаптации.

Изучение факторов, влияющих на субъективную оценку качества жизни, показало, что она в большей степени зависит от особенностей личности больного, способности справиться со стрессовыми ситуациями, чем от выраженности психопатологических расстройств (Ritsner и соавт., 2003, цит. по: Морозова М.А., Бениашвили А.Г., 2008). Отражая удовлетворенность пациента различными сторонами его психологического и социального функционирования, характеристика качества жизни включает и удовлетворенность пациента от имеющейся у него социальной поддержки.

В последние десятилетия стандартным инструментом исследования внутреннего субъективного опыта больного выступают шкалы качества жизни, разработанные под эгидой ВОЗ. Мы рекомендуем пользоваться методикой ВОЗКЖ-100 (Бурковский Г.В. с соавт., 1998). Вопросник ВОЗКЖ-100 позволяет оценить качество жизни в 24 субсферах жизни больного, сгруппированных в шесть сфер:

Субсферы	Сферы
Общее качество жизни и состояние здоровья (Глобальное КЖ)	
1. Боль и дискомфорт 2. Энергия и усталость 3. Сон и отдых	1. Физическая сфера
4. Положительные эмоции 5. Познавательные способности 6. Самооценка 7. Образ тела и внешность 8. Отрицательные эмоции	2. Психологическая сфера
9. Подвижность 10. Выполнение повседневных дел 11. Зависимость от лекарств и лечения 12. Способность работать	3. Уровень независимости
13. Личные отношения 14. Социальная поддержка 15. Сексуальная активность	4. Социальная сфера
16. Свобода, безопасность и защищенность 17. Жилищные условия 18. Финансовые ресурсы 19. Медицинская / социальная помощь 20. Возможности для получения новой информации и навыков 21. Возможности для отдыха и развлечений 22. Физическое окружение (экология) 23. Транспорт	5. Окружающая среда
24. Духовность / религия / убеждения	6. Духовная сфера

Обнаружение неблагополучных, с точки зрения больного, сфер его жизни само по себе не содержит указаний о том, чем ему можно помочь. Но у специалистов появляется возможность сопоставления степени влияния на качество жизни пациента различных процессов, фиксируемых в рамках функционального диагноза, и значительно увеличить эффективность постановки реабилитационных целей и задач, а также надежность установления приоритетов в решении проблем конкретного больного.

Итак, измерение качества жизни отражает самую фундаментальную мотивационную систему индивида, а именно – его удовлетворенность жизнью, и дает возможность оптимизировать лечебный процесс, развивая те виды терапии, которые дают максимальный вклад в улучшение качества жизни.

Характеризуя в целом **интегративные характеристики биопсихосоциального функционирования**, можно сказать, что: 1) **тип приспособительного поведения** позволяет определить стиль жизни, способ деятельности пациента, то есть является качественной характеристикой процесса его функционирования; 2) **уровень функционирования в различных социальных сферах** отражает объективный результат, успешность больного; 3) **качество жизни** показывает степень удовлетворенности своим состоянием и жизнью в целом. Таким образом, интегративные характеристики являются главными обобщающими показателями функционального диагноза и могут служить надежными индикаторами эффективности терапевтических вмешательств.

Эффективность метода

Работа по конструированию схемы функционального диагноза и уточнению отдельных его параметров проводилась на отделении внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского НИПНИ им. И.М. Бехтерева с 2006 года в процессе исследования и лечения 583 больных с различными формами шизофрении и аффективными расстройствами. Функциональный диагноз, представленный в пособии, апробирован на 80 пациентах, что позволило убедиться в преимуществе данной «стереоскопической» системной модели диагностики и в необходимости и достаточности конкретных ее составляющих.

Целостная оценка психического состояния больного (функциональный диагноз) может быть описана в рамках триединого подхода, при этом каждая составляющая формулируется в присущих ей диагностических категориях: клинко-биологических, психологических и социальных, отражаясь в интегративных характеристиках функционального диагноза. Системообразующим фактором функционального диагноза являются адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер функционирования пациента. Функциональный диагноз позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом и психосоциальном уровне, то есть является системой многосторонней оценки состояния больного, основанной на единых теоретических позициях.

Таким образом, нами предлагается новый диагностический подход, позволяющий всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и функционировании пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения, что дает возможность конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных и дает надежный инструмент взаимодействия различных специалистов в области психического здоровья.

Включение в клиническую методологию функционального диагноза предполагает его использовать как в полном, так и в редуцированном виде, ориентируясь в этом случае только на результирующие характеристики и интегративные показатели функционального диагноза.

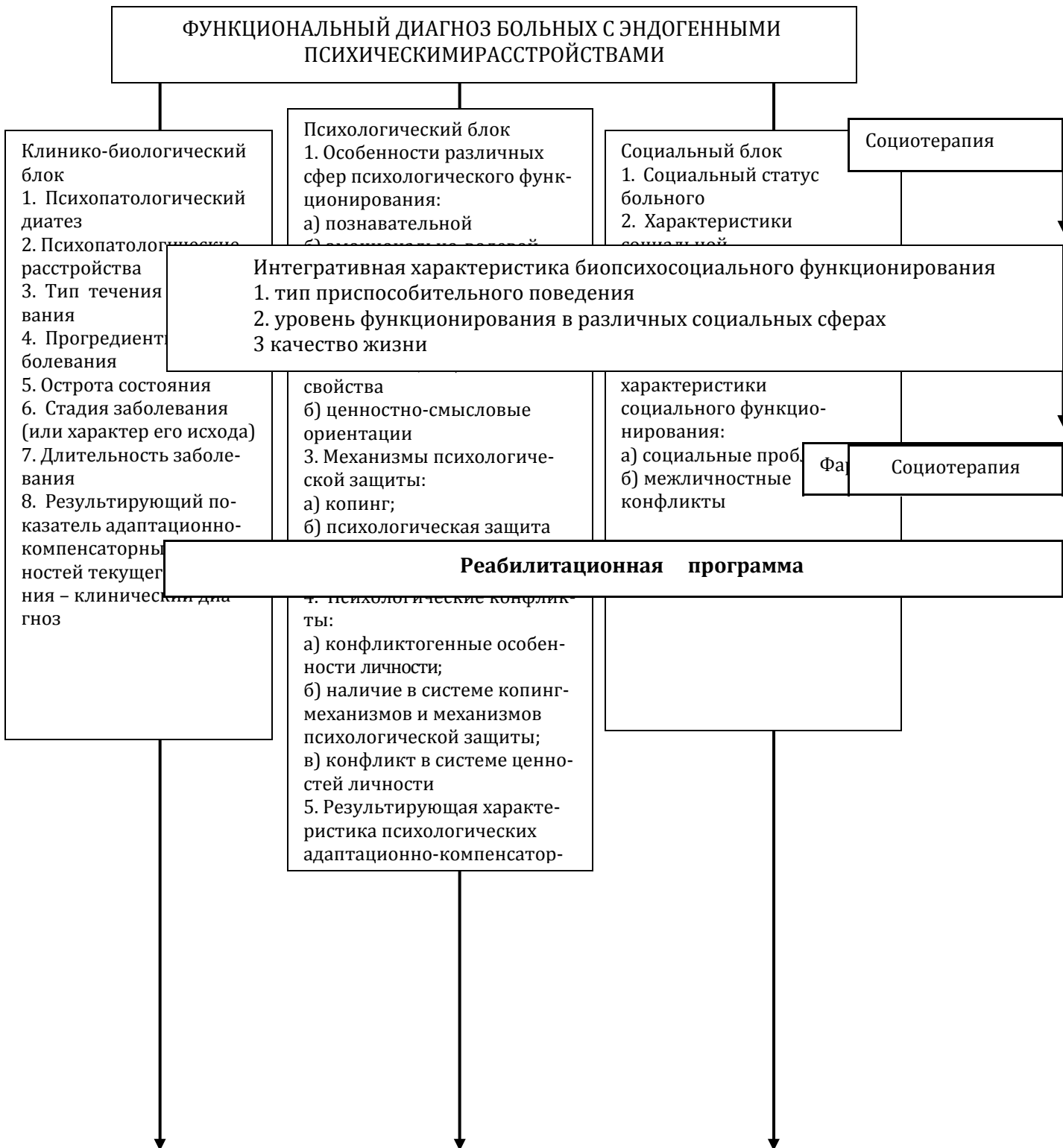
Анализ всех параметров функционального диагноза позволяет сформулировать реабилитационную программу конкретного больного в рамках осуществляемого по

отношению к нему биопсихосоциального подхода. Характеристики клинико-биологического блока функционального диагноза определяют, прежде всего, врачебную стратегию в отношении прогноза течения заболевания и направления психофармакологических воздействий, психологического – направление индивидуализированных психокоррекционных воздействий, психосоциального – объем и особенности социотерапевтических мероприятий, обусловленных особенностями социальной ситуации, имеющейся у конкретного больного. Разработка на основе функционального диагноза индивидуальной реабилитационной программы больного способствует его лучшему клиническому и социальному восстановлению, что в конечном счете приводит к формированию более высокого уровня его адаптации. В частности, катamnестическое наблюдение в течение года позволило обнаружить, что из 80 пациентов, по отношению к которым использовалась функциональная диагностика, в 1,2 раза оказалось больше пациентов с хорошей и удовлетворительной социальной адаптацией, чем среди 118 больных, страдающих аналогичными психическими расстройствами, диагностируемых без использования функционального диагноза.

Список литературы

1. Аведисова А.С. Новые проблемы психофармакотерапии / А.С. Аведисова. – М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005. – 170с.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. – М.: Наука, 1980. – 196 с.
3. Аристова Т.А. Исследование расстройств волевой сферы и смысложизненных ориентаций у больных с эндогенными психозами / Т.А. Аристова, Н.Н. Петрова, Е.В. Шмидт // Реабилитология: сб. науч. тр. – М., 2003. – С. 496–499.
4. Аристова Т.А. Изучение особенностей полоролевой идентичности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией / Т.А. Аристова // Третий всероссийский съезд психологов «Психология и культура». – СПб., 2003. – С. 154–158.
5. Бизюк А.П. Компьютеризованная экспресс-методика самооценки тревожности / А.П. Бизюк // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1995. – № 3–4. – С. 23–29.
6. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – М.: АCADEMIA, 2003. – 725 с.
7. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении / В.Д. Вид. – СПб., 1993. – 236 с.
8. Власова Н.С. Социальная служба в психиатрическом стационаре / Н.С. Власова // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / Под ред. О.В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Том II. – С. 66–74.
9. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией / В.М. Воловик // Реабилитация больных психозами. – Л., 1981. С. 62–71.
10. Воловик В.М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией / В.М. Воловик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина // Ранняя реабилитация психически больных. – Л., 1984. – С. 39–46.
11. Гурович И.Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии / И.Я. Гурович, Я.Л. Сторожакова // Соц. и клин. психиатр. – 1998. – № 4. – С. 5–20.
12. Гурович И.Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. – 2-е изд. / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер. – М., 2007. – 180 с.
13. Иванов М.В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / М.В. Иванов, Н.Г. Незнанов. – СПб., 2008. – 287 с.
14. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов / Г.В. Бурковский, М.М. Кабанов, А.П. Коцюбинский и др. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 57 с.
15. Кашкаров В.И. Многопрофильная квалификация больных эндогенными психозами при восстановительном лечении: Методические рекомендации / В.И. Кашкаров, С.В. Днепровская, В.Д. Вид. – Л., 1985. – 47 с.
16. Мельникова Ю.В. Значение психопатологического диатеза для социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.В. Мельникова. – СПб., 2008. – 22 с.
17. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001. – 33 с.
18. Методики психологической диагностики больных с эндогенными психическими заболеваниями: усовершенствованная медицинская технология / А.П. Коцюбинский, Т.А. Аристова, М.А. Дитятковский и др. – СПб., 2006. – 35 с.
19. Морозова М.А. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении / М.А. Морозова, А.Г. Бениашвили // Психиатрия и психофармакология. – 2008. – Т. 10. – № 2. – С. 4–12.

20. Пережогин Л.О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст. 22 УК РФ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.О. Пережогин. – М., 2001. – 23 с.
21. Петрова Н.Н., Аристова Т.А., Чернышева А.Ю. Влияние гендерных характеристик на психическую адаптацию больных эндогенными заболеваниями / Н.Н. Петрова, Т.А. Аристова, А.Ю. Чернышева // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. – Вып. 1, серия 11. – С. 46–51.
22. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 48 с.
23. Психопатологический диатез / Н.С. Шейнина, А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик и др. – СПб.: Гиппократ, 2008. – 128 с.
24. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 1999. – 414 с.
25. Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А.Б. Смулевич, А.С. Тиганов, Э.Б. Дубницкая; под ред. А.Б. Смулевича. – М.: Логос, 1992. – 176 с.
26. Смулевич А.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7. – № 4. – С. 3.
27. Сонник Г.Т. Негативные симптомы в структуре шизофрении / Г.Т. Сонник, В.М. Милявский // История Сабуровой дачи. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 345–346.
28. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем / К.В. Судаков. – АМН СССР. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.
29. Суслов В.И. Материалы и методики диагностики: Методика ценностно-векторного ранжирования / В.И. Суслов. – Л.: Изд-во: ЛГУ, 1993. – С. 25–28.
30. Точилев В.А. Классификация психических расстройств / В.А. Точилев // Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 291–305.
31. 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.
32. Чумаченко А.А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Чумаченко. – СПб., 2003. – 23 с.
33. Шейнина Н.С. Особенности проведения групповой психотерапии у разных контингентов психических больных: материалы IV Всероссийской конференции / Н.С. Шейнина, Т.А. Аристова // Психология и психотерапия. – СПб.: ИМА-ТОН, 2002. – С. 182–192.
34. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание: Монография / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксёнова и др. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
35. Bertalanffy L., von. General System Theory. – A Critical Review / L. von Bertalanffy // General Systems. – Vol. VII. – 1962. – P. 1–20.
36. Lazarus R.S. Coping and adaptation / R.S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine / W.D. Gentry (Ed.). – N.Y., 1984. – P. 282–325.
37. Leary T. Interpersonal diagnosis of personality / T. Leary. – N.Y., 1954.
38. Velligan D.I. Cognitive dysfunction in schizophrenia and its importance for the clinical outcome: the role of atypical antipsychotics / D.I. Velligan, A.L. Miller // J. Clin. Psychiat. – 1999. – Vol. 60 (suppl. 23). – P. 25–28.



ФИО врача _____

КОДИРОВОЧНАЯ КАРТА

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ			
ФИО			
Пол (0 - женский, 1 - мужской)			
Возраст			
Длительность заболевания (годы)			
КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
1. Психопатологический диатез (признак отсутствует - 0; признак присутствует - 1)			
1.1	Эпизодическая форма психопатологического диатеза		
1.1.1	ЭР - Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:		
1.1.1.1	Психомоторные нарушения		
1.1.1.2	Неспецифические нарушения сна		
1.1.1.3	Сверхценные страхи		
1.1.2	ЭП - Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:		
1.1.2.1	«Диссомнические» (особые формы нарушения сна)		
1.1.2.2	«Шизотропные» (эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психических расстройств)		
1.1.2.3	«Аффектотропные» (внешне немотивированные спады настроения и активности)		
1.2	Промежуточная форма психопатологического диатеза (ПФ):		
1.2.1	Астено-дистимические эпизоды		
1.2.2	Психосоматические и истерические реакции		
1.3	Константная форма психопатологического диатеза (КФ):		
1.3.1	Диссоциированность (а, б, в, г)*		
1.3.2	Дефицитарность (ущербность психики):		
1.3.2.1	Тотальная - а, б **		
1.3.2.2	Парциальная (дефицитарность в определенных сферах - а, б, в, г, д)***		
* а) противоречивость характерологических черт; б) несоответствие субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения; в) неравномерность уровня развития различных сторон психики; г) несоответствие чрезмерно развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности внешней сдержанности в проявлении эмоций;			
**а) явления психического инфантилизма; б) проявления «псевдопсихопатий», напоминающие постпроцессуальное развитие личности;			
*** а) интеллектуальной, б) эмоциональной, в) «энергетической», г) коммуникативной, д) сексуальной			
2. Психопатологические расстройства (признак отсутствует - 0; признак присутствует - 1)			
2.1.	Позитивные расстройства:	Г (госп.)	В (вып.)
2.1.1	Невротические (неврозоподобные) расстройства		
2.1.2	Психопатические (психопатоподобные) расстройства		
2.1.3	Паранойяльные расстройства		
2.1.4	Бредовые расстройства		
2.1.5	Расстройства ощущений (сенестопатии)		
2.1.6	Расстройства восприятия (иллюзии - 1 балл, галлюцинации - 2 или 3 балла)		
2.1.7	Явления психического автоматизма		
2.1.8	Формальные расстройства мышления (включая синдром метафизической интоксикации)		
2.1.9	Расстройства памяти (дисмнезии, конфабуляции)		

2.1.10	Кататонические расстройства		
2.1.11	Расстройства сознания		
2.1.12	Судорожные явления		
2.2	Аффективные расстройства:		
2.2.1	Маниакальный аффект		
2.2.2	Депрессивный аффект		
2.2.3	Смешанный аффект		
2.2.4	Тревожные расстройства (включая соматоформные)		
2.3	Когнитивные расстройства:		
2.3.1	Расстройства внимания		
2.3.2	Расстройства памяти		
2.3.3	Расстройства исполнительских функций		
2.4	Негативные расстройства:		
2.4.1	Снижение активности		
2.4.2	Снижение эмоциональности		
2.4.3	Снижение волевого потенциала		
3. Тип течения заболевания: 0 – транзиторный; 1 – циркулярный; 2 – рекуррентный; 3 – приступообразно-прогредиентный; 4 – непрерывный			
4. Прогрессиентность заболевания: 0 – нет; 1 – слабая; 2 – умеренная; 3 – выраженная; 4 – злокачественная			
5. Острота состояния: 0 – отсутствие психопатологических нарушений; 1 – резидуальные явления; 2 – хронические проявления; 3 – обострение амбулаторного уровня; 4 – подострое состояние; 5 – острое состояние			
6. Стадия заболевания: 0 – продромальная (инициальная); 1 – клиническая манифестация заболевания; 2 – прерацидив; 3 – рецидив (обострение); 4 – обратное развитие (становление ремиссии); 5 – стабилизация состояния (ремиссия); 6 – резидуальное состояние; 7 – конечное (исходное) состояние; 8 – выздоровление или интермиссия			
7. Длительность заболевания (годы):			
8. Клинический диагноз:			
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК			
1. Особенности различных сфер функционирования			
1.1. Познавательная сфера. Когнитивные процессы: 0 – нарушение отсутствует; 1 – легкое; 2 – среднее; 3 – выраженное			
1.1.1	Нарушения внимания:	Г	В
1.1.1.1	Нарушение концентрации		
1.1.1.2	Нарушение устойчивости		
1.1.1.3	Нарушение переключаемости		
1.1.1.4	Повышенная отвлекаемость		
1.1.1.5	Сужение объема внимания		
Сумма баллов уровня психологической дезадаптации (УПД) по сфере 1.1.1			
1.2.1	Нарушения памяти		
1.2.1.1	Нарушения непосредственной памяти:		
1.2.1.1.1	Сужение объема памяти		
1.2.1.1.2	Нарушение кратковременной памяти		
1.2.1.1.3	Нарушение долговременной памяти		
1.2.1.1.4	Наличие конфабуляций		
1.2.1.2	Нарушение опосредованной памяти:		
1.2.1.2.1	Нарушение долговременной опосредованной памяти		
1.2.1.3	Нарушение динамики мнестической деятельности		
1.2.1.4	Наличие колебаний мнестической деятельности		
1.2.1.5	Нарушение мотивационного компонента памяти		
Сумма баллов УПД по сфере 1.2.1			
1.3.1	Нарушения мышления:		
1.3.1.1	Нарушение операциональной стороны мышления:		

1.3.1.1.2	Наличие искажения уровня обобщения		
1.3.1.1.3	Наличие латентных признаков		
1.3.1.1.4	Наличие неравномерности процесса обобщения		
1.3.1.1.5	Наличие вторично-конкретных признаков*		
1.3.1.1.6	Наличие расплывчатости*		
1.3.1.2	Наличие снижения уровня обобщения:		
1.3.1.2.1	Наличие конкретных признаков		
1.3.1.2.2	Нарастание конкретизации*		
1.3.1.3	Нарушение мотивационного, личностного компонента мышления:		
1.3.1.3.1	Наличие разноплановости		
1.3.1.3.2	Наличие резонерства		
1.3.1.3.3	Наличие нарушения критичности		
1.3.1.4	Нарушение динамики мыслительной деятельности:		
1.3.1.4.1	Заторможенность (замедление процесса мышления)		
1.3.1.4.2	Инертность (наличие персевераций, вязкости, ригидности)		
1.3.1.4.3	Откликаемость (ускорение процесса мышления)		
1.3.1.4.4	Лабильность (ускорение процесса мышления)		
* Может наблюдаться как при искажении, так и при снижении уровня обобщения			
Сумма баллов УПД по сфере 1.3.1			
Общая сумма баллов УПД по сфере 1.1			
1.2. Эмоционально-волевая сфера			
1.2.1.	Наличие тревоги. Интегративный тест тревожности (рассчитывается по общему показателю):		
1.2.1.1	Личностная тревога: 0–3 (0) – отсутствует; 4–5 (1) – легкая; 6–7 (2) – средняя; 8–10 (3) – выраженная		
1.2.1.2	Ситуационная тревога: 0–3 (0) – отсутствует; 4–5 (1) – легкая; 6–7 (2) – средняя; 8–10 (3) – выраженная		
Сумма баллов УПД по сфере 1.2.1			
1.2.2	Наличие депрессии:		
1.2.2.1	Шкала самооценки депрессии (шкала Зунга): Шкала уровня депрессии (УД) менее 50 (0) – нет депрессии; УД – 50–59 (1) – легкий уровень; УД – 60–69 (2) – средний уровень; УД > 70 (3) – тяжелый уровень		
1.2.2.2	ММРІ (2 шкала): до 65 – отсутствует (0); 65–71 – легкая (1); 72–75 – средняя (2); выше 75 – выраженная (3)		
1.2.3	Наличие мании: ММРІ (9шкала) до 65 – отсутствует (0); 65–71 – легкая (1); 72–75 – средняя (2); выше 75 – выраженная (3)		
Сумма баллов УПД по сфере 1.2.2 – 1.2.3			
1.2.4	«Методика оценки волевых расстройств» Л.О. Пережогина	Стандартные баллы*	
1.2.4.1	Нарушение волевых действий (ВД)		
1.2.4.2	Преодоление препятствий (ПП)		
1.2.4.3	Преодоление конфликта (ПК)		
1.2.4.4	Преднамеренная регуляция (ПР)		
1.2.4.5	Автоматизмы и навязчивости (АВ)		
1.2.4.6	Мотивы и влечения (МВ)		
1.2.4.7	Прогностическая функция (ПФ)		
* При стандартных баллах в графах 4.2.4.2.1 – 4.2.4.2.7 до 50 – УПД (0) – нарушение отсутствует; 50–60 – УПД (1) – легкое; 61–75 – УПД (2) – среднее; выше 75 – УПД (3) – выраженное			
Сумма баллов УПД по сфере 1.2.4			
Общая сумма баллов УПД по сфере 1.2			
2. Личностные особенности пациентов			
2.1	Индивидуально-личностные, характерологические особенности пациента, социальные свойства (ММРІ)		
	Название шкалы	Г	В
2.1.1	Ипохондричность		
2.1.2	Депрессивность*		

2.1.3	Истеричность				
2.1.4	Психопатизация				
2.1.5	Маскулинность – фемининность				
2.1.6	Паранояльность				
2.1.7	Психастения				
2.1.8	Шизоидность				
2.1.9	Маниакальность*				
2.1.10	Социальная интроверсия				
2.1.11	Общий балл				
* Пункты 5.1.2 и 5.1.9 – рассматривались в разделе 4.2.2 и поэтому исключаются при подсчете УПД в этой сфере					
Выраженность характерологических особенностей: менее 60 баллов – отсутствует (0); 60–70 баллов – легкая (1); 71–75 баллов – средняя (2); выше 75 баллов – выраженная (3)					
Сумма баллов УПД по сфере 2.1					
2.2 Ценностно-смысловые ориентации (Методика ценностно-векторной структуры «Я» В.И. Суслова)					
<i>Ценностно-смысловые ориентации</i>		Г		В	
		Ранг	Разность Ц–В	Ранг	Разность Ц–В
2.2.1	<i>Ценности (Ц):</i>				
2.2.1.1	<i>Здоровье (физическое и психическое)*</i>				
2.2.1.2	<i>Материальные ценности (деньги, богатство)</i>				
2.2.1.3	<i>Интересная работа</i>				
2.2.1.4	<i>Общение с друзьями</i>				
2.2.1.5	<i>Знание, наука</i>				
2.2.1.6	<i>Красота, искусство</i>				
2.2.1.7	<i>Общественное признание</i>				
2.2.1.8	<i>Любовь (физическая и духовная близость с любимым человеком)</i>				
2.2.1.9	<i>Власть – право принимать решения</i>				
2.2.1.10	<i>Идеология (мораль, философия, религия)</i>				
2.2.2	<i>Векторы (В):</i>				
2.2.2.1	<i>Избегание (избегание опасностей, конфликтов)</i>				
2.2.2.2	<i>Приобретение (приобретение материальных ценностей)</i>				
2.2.2.3	<i>Построение (трудолюбие, продуктивность в работе)</i>				
2.2.2.4	<i>Экспрессия (открытое выражение чувств, мыслей, искренность)</i>				
2.2.2.5	<i>Рецепция (восприятие, принятие мира таковым, каков он есть; реальная оценка происходящего)</i>				
2.2.2.6	<i>Изменение (стремление к новому, творчество)</i>				
2.2.2.7	<i>Нападение (нападение, умение не отступать перед трудностями, смелость)</i>				

2.2.2.8	<i>Трансмиссия (стремление делиться с другими людьми без боязни потерять себя; альтруизм)</i>				
2.2.2.9	<i>Сохранение (сохранение порядка, аккуратность, воля, самоконтроль)</i>				
2.2.2.10	<i>Неприятие (непримиримость к недостаткам, злу)</i>				
* Выделенные курсивом пункты здесь и далее не входят в расчет баллов УПД, но учитываются при общем анализе кодировочной карты					
2.2.3	Показатели, характеризующие разбалансированность системы ценностей и способа их реализации, то есть нарушение ценностно-векторной структуры «Я» пациента:				
Разница между рангом ценности и рангом соответствующего вектора менее 4 позиций (0) или 4 позиции и более (1)				Г	В
2.2.3.1	2.2.1.1. Ц – 2.2.2.1. В				
2.2.3.2	2.2.1.2. Ц – 2.2.2.2. В				
2.2.3.3	2.2.1.3. Ц – 2.2.2.3. В				
2.2.3.4	2.2.1.4. Ц – 2.2.2.4. В				
2.2.3.5	2.2.1.5. Ц – 2.2.2.5. В				
2.2.3.6	2.2.1.6. Ц – 2.2.2.6. В				
2.2.3.7	2.2.1.7. Ц – 2.2.2.7. В				
2.2.3.8	2.2.1.8. Ц – 2.2.2.8. В				
2.2.3.9	2.2.1.9. Ц – 2.2.2.9. В				
2.2.3.10	2.2.1.10. Ц – 2.2.2.10. В				
Сумма баллов УПД по сфере 2.2					
3. Механизмы психологической адаптации					
3.1	Копинг-механизмы (в процентах):				
3.1.1	<i>Конфронтативный</i>				
3.1.2	<i>Дистанцирование</i>				
3.1.3	<i>Самоконтроль</i>				
3.1.4	<i>Поиск социальной поддержки</i>				
3.1.5	<i>Принятие ответственности</i>				
3.1.6	<i>Бегство-избегание</i>				
3.1.7	<i>Планирование</i>				
3.1.8	<i>Положительная переоценка</i>				
3.2	Наличие среди ведущих копинг-механизмов непродуктивных (0; 1):				
3.2.1	Конфронтативный				
3.2.2	Дистанцирование				
3.2.3	Бегство-избегание				
3.3	Невостребованность продуктивных копингов (0; 1):				
53.3.1	Планирование				
53.3.2	Положительная переоценка				
53.3.3	Поиск социальной поддержки				
53.3.4	Принятие ответственности				
Сумма баллов УПД по сфере 3.2–3.3					
3.4	Механизмы психологической защиты (ЗМ) – в процентах				
3.4.1	<i>Отрицание</i>				
3.4.2	<i>Вытеснение</i>				
3.4.3	<i>Регрессия</i>				
3.4.4	<i>Компенсация</i>				
3.4.5	<i>Проекция</i>				
3.4.6	<i>Замещение</i>				
3.4.7	<i>Интеллектуализация</i>				
3.4.8	<i>Реактивные образования</i>				
3.4.9	<i>Общая напряженность</i>				

3.4.10	Наличие среди ведущих незрелых ЗМ (0; 1):				
3.4.10.1	Отрицание				
3.4.10.2	Вытеснение				
3.4.10.3	Регрессия				
3.4.10.4	Проекция				
3.4.11	Выраженность ЗМ до 70% включительно (0), более 70 % (1):				
3.4.11.1	Отрицание				
3.4.11.2	Вытеснение				
3.4.11.3	Регрессия				
3.4.11.4	Компенсация				
3.4.11.5	Проекция				
3.4.11.6	Замещение				
3.4.11.7	Интеллектуализация				
3.4.11.8	Реактивные образования				
3.4.12	Общая напряженность защит до 60% включительно (0), более 60% - (1)				
Сумма баллов УПД по сфере 3.4					
Общая сумма баллов УПД по сфере 3.2-3.4					
3.5	Типы отношения к болезни (ТОБОЛ)				
3.5.1	Типы отношения к болезни первого блока, не влияющие на дезадаптацию (в баллах):				
3.5.1.1	<i>Гармонический</i>				
3.5.1.2	<i>Эргопатический</i>				
3.5.1.3	<i>Анозогнозический</i>				
3.5.2	Ведущие типы отношения к болезни во втором блоке:				
		Стандартные баллы		Баллы по УПД (0; 1)	
		Г	В	Г	В
3.5.2.1	Тревожный (Т)				
3.5.2.2	Ипохондрический (И)				
3.5.2.3	Неврастенический (Н)				
3.5.2.4	Меланхолический (М)				
3.5.2.5	Апатический (А)				
3.5.3	Ведущие типы отношения к болезни в третьем блоке:				
3.5.3.1	Сенситивный (С)				
3.5.3.2	Эгоцентрический (Э)				
3.5.3.3	Паранойяльный (П)				
3.5.3.4	Дисфорический (Д)				
Сумма баллов УПД по сфере 3.5					
Общая сумма баллов УПД по сфере 3					
4. Психологические внутрличностные конфликты (0; 1)					

4.1	Конфликтогенные особенности личности (см. пункты 2.1 психологического блока – шкалы ММРІ)		Г	В
4.1.1	Сочетание психастенического и истероидного радикалов (7 и 3 шк.)			
4.1.2	Сочетание истероидного и шизоидного радикалов (3 и 8 шк.)			
4.1.3	Сочетание повышенной импульсивности и сверхконтроля за эмоциями и поведением (4 и 7 шк.)			
Сумма баллов УПД по сфере 4.1				
4.2	Наличие конфликтов в системе копинг-механизмов и механизмов психологической защиты (0; 1)			
4.2.1	Наличие дискордантности копинг-механизмов:			
4.2.1.1	Планирование – Бегство-избегание			
4.2.1.2	Поиск социальной поддержки – Конфронтация			
4.2.1.3	Конфронтация – Поиск социальной поддержки			
4.2.1.4	Поиск социальной поддержки – Дистанцирование			
4.2.1.5	Принятие ответственности – Бегство-избегание			
4.2.2	Наличие дискордантности в сочетании доминирующих защитных механизмов и копингов (0; 1)			
Доминирующие психологические защиты		Превалирующие копинг-стратегии		
4.2.2.1	Проекция	Поиск социальной поддержки		
4.2.2.2	Интеллектуализация	Бегство-избегание, принятие ответственности		
4.2.2.3	Замещение	Самоконтроль, положительная переоценка		
4.2.2.4	Отрицание	Самоконтроль, положительная переоценка		
4.2.2.5	Вытеснение	Принятие ответственности, положительная переоценка		
4.2.2.6	Регрессия	Принятие ответственности, самоконтроль		
Сумма баллов УПД по сфере 4.2				
4.3	Внутриличностный конфликт в системе ценностей личности Методика ценностно-векторного ранжирования В.И. Суслова Суммарная абсолютная разность ценностей и векторов, наличие конфликта в «Я-системе» личности: менее 10 баллов – отсутствует конфликт (УПД-0); 10–19 баллов – незначительный конфликт (УПД-1); 20–29 баллов – средне-выраженный конфликт (УПД-2); 30–50 баллов – выраженный конфликт (УПД-3).			
Сумма баллов УПД по сфере 4.3				
5. Результирующая характеристика психологических адаптационных особенностей пациента.				
Уровень психологической дезадаптации – УПД				
Сумма «сырых» баллов по всем сферам УПД (максимум – 188)				
Приведенные баллы УПД по формуле – $УПД = \sum X / M \cdot 100\%$, где X – полученный суммарный показатель по всем сферам; M – максимальный суммарный показатель по всем сферам:				
0–10 – дезадаптация отсутствует, 11–39 – легкий УПД, 40–99 – средний УПД, 100–188 – выраженный УПД				
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 – отсутствует			
1.6	Повседневная нагрузка (работа, учеба, быт): 0 – очень легкая, 1 – легкая, 2 – средняя, 3 – тяжелая, 4 – очень тяжелая			
1.7	Наличие инвалидности (по психическому заболеванию) или пенсии (по			

	возрасту): 0 – отсутствует; 1 – пенсия по возрасту; 2 – инвалидность 3 группы; 3 – инвалидность 2 группы; 4 – инвалидность 1 группы		
2.	Характеристики социальной поддержки		
2.1	Семья		
2.1.1	Тип взаимоотношений с референтным членом семьи (РЧС) – 0; 1		
2.1.1.1	Партнерский		
2.1.1.2	Гиперпротекция		
2.1.1.3	Гипопротекция		
2.1.1.4	Гармоничный		
2.1.1.5	Отчужденный (эмоционально-холодный)		
2.1.1.6	Открыто конфликтный		
2.1.1.7	С формированием симбиотических и коалиционных отношений		
2.2	Ожидания от больного РЧС: 0 – очень заниженные, 1 – слегка заниженные, 2 – адекватные, 3 – слегка завышенные, 4 – очень завышенные		
2.3	Компоненты эмоциональной экспрессии РЧС (0; 1)		
2.3.1	Высокий уровень критических замечаний		
2.3.2	Холодность и безразличие		
2.3.3	Чрезмерная вовлеченность в состояние больного		
2.3.4	Демонстрация враждебности		
2.3.5	Недостаток положительного эмоционального подкрепления		
2.4	Эмоциональная поддержка: 0 – достаточная (адекватная); 1 – чрезмерная (гиперопека); 2 – недостаточная (гипоопека); 3 – отсутствует		
2.5	Инструментальная поддержка: 0 – достаточная (адекватная); 1 – чрезмерная («паразитирование» больного); 2 – недостаточная; 3 – отсутствует		
2.6	Отношения семьи с внешним окружением (0; 1):		
2.6.1	Гармоничные		
2.6.2	Чрезмерная открытость		
2.6.3	Закрытость семьи от внешнего окружения		
2.7	Нагрузка на семью (0, 1)		
2.7.1	Финансовые потери		
2.7.2	Нарушение привычной семейной активности		
2.7.3	Нарушения в семейном досуге		
2.7.4	Нарушения привычных семейных интеракций		
2.7.5	Отрицательный эффект на здоровье		
2.8	Внесемейное окружение		
2.8.1	Неформальная группа: влияние неформальной группы на больного: 0 – адаптирующее, 1 – скорее адаптирующее, 2 – нейтральное, 3 – скорее дезадаптирующее; 4 – отсутствие неформальной группы		
2.8.2	Формальная группа: влияние ФГ на больного: 0 – адаптирующее, 1 – скорее адаптирующее, 2 – нейтральное, 3 – скорее дезадаптирующее; 4 – отсутствие формальной группы		
2.8.3	Качество работы социальных институтов (центры социального обслуживания населения, служба занятости, общественные и другие организации): 0 – высокое; 1 – среднее (формальное); 2 – низкое (плохое выполнение формальных обязанностей); 3 – отсутствует работа (не считая выплаты пенсий)		
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. Уровень функционирования в разных социальных сферах			
2.1	Функционирование в профессиональной сфере: 0 – успешно функционирует в условиях обычного производства или учебного заведения, 1 – при сниженной работоспособности, 2 – при стойко сниженной продуктивности, несоответствующей формальной квалификации, 3 – работа в ЛТМ и учеба в спец. ПТУ, 4 – не работает / не учится		
2.2	Функционирование в сфере межличностных взаимоотношений: 0 – содержательные и продуктивные контакты, 1 – контакты преимущественно формальные, 2 – контакты в основном формальные с элементами хаотичности, 3 – преимущественно асоциальные контакты, 4 – избегание всех видов общения		
2.3	Функционирование в сфере супружеских отношений: 0 – устойчивые супружеские отношения, продуктивное участие в жизни семьи, 1 – устойчивые супружеские отношения при краевом участии в жизни семьи, 2 – неустойчивые супружеские отношения при краевом участии в жизни семьи, 3 – находится в супружеских отношениях, но при деструктивном участии в жизни семьи, 4 – в разводе, 5 – отсутствие семьи		
2.4	Функционирование в сфере воспитания детей: 0 – выполняет основную работу по воспитанию детей / существенно помогает супругу, 1 – проявляет определенную заботу о детях, оказывает незначительную помощь супругу в их воспитании, 2 – ограничивается формальной заботой (включая материальную помощь), 3 – оказывает материальную помощь при фактическом отсутствии общения с детьми, 4 – не участвует / не оказывает материальную помощь; 5 – отсутствие детей		
2.5	Функционирование в родительской семье: 0 – продуктивное участие в жизни семьи при неформальном выполнении сыновних/дочерних обязанностей, 1 – продуктивное участие в жизни семьи при формальном отношении к своим обязанностям, 2 – ограниченное, краевое участие при формальном выполнении обязанностей, 3 – деструктивное участие, 4 – полное неучастие; 5 – отсутствие родительской семьи		
2.6	Функционирование в сфере организации быта повседневной жизни: 0 – самостоятельное эффективное ведение хозяйства, 1 – постоянные сложные бытовые функции в семье при отсутствии инициативы, 2 – выполнение конкретных бытовых поручений, 3 – формальное выполнение мелких поручений при существовании за счет других членов семьи, 4 – элементарное самообслуживание/обслуживание другими членами семьи		
2.7	Функционирование в сфере сексуальных отношений: 0 – постоянные сексуальные контакты при отсутствии проблем во взаимоотношениях, 1 – непостоянные или случайные сексуальные контакты при отсутствии проблем во взаимоотношениях, 2 – постоянная связь с одним партнером при затруднении контактов с другими или отсутствие контактов по объективным причинам, 3 – непостоянные связи при затруднении общения, 4 – отсутствие связей		
2.8	Средний балл (общая сумма баллов по всем сферам, в которых функционирует больной, делится на количество этих сфер)		
3. Качество жизни			
3.1	Физическая сфера:		
3.1.1	Боль и дискомфорт		
3.1.2	Энергия и усталость		
3.1.3	Сон и отдых		
3.2	Психологическая сфера:		
3.2.1	Положительные эмоции		
3.2.2	Познавательные способности		
3.2.3	Самооценка		
3.2.4	Образ тела и внешность		
3.2.5	Отрицательные эмоции		
3.3	Уровень независимости:		
3.3.1	Подвижность		

3.3.2	Выполнение повседневных дел		
3.3.3	Зависимость от лекарств и лечения		
3.3.4	Способность работать		
3.4	Социальная сфера:		
3.4.1	Личные отношения		
3.4.2	Социальная поддержка		
3.4.3	Сексуальная активность		
3.5	Окружающая среда:		
3.5.1	Свобода, безопасность и защищенность		
3.5.2	Жилищные условия		
3.5.3	Финансовые ресурсы		
3.5.4	Медицинская/социальная помощь		
3.5.5	Возможности для получения новой информации и навыков		
3.5.6	Возможности для отдыха и развлечений		
3.5.7	Физическое окружение (экология)		
3.5.8	Транспорт		
3.6	Духовная сфера:		
3.6.1	Духовность / религия / убеждения		
3.7	Общее качество жизни и состояние здоровья (Глобальное КЖ)		

Подписано в печать 20.10.2010. Формат 60 x 84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В. М. Бехтерева

Печать ризографическая. Усл. печ. л. 1.

Заказ № 302/11. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В. М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80