

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОЗИЦИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА. ЧАСТЬ 1**

**Кузнецова С.Л.<sup>1</sup>, Коцюбинский А.П.<sup>2</sup>, Петрова Н.Н.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Кузнецова Светлана Леонидовна

кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия. Тел.: 8 (812) 670-02-40.

E-mail: leonidovna-s@bk.ru

<sup>2</sup> Коцюбинский Александр Петрович

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия. Тел.: 8 (812) 670-02-40.

E-mail: AK-369@mail.ru

<sup>3</sup> Петрова Наталия Николаевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Университетска наб., 7-9, Санкт-Петербург, 199034, Россия. Тел.: 8 (812) 321-06-83.

E-mail: petrova\_nn@mail.ru

### **Аннотация**

Организация психиатрической службы к концу XX века получила развитие в направлении так называемой «общественно-ориентированной психиатрии» или «терапии с опорой на общество» с перенесением основной части работы по реабилитации пациентов из стационарных во внебольничные условия и практической реализацией этой деятельности в форме бригадной помощи психически больным. Бригадный метод работы позволяет проводить комплексную диагностику состояния больного, оптимизирующую выбор программы реабилитации при помощи эффективного междисциплинарного взаимодействия членов полипрофессиональной бригады (с учетом области профессиональной деятельности каждого её члена), направленного на оптимизацию психического (биопсихосоциального) функционирования пациента. Последнее является важной содержательной характеристикой функционального диагноза и способно наглядно продемонстрировать реабилитационный потенциал личности. Комплексный анализ трёх составляющих психической адаптации (клинико-биологических, клинико-психологических и социальных) и внутреннего их взаимодействия позволил сформулировать представление об индивидуальном функциональном профиле адаптации при различных эндогенных заболеваниях.

Используемый в проведенном исследовании комплексный диагностический подход наглядно продемонстрировал определенную реципрокную связь между биологическими и психологическими характеристиками, определяющими социальную адаптацию пациентов. При этом показано, что социальная адаптация больных шизофренией в значительной мере связана с клиническими параметрами заболевания, удельный вес которых последовательно снижается при шизоаффективном расстройстве, оказываясь минимальным при биполярном аффективном расстройстве. В противовес этому психологические адаптационные характеристики имеют наибольшее значение для социальной адаптации при биполярном аффективном расстройстве, оказываясь минимально выраженными при наличии у больных шизофрении и занимая срединное положение при шизоаффективном расстройстве.

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

**Ключевые слова:** шизофрения; шизоаффективное расстройство; биполярное аффективное расстройство; адаптационно-компенсаторные механизмы; приспособительное поведение; копинг-стратегии; внутренняя картина болезни; механизмы психологической защиты; уровень социальной адаптации; социальное функционирование; функциональный профиль адаптации.

УДК 616.895.8-07

#### **Библиографическая ссылка**

Кузнецова С.Л., Коцюбинский А.П., Петрова Н.Н. Комплексный диагностический подход к оценке биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными психическими расстройствами с позиций функционального диагноза. Часть 1 // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 4. – С. 5. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14050

Поступила в редакцию: 30.01.2018 Прошла рецензирование: 01.06.2018 Опубликовано: 08.09.2018

## **Введение**

В рамках реабилитационного направления, которое имеет богатую историю и сложившиеся научные традиции [7; 10; 14; 16; 17; 25], сформирован современный всесторонний подход к рассмотрению явления психической адаптации, основанный на биопсихосоциальной парадигме природы психических расстройств [31], системно анализирующий основные параметры жизнедеятельности индивидуума — биологические, индивидуально-психологические и социальные [2; 8; 15; 24], взаимодействие которых определяет функциональные возможности пациентов — функциональный диагноз [4; 6; 18; 19; 20]. Разработка функционального диагноза представляет собой теоретическое обоснование необходимости и междисциплинарного характера работы полипрофессиональной бригады.

**Целью работы** являлась разработка диагностического инструмента для целостной оценки биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными психическими расстройствами и оптимизация реабилитационного подхода на основе полученных данных.

## **Материалы и методы**

Было проведено двухэтапное исследование. На первом этапе осуществлена выборка пациентов с расстройствами шизофренического спектра, а также с биполярным аффективным (БАР) и шизоаффективным расстройством (ШАР), госпитализированных в отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева для проведения сравнительного анализа клинико-психопатологических, клинико-психологических характеристик и социального функционирования этих пациентов. Второй этап представлял собой проведение групповой когнитивно-поведенческой психотерапии для группы больных с эндогенными психозами с последующим анализом эффективности проводимой реабилитационной работы. Критериями включения были: возраст от 18 до 65 лет, диагнозы «шизофрения», «биполярное аффективное расстройство» и «шизоаффективное расстройство», соответствующие диагностическими критериями МКБ-10 (диагностические рубрики по МКБ-10: F20, F25 и F31), критерии исключения: больные с сопутствующими тяжелыми острыми и хроническими соматическими заболеваниями, больные с онкологической патологией, органическими поражениями ЦНС, а также пациенты, страдающие алкогольной и/или наркотической зависимостью или с высоким риском суицидального и

агрессивного поведения. Доминирование в клинической картине маниакальных симптомов также являлось критерием исключения для второго этапа исследования. Было включено от 143 больных с эндогенными психическими расстройствами, соответствующих установленным критериям включения и не попадающих под критерии исключения. Всем больным и их родственникам был разъяснён характер предстоящего исследования, и они дали информированное согласие на участие в нем.

Распределение обследованных больных по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу

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

Данные о возрасте больных, давности заболевания, длительности и частоте имевшихся обострений представлены в таблице 2.

Таблица 2

Возраст больных и характеристики заболевания

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

Как видно из представленных данных, средний возраст больных шизофренией составил  $27,7 \pm 8,1$  года, больных шизоаффективным расстройством —  $29,9 \pm 11,7$  года, больных с биполярным аффективным расстройством —  $38,4 \pm 11,9$  года.

Были использованы клинико-психопатологический (с использованием психометрических методик), клинико-психологический, клинико-социологический и статистический методы изучения материала. Клинико-психопатологический метод включал целенаправленную беседу с пациентами, динамическое наблюдение за поведением больных, сбор объективного анамнеза, изучение медицинских сведений. Психическое состояние больных оценивалось при помощи психометрических шкал: шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) [34]; шкал общего клинического впечатления [32]: CGI-S (Clinical Global Impression — Severity, тяжесть состояния) и CGI-I (Clinical Global Impression — Improvement, степень улучшения).

Личностно-психологические характеристики, которые необходимо рассматривать при изучении психической адаптации, представляют собой активную личностную функцию, обеспечивающую согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни [20]. В качестве основополагающих в системе психологической адаптации выделяются традиционно три её составляющие: механизмы психологической защиты, стратегии совладающего (coping) поведения и внутренняя картина болезни [13; 27]. Л.И. Вассерман с соавторами [29; 30] рассматривает механизмы совладания и механизмы психологической защиты как способы адаптации к стрессовой ситуации, где копинг-поведение определяется как стратегия действия личности, направленная на устранение или переоценку ситуации психологической угрозы, а механизмы психологической защиты направлены на ослабление психического дискомфорта. Внутренняя картина болезни — понятие, введённое А.Р. Лурией [24], — может рассматриваться как особая форма психологической адаптации, являющаяся, с точки зрения В.Н. Мясищева, «важнейшей подсистемой психологической регуляции поведения человека» [27], которая формируется на основании базисных механизмов психологической адаптации в условиях развивающегося заболевания.

Клинико-психологический метод включал диагностику типа приспособительного поведения [28]; самооценку качества жизни — опросник КЖ2Ф [3]; изучение системы психологической защиты личности при помощи методики «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [29]; анализ механизмов совладания при помощи копинг-теста Лазаруса [23]; методику ТОБОЛ [30] для оценки отношения к болезни. Уточнение характера социальной адаптации производилось с применением шкал GAF (Global Assessment of Functioning — шкала общей оценки функционирования) [35]; YCA — диагностики уровня социальной адаптации [16] и шкалы социальной активности [28]. Обследование пациентов, участвовавших в групповой когнитивно-поведенческой терапии, проводилось при включении пациента в психотерапевтическую группу и по окончании участия в психотерапии. При включении проводились: сбор демографических характеристик, данных о течении заболевания и получаемом лечении, клиническое исследование психического статуса, клинико-психологическая оценка с использованием опросников ТОБОЛ, ИЖС, копинг-тест Лазаруса и КЖ2Ф, а также психометрическая оценка актуального состояния: оценка тяжести состояния по шкале общего клинического впечатления CGI-S. По окончании участия в групповой когнитивно-поведенческой терапии проводились: клиническое исследование психического статуса; клинико-психологическая оценка с использованием опросников ТОБОЛ, ИЖС, копинг-тест Лазаруса и КЖ2Ф, а также психометрическая оценка тяжести состояния по шкале общего клинического впечатления CGI-S и степени улучшения по шкале общего клинического впечатления CGI-I. Результаты были сведены в единую базу данных и обработаны с использованием математико-статистических программ STATISTICA 10.0, IBM SPSS Statistics и Microsoft Excel. Произведены расчёты средней арифметической (M), средне-квадратичного отклонения (δ). При математико-статистической обработке первичных данных основным методом был корреляционный, для оценки непараметрических данных использовался коэффициент корреляции Спирмена. Достоверность различий между результатами исследования групп оценивалась для параметрических данных по t-критерию Стьюдента для зависимых выборок, для непараметрических — по t-критерию Вилкоксона. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Для оценки различий между двумя независимыми выборками использовался U-критерий Манна — Уитни. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования**

В период обследования в клинической картине больных шизофренией, включённых в исследование, преобладали расстройства эмоционально-волевой сферы со снижением экспрессивности аффекта и коммуникативной функции, с некоторой эмоциональной отгороженностью, редуkcией энергетического потенциала и формированием устойчивой критики к перенесённому состоянию и заболеванию в



целом. Идеи персекуторного круга и галлюцинаторно-параноидная симптоматика, определявшая состояние и поведение больных в период обострения заболевания, редуцировались на фоне проводимой психофармакотерапии, а процессуальные расстройства мышления в виде паралогичности, соскальзываний и амбивалентности, хоть и были представлены в статусе больных, но не являлись определяющими в клинической картине. У больных с диагнозами «шизоаффективные расстройства» при обследовании обнаруживалась практически полная редукция продуктивной симптоматики, но при этом отмечалось некоторое притупление аффекта, ипохондрические переживания и явления когнитивных нарушений (трудности сосредоточения внимания, некоторая субъективно ощущаемая заторможенность). У пациентов, диагностированных в рамках биполярных расстройств, на фоне проводимой психофармакотерапии наблюдалась практически полная стабилизация аффекта с формированием полноценной критики.

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

Внутренняя картина болезни исследовалась с помощью методики ТОБОЛ. При этом отдельно рассматривались частота выявления различных типов отношения к болезни в группах больных в процентах (учитывающая, в том числе, диффузные и смешанные типы) и среднее балльное выражение каждого типа отношения к болезни.

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

При сопоставлении особенностей внутренней картины болезни больных шизофренией, ШАР и БАР (таблица 1) оказалось, что у всех обследованных пациентов выраженными являлись дезадаптивные типы: сенситивный тип отношения к болезни, который наибольшего значения достигал в группе больных ШАР ( $23,78 \pm 5,61$  балла,  $p < 0,05$ ) и эргопатический тип отношения к болезни (без существенных нарушений адаптации), наиболее выраженный также при ШАР ( $26,14 \pm 13,32$  балла,  $p < 0,05$ ).

Таблица 3

Внутренняя картина болезни при эндогенных психозах (баллы)

| Тип отношения к болезни | Шизофрения   |       | ШАР            |       | БАР          |      |
|-------------------------|--------------|-------|----------------|-------|--------------|------|
|                         | М            | ± δ   | М              | ± δ   | М            | ± δ  |
| Гармонический           | 19,11*       | 11,47 | 30,26*         | 10,40 | 21,39*       | 9,22 |
| Эргопатический          | <b>13,18</b> | 8,84  | <b>26,14**</b> | 13,32 | <b>17,17</b> | 8,75 |
| Анозогнозический        | <b>12,57</b> | 11,01 | 11,57          | 11,92 | 8,89         | 5,78 |
| Тревожный               | 10,28        | 8,94  | 12,00          | 7,70  | 11,22        | 6,95 |
| Ипохондрический         | 8,96         | 7,99  | 15,14          | 10,95 | 10,56        | 6,06 |
| Неврастенический        | 8,43         | 6,48  | 10,00          | 7,09  | 10,33        | 7,01 |

|                 |              |      |                |       |              |      |
|-----------------|--------------|------|----------------|-------|--------------|------|
| Меланхолический | 8,14         | 8,04 | 11,14          | 10,66 | 11,44        | 9,00 |
| Апатический     | 4,68         | 4,57 | 6,43           | 7,09  | 6,94         | 4,71 |
| Сенситивный     | <b>15,25</b> | 9,73 | <b>23,78**</b> | 5,61  | <b>17,50</b> | 9,15 |
| Эгоцентрический | 7,21         | 5,79 | 8,71           | 6,24  | 7,61         | 3,38 |
| Паранойальный   | 6,57         | 5,53 | 4,14           | 3,18  | 5,05         | 3,64 |
| Дисфорический   | 5,36         | 4,23 | 4,85           | 6,44  | 6,83         | 4,98 |

*Примечания:* \* — гармоничный тип отношения к болезни исключался из рассмотрения согласно правилам анализа данных [30];

\*\* —  $p < 0,05$  для указанных значений;

выделены значения, попадающие в диагностический интервал.

И эргопатический, и сенситивный типы отношения к болезни выявлялись при ШАР как в чистом виде (29,2% и 16,7% соответственно), так и в составе смешанных типов (29,0%), а в группе больных с БАР сенситивный тип отношения определялся преимущественно не как самостоятельный (6,2%), а в составе диффузных (40,6%) типов. При шизофрении третьим попадающим в диагностический интервал типом был анозогнозический ( $12,57 \pm 11,01$  балла;  $p < 0,05$ ). Было показано, что при ШАР и БАР, по сравнению с наблюдаемыми при шизофрении, чаще выявлялись гармонический и эргопатический типы отношения к болезни в «чистом» виде, что указывает на более высокие адаптационные возможности данных групп больных в сравнении с больными шизофренией.

Таким образом, изучение внутренней картины болезни у больных с эндогенными психическими расстройствами позволило установить снижение адаптационных возможностей во всех группах больных с преобладанием сенситивного типа реагирования, однако у больных с шизофренией наряду с повышенной чувствительностью в отношении заболевания выявлялась тенденция к отрицанию его тяжести и возможных последствий, в то время как для больных с БАР и ШАР подобная анозогнозическая тенденция не была характерна. Кроме того, при схожести профиля внутренней картины болезни у пациентов двух последних групп отчетливо прослеживалась склонность к более реалистичной, взвешенной оценке своего состояния.

Наиболее выраженными копинг-стратегиями во всех группах являлись поиск социальной поддержки и принятие ответственности, которые при простой шизофрении находились в диапазоне высокого напряжения адаптационных механизмов (76,4% и 73,6% соответственно), а при непрерывно текущей и приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении — на границе среднего и высокого уровня напряжения (59,6% — 65,3%). Помимо этого, при непрерывно текущей параноидной шизофрении значимой стратегией (без достоверного отличия выраженности) являлся самоконтроль (62,5%). Была показана достоверно бóльшая выраженность всех копинг-стратегий в репертуаре больных с простой формой шизофрении, что может указывать на бóльшую напряженность адаптационных механизмов у этой группы больных.

В структуре копинг-поведения у больных БАР и ШАР также было выявлено доминирование двух стратегий с высоким напряжением механизмов адаптации: «Поиск социальной поддержки» (74,5% и 76,4% соответственно, без достоверных отличий) и «Принятие ответственности» (78,0% и 73,6% соответственно,  $p < 0,05$ ), что было достоверно более частым, чем у больных параноидной шизофренией, оказываясь сравнимым при этом с аналогичными показателями при простой форме шизофрении. В целом исследование показало наличие достоверных различий по используемым копинг-стратегиям внутри группы больных шизофренией, при этом копинг больных с шизоаффективными психозами и биполярными аффективными расстройствами оказался схожим.

Результаты изучения психологической защиты при шизофрении продемонстрировали наличие достоверных отличий между группами больных по напряженности существующих защит. Так, наиболее выраженным при простой форме шизофрении был механизм регрессии (81,9 процентиля при  $p < 0,05$ ), при параноидной шизофрении с непрерывным типом течения — регрессии и вытеснения (70,8 и 65,6 процентиля соответственно), при параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения — механизм реактивных образований (72,2 процентиля). При этом для последней группы больных по трём из восьми диагностируемых механизмов психологической защиты (МПЗ), а именно — вытеснения, регрессии и замещения ( $p < 0,05$ ) — напряженность была меньшей в сравнении с больными двух других групп, а напряженность механизма интеллектуализации (65,5 процентиля) была, напротив, достоверно большей, что в совокупности говорит о большей зрелости МПЗ в группе больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения, хотя при этом для них же были характерны дезадаптивные сочетания психологических защит (интеллектуализации и регрессии/реактивных образований), психологической защиты и копинга (регрессии и принятия ответственности). По этим характеристикам, а также по представленности такого зрелого интерпретативного механизма психологической защиты, как интеллектуализация, характер психологической адаптации данной группы был близок к таковому при БАР.

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

### Литература

1. Бабин С.М. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2004. – № 2. – С. 17.
2. Березин Ф.Б. Представление об адаптации. – 2011 [Электронный ресурс]. – URL: <http://berezin-fb.su> (дата обращения: 30.01.2018).
3. Бурковский Г.В., Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П. Новый инструмент для оценки психотикозависимого качества жизни (ПКЖ2Ф) в психиатрической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 3. – С. 31–34.
4. Вайзе К., Воловик В.М. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. – М.: Медицина, 1980. – С. 152–206.
5. Власова Н.С. Социальная служба в психиатрическом стационаре // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб.: Ковчег, 2009. – Т. II. – С. 66–74.
6. Войтенко Р.М., Синкевич В.Н. Функциональный клинко-экспертно-реабилитационный диагноз и МКБ-10 // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Т. II. – С. 151–155.
7. Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией // Ранняя реабилитация психически больных. – Ленинград, 1984. – С. 39–46.

8. Гадельшина Т.Г. Структурно-уровневая концепция психической адаптации // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 6 (108). – С. 161–164.
9. Гончарская Т.В. Методика функциональной тренировки поведения: методические рекомендации. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1988. – 17 с.
10. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России и направление её развития в психиатрии с опорой на общество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. – М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 44–45.
11. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
12. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7–14.
13. Гусева О.В. Мультимодальная психотерапевтическая программа (с бригадным обслуживанием специалистов) для больных эндогенными психозами в условиях стационара // Психотерапия. – 2007. – № 12. – С. 30–35.
14. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1999. – 21 с.
15. Кабанов М.М. Больной и среда в процессе реабилитации // Вестник академии медицинских наук СССР. – 1977. – № 4. – С. 55–60.
16. Коцюбинский А.П. Холистический подход при диагностике психических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 22–32.
17. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2004. – № 1. – С. 7–10.
18. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 203–212.
19. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 67–71.
20. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 4. – С. 86–89.
21. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией. – Томск: Томск. гос. университет, 1991. – 185 с.
22. Краснов В.Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 1. – С. 5–11.
23. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С. Адаптация методик, изучение совладающего поведения Way of Coping Questionnaire (Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкмана) // Психология и практика. Сборник научных трудов / под ред. Т.Л. Крюковой, С.А. Хазовой. – Кострома: РЦОИ «ЭКСПЕРТ – ЕГЭ», 2005. – Вып. 4. – С. 171–190.
24. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
25. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб.: Питер, 2001. – 592 с.
26. Мелехов Д.Е. Трудоспособность при психических заболеваниях. – Горький: Наркомсобес РСФСР, 1944. – 31 с.
27. Мясищев В.Н. Психология отношений / сост. В.А. Журавель / под ред. А.А. Бодалева. – М.: Моск. психол.-соц. институт; Воронеж: МОДЭК, 2003. – 400 с.



28. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Недошивин А.О. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2004. – № 2. – С. 15–17.
29. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 48 с.
30. Психологическая диагностика отношения к болезни: методические рекомендации / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова [и др.]. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
31. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др.]. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
32. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5) // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2013. – № 5. – С. 43–51.
33. Aas M.I.H. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF) // *Annals of General Psychiatry*. – 2011. – DOI: 10.1186/1744-859X-10-2
34. Engel G.L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // *Science. New Series*. – 1977. – Vol. 196, № 4286. – P. 129–136.
35. Guy W. Clinical Global Impressions // *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised* / ed. by W. Guy. – Rockville, Md: National Institute of Mental Health, 1976. – P. 218–222.
36. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // *Schizophr Bull.* – 1987. – Vol. 13, № 2. – P. 261–276.

**Functional biopsychological assessment of patients with endogenous mental disorders based on functional diagnosis: comprehensive diagnostic approach. Part 1**

*Kuznezova S.L.*<sup>1</sup>  
E-mail: leonidovna-s@bk.ru

*Kozubinsky A.P.*<sup>1</sup>  
E-mail: AK-369@mail.ru

*Petrova N.N.*<sup>2</sup>  
E-mail: petrova\_nn@mail.ru

<sup>1</sup> *V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology  
3 Bekhterev St., Saint Petersburg, 192019, Russia  
Phone: +7 (812) 670-02-40*

<sup>2</sup> *Saint Petersburg State University  
7-9 Universitetskaya Embankment, Saint Petersburg, 199034, Russia  
Phone: +7 (812) 321-06-83*

**Abstract**

Mental health service in Russia was launched at the end of the 20th century, and it has been developing in the sphere known as 'socially-oriented psychiatry' or 'society-based psychotherapy', which implies the transference of the most patient's rehabilitation process from hospital to extramural conditions and practical implementation of this processes in a form of ambulance service for patients with mental disorders. The form of ambulance service allows to perform comprehensive diagnosis of a patient, which can optimize the choice of a rehabilitation program with the help of effective multidisciplinary interaction of members in a semiprofessional brigade (taking into account the areas each member specializes in), which is devoted to the optimization of psychological (biopsychosocial) functioning of a patient. The latter is an important characteristic of functional diagnosis that can vividly demonstrate the rehabilitation potential of a

person. Comprehensive analysis of three components of psychic adaptation (clinic-biological, clinic-psychological, and social) and their internal interaction allowed to explain personal functional adaptation profile for various endogenous disorders.

The comprehensive diagnosis approach used in the current research clearly demonstrates the definite reciprocal connection between biological and psychological characteristics, which define social adaptation of patients. In addition, there is a statement that to a considerable extent, social adaptation of patients with schizophrenia is connected with clinical characteristics of a disorder, the density of which gradually decreases for a schizoaffective disorder, and is minimal for bipolar affective disorder. On the contrary, psychological adaptation characteristics are of great importance for social adaptation of people with bipolar affective disorder; they are least distinct for people with schizophrenia, with the neutral position for patients with schizoaffective disorder. Cognitive behavioral therapy for patients diagnosed with endogenous disorders can be a part of their rehabilitation program; thus, increasing their rehabilitation potential along with the quality of life.

**Key words:** schizophrenia; schizoaffective disorder; bipolar affective disorder; adaptation and compensation mechanisms; adaptive behavior; coping strategies; internal image of disorder; defense mechanisms; level of social adaptation; social functioning; functional adaptation profile.

**For citation**

Kuznezova S.L., Kozubinsky A.P., Petrova N.N. Functional biopsychological assessment of patients with endogenous mental disorders based on functional diagnosis: comprehensive diagnostic approach. Part 1. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 4, p. 5. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14050 [in Russian, abstract in English].