

Эволюция подходов к пониманию функционального диагноза в психиатрии: от теоретической концептуализации до практического использования

Дмитрий Станиславович Ошевский, Татьяна Александровна Солохина
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Татьяна Александровна Солохина, tsolokhina@live.ru

Резюме

Обоснование: сложный процесс перехода на новую Международную классификацию болезней 11-го пересмотра и интенсивные исследования в области клинической, биологической и социальной психиатрии предполагают интеграцию полученных знаний о пациенте на основе холистического подхода. Важную роль при этом играет функциональная диагностика психических расстройств и возможность формулирования функционального диагноза как системы комплексной оценки и удобного конструкта целостного мониторинга состояния пациента. **Цель:** представить обзор отечественных и зарубежных современных исследований, касающихся эволюции концептуальных взглядов на функциональный диагноз в психиатрии и возможности его практического применения. **Материал и метод:** в базах MedLine/PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary, Google Scholar проведен поиск исследований по ключевым словам «психические заболевания», «функциональный диагноз», «функциональная диагностика», «биопсихосоциальная модель» за 20 лет. В результате обработки полученных данных было отобрано 97 исследований, соответствующих поисковым критериям. **Результаты:** проведенный в обзоре анализ свидетельствует о том, что, несмотря на заявленный системный подход к решению проблем людей с психическими расстройствами, на практике он реализуется далеко не всегда. Возможность синтезировать различные сведения о пациенте и получить целостную картину, которая включала бы в себя комплексную оценку биологических, психологических и социальных составляющих, предоставляет функциональный диагноз. В исторической перспективе рассмотрена эволюция взглядов на функциональную диагностику в психиатрии. С учетом новых знаний в области психиатрии, клинической психологии и нейронаук представлены современные методологические подходы к обоснованию функционального диагноза. Показана роль интегративного динамического биопсихосоциального подхода в лечении и психосоциальной реабилитации людей с психическими расстройствами. Обоснована целесообразность использования понятия «функциональный диагноз» при планировании, реализации и оценке эффективности бригадных методов работы в психиатрической практике. **Заключение:** конструкт «функциональный диагноз» является надежной рамочной моделью, позволяющей целостно и системно подходить к проблемам пациента, ставить и решать новые научно-практические задачи.

Ключевые слова: функциональный диагноз, функциональная диагностика, биопсихосоциальная модель, холистический подход

Для цитирования: Ошевский Д.С., Солохина Т.А. Эволюция подходов к пониманию функционального диагноза в психиатрии: от теоретической концептуализации до практического использования. *Психиатрия*. 2023;21(4):103–119. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-103-119>

REVIEW

UDC 616.89-02-07

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-103-119>

Evolution of Approaches to Understanding Functional Diagnosis in Psychiatry: From Theoretical Conceptualization to Practical Using

Dmitry S. Oshevsky, Tatiana A. Solokhina
FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Tatiana A. Solokhina, tsolokhina@live.ru

Summary

Background: the complex process of transition to the new International Classification of Diseases 11th revision and intensive research in the field of clinical, biological and social psychiatry involves the integration of acquired knowledge about the patient on the basis of a holistic approach. The functional diagnosis of mental disorders is becoming more important as well as the possibility of formulating a functional diagnosis as a system of holistic assessment of the patient's condition. **Objective:** to present the overview of domestic and foreign modern research on the evolution of conceptual views on functional diagnosis in

psychiatry and the possibility of its practical applying. **Material and method:** a search of scientific publications in the databases of MedLine/PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary, Google Scholar was made over the past 20 years using the keywords “mental disorders”, “functional diagnostics”, “biopsychosocial model”. As a result 97 authors in accordance with criteria were selected. **Results:** Analysis of literature testifies that systematic approach to solving the problems of people with mental disorders, in despite of declare is not used in practice. A functional diagnosis is a tool that provides an opportunity to synthesize various information about a patient. The evolution of views on functional diagnostics in psychiatry based on the analysis of various diagnostic concepts is considered in a historical perspective. Taking into account new knowledge in the field of psychiatry, clinical psychology and neuroscience, modern methodological approaches to the substantiation of a functional diagnosis are presented. The role of an integrative dynamic biopsychosocial approach in the treatment and psychosocial rehabilitation of people with mental disorders is shown. The expediency of using a functional diagnosis in planning, implementing and evaluating the effectiveness of team methods of work in psychiatric practice is substantiated. **Conclusion:** the term “functional diagnosis” is a reliable framework model that allows a holistic and systematic approach to the patient’s problems, setting and solving new scientific and practical problems.

Keywords: functional diagnosis, biopsychosocial model, holistic approach

For citation: Oshevsky D.S., Solokhina T.A. Evolution of Approaches to Understanding Functional Diagnosis in Psychiatry: From Theoretical Conceptualization to Practical Use. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(4):103–119. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-103-119>

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития медицины проходит сложный период перехода на новую Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Меняются правила систематики, которые напрямую касаются психиатрии. Вместо используемых в рамках МКБ-8 и МКБ-9 нозологической парадигмы и заявленного многоосевого принципа кодификации психических расстройств (МКБ-10), например в рубриках, касающихся психических расстройств у детей и подростков, предлагается ряд новых подходов: дименсиональный (измерительный), онтологический (развитие), функциональный и т.п. Идеи «многомерности» и «всесторонности», которые во многом предопределили переход на мультифакториальную, многоосевую диагностику, заложенные в международных классификаторах DSM-IV и МКБ-10, не нашли полного применения на практике. Очень часто этот подход редуцировался до использования только клинических параметров оценки при явном недоучете психосоциальных факторов.

Безусловно, как и всякий конвенциональный классификатор, МКБ-11 также не лишена недостатков. Однако она открывает новые научно-практические перспективы в понимании, квалификации психических расстройств, терапии и психосоциальной реабилитации. В частности, с помощью анализа клинических случаев и виртуального взаимодействия специалистов различной профессиональной принадлежности появляется возможность изучения самого процесса формулирования диагноза. Предполагается рассмотрение отклонений в континууме «здоровье–болезнь», а также учет возрастных особенностей. Больше внимание уделяется различным стрессогенным, в том числе социогенным, интрапсихическим и функциональным факторам. В связи с этим возникает необходимость целостной оценки жизнедеятельности пациента. Важную роль при этом играет функциональная диагностика психических расстройств и возможность формулирования функционального диагноза (ФД), под которым мы понимаем основанную на биопсихосоциальном подходе

систему целостной оценки жизнедеятельности пациента с психическим расстройством, его нарушенных и сохраненных сфер, а также адаптационно-компенсаторных возможностей в условиях болезни. Это удобный динамический открытый конструкт, позволяющий включать в анализ различные параметры в зависимости от решаемых научно-практических задач. Следует подчеркнуть, что ФД не должен противопоставляться традиционной клинической диагностике. Он позволяет синтезировать более широкий круг сведений об интерпсихических процессах и отношениях, семейных связях и социальных аспектах жизнедеятельности пациента. Все это должно приблизить психиатрию не только к более полному пониманию этиологии и патогенеза психических расстройств, но и к персонифицированному взгляду на пациента, при котором результатом диагностической деятельности, по мнению Г.А. Захарьина, должна стать модель «двойного» диагноза — *diagnosis morbi et diagnosis aegroti* («диагноз болезни и диагноз больного») [1]. Подобный подход открывает широкие возможности для построения новых, в том числе бригадных, моделей помощи пациентам с психическими расстройствами, где совместно с фармакологическим лечением будет полнее использован потенциал психосоциальных вмешательств.

Цель обзора — представить результаты отечественных и зарубежных современных исследований, касающихся эволюции концептуальных взглядов на функциональный диагноз в психиатрии и возможности его практического применения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

История развития проблемы ФД

В общей медицинской практике основы функциональной диагностики были заложены С.П. Боткиным в трехтомном издании «Курс клиники внутренних болезней» (1867; 1868; 1875) и 35 клинических лекциях (1885–1891). Именно С.П. Боткин первым предложил термин «функциональный диагноз». Он призывал рассматривать организм как единое целое в постоянной

связи с окружающей его средой и, исходя из этого, придавал большое значение особенностям жизни пациента, приспособительным и компенсаторным функциям [2]. В дальнейшем эти, по сути, холистические взгляды получили развитие в трудах А.А. Остроумова, Г.А. Захарьина, М.П. Кончаловского и многих других выдающихся клиницистов XIX в. и последующих поколений.

В психиатрии Э. Кречмер одним из первых поставил проблему учета различных сторон жизни больного [3]. В рамках многомерного структурно-аналитического диагноза он предлагал при исследовании течения психозов и оценке исходов, наряду с биологическими факторами, учитывать конституциональные, соматогенные, психологические, социальные и иные составляющие. Однако при таком подходе, по меткому выражению К. Шнайдера, было «легче спрашивать, чем отвечать, так как слишком много неизвестного в расчетах» [4].

В отечественной психиатрии указание на необходимость целостной оценки жизни пациента можно найти в трудах классиков психиатрии В.М. Бехтерева, С.С. Корсакова, В.П. Сербского, в тонких исторических описаниях П.И. Ковалевского, однако наибольший импульс всестороннему обследованию пациента придали работы в области социальной психиатрии.

В 20–40-х гг. XX в. П.Б. Ганнушкин (1924) поднимает вопрос о необходимости «готовить материал для будущего здания социальной психиатрии». Л.М. Розенштейн отмечал в 1934 г., что П.Б. Ганнушкин не только наметил конкретные организационные задачи социальной психиатрии, но четко сформулировал основную методическую задачу социальных психиатров — сочетание методов индивидуально-клинического анализа с методами социологического исследования и обобщения [5]. В.А. Гиляровский также видел потребность в функциональной оценке психического состояния не только в ограниченности нозологического подхода, но и в необходимости решения множества социальных задач [6]. Этому способствовало проведение многосторонних научно-практических исследований инвалидизации лиц с психическими расстройствами, что требовало анализа более широкого спектра сведений, нежели клинических, прежде всего психологических и социальных [7–9]. Уже в этот период особое внимание обращалось на отношение самого больного к своему недугу, что нашло отражение при формулировании в 1935 г. А.Р. Лурия конструкта «внутренняя картина болезни», в рамках которого переживания пациента рассматривались на двух уровнях — сенситивном (комплекс ощущений, возникающих в связи с болезнью) и интеллектуальном (представления больного, отражающие его реакцию на болезнь) [10]. При организации помощи детям Г.Е. Сухаревой и ее сотрудниками разрабатывался эволюционно-биологический подход в понимании психических расстройств [11]. Л.С. Выготским (1934–1935) были заложены основы методологии о структуре психического дефекта и его компенсации с опорой на ресурсные стороны психики

ребенка, что, по сути, стало принципом психологической функциональной диагностики [12]. Им было предложено интегративное понятие «диагноз психического развития ребенка», включавшее результаты качественного системного онтогенетического анализа уровня развития разных систем (как психологических, так и физиологических), которые следовало рассматривать в их динамическом взаимодействии с окружающим миром.

В середине 60–70-х гг. прошлого века Д.Е. Мелеховым были сформулированы основные принципы целостного многостороннего анализа структуры, течения и прогноза психопатологического процесса при решении вопросов относительно трудоспособности, профессиональной занятости, получения образования и многих других социальных аспектов у лиц с психическими расстройствами [13]. С его точки зрения, кроме клинической картины, преморбидных особенностей и курабельности больных должны изучаться индивидуальные свойства пациента, возможные трудовые и нормативно-правовые условия, в которых он может достичь максимальной адаптации. Для этого необходим «синтез социальных и клинических данных». Нельзя не согласиться с тем, что, по утверждению Д.Е. Мелехова, «функциональный диагноз и прогноз трудоспособности осуществимы лишь при комплексном исследовании психического и соматического состояния больного и при обязательном изучении не только пораженных, но и оставшихся незатронутыми болезнью или хотя бы частично сохранившихся функций и сторон личности: необходима оценка индивидуальных особенностей личности больного, отношения к болезни, степени сохранности профессиональных навыков, основных социальных и эмоциональных установок больного и, прежде всего, активности, целенаправленности личности. Игнорируя одну из этих сторон — то, что разрушено, или то, что осталось, — психиатр неизбежно ошибается в функциональной диагностике и определении прогноза». ФД, по мнению Д.Е. Мелехова, должен формироваться дифференцированно на разных этапах реабилитации и быть направлен на восстановление социального функционирования и трудоспособности пациента: больничной медицинской реабилитации; восстановительной терапии во внебольничных условиях, профобучении; трудоустройстве и бытовом устройстве [14].

Концепция комплексного подхода, позволяющего учесть все стороны функционирования пациента, разрабатывалась и в работах В.М. Воловика [15, 16]. Она во многом опередила принятую в настоящее время биопсихосоциальную модель психических расстройств, предложенную G. Engel. В.М. Воловик считал необходимым проводить многомерный системно-уровневый анализ характера дисфункций в различных сферах жизнедеятельности, приводящих к нарушению адаптивного и приспособительного поведения пациента. Системообразующим фактором следовало рассматривать функциональную недостаточность в различных

сферах деятельности и социального взаимодействия больного, при этом общая структура диагностической оценки должна состоять из трех блоков. Первый, клинический аспект, оценивает глубину, течение, прогноз и возможности компенсации психического расстройства, его влияние на адаптацию больного. Второй, психологический блок, характеризует личность пациента, значимые для его социальной и профессиональной адаптации отношения. Для получения полной психологической картины предложено оценивать целый ряд клинико-психологических аспектов: искажение мотивационной основы и направленности личности, внутренней картины собственной личности и болезни; недостаточность социального опыта; сужение поля возможностей; дефицит энергетического потенциала и нарушения гомеостатических свойств личности. В третьем, социальном блоке, с учетом преморбидного опыта необходимо проанализировать реальную актуальную жизнедеятельность пациента и характер включенности больного в бытовую, профессиональную деятельность. Все три блока фактически составляют понятие ФД и имеют иерархическую структуру организации, состоящую из взаимодействующих элементов, которые выступают в единстве и взаимообуславливают друг друга [17]. Кроме того, были сформулированы три принципа функциональной диагностики: деятельности — описание особенностей приспособления к болезни; биографичности — обязательный анализ всей истории жизни пациента; системности — целостная оценка психодинамических, психологических и социальных факторов [18].

Современные исследования по проблеме ФД

Теоретическое обоснование холистического подхода, связанного с ФД, обусловлено рядом концепций. Прежде всего следует подчеркнуть системный подход, который разрабатывался в трудах П.К. Анохина, Л. Бертоланфи и других исследователей. В этой парадигме человек рассматривается как открытая система, постоянно взаимодействующая с внешней средой. Ее задачей является адаптация к постоянно изменяющимся условиям. Среди основных свойств системы выделяют ее целостность и структурность; существенные устойчивые связи между элементами и взаимодействие системы со средой; структурно-динамическую иерархичность; множественность описания любой системы и подсистемы. В живых системах необходимым системообразующим фактором является процесс оптимального приспособления к внешнему миру и поддержание гомеостаза. «Системой можно назвать только такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношения принимают характер взаимосодействия компонентов для получения фокусированного полезного результата» [19]. Поэтому в отличие от структурного анализа системообразующий фактор у человека при системном подходе охватывает биологический, психологический и социальный уровни, а ведущую роль в возникновении психических расстройств и восстановлении

пациента играют адаптационно-компенсаторные механизмы. Именно они определяют не только сложную многофакторную структуру психической патологии, но и характер функционирования пациента. Способность справляться с внутренними (психическое расстройство, психологическое неблагополучие) и внешними стрессами (микро- и макросоциальными) является одной из основных причин в возникновении и развитии психических расстройств в рамках модели «уязвимость–диатез–стресс».

Первоначально понятие «стресс», предложенное Н. Selye, рассматривалось как неспецифическая биологическая реакция организма на любые средовые воздействия (стрессоры), которая мобилизует внутренние возможности для достижения адаптации [20]. Однако при продолжительном, сильном и частом действии стрессора происходит истощение ресурсов, наступает дистресс — различные нарушения в функционировании организма. В последующем, благодаря работам R.S. Lazarus, под стрессом стали понимать не только внешние воздействия, но и внутренние причины (внутриличностные конфликты, неэффективные психологические процессы переработки информации, неадекватные стратегии поведения и т.п.) [21]. Однако для возникновения психических расстройств недостаточно действия только стресс-факторов. Предполагается, что для запуска патологического процесса они должны воздействовать на наиболее уязвимые звенья, преодолевая так называемый барьер уязвимости. В этой связи отмечается, что у человека присутствуют различные биологические и психосоциальные факторы предрасположенности к заболеванию — «диатез». Однако и он сам по себе фатально не ведет к психическому расстройству. Для его возникновения необходимо воздействие дополнительных стресс-факторов. В случае длительного (хронического) или кратковременного (острого) воздействия стресс-факторов наступает состояние психической дезадаптации. Это состояние *pathos* (Снежневский А.В.) [22], или «предболезни» (Семичов С.Б.) [23] характеризуется повышением напряжения и тревоги. Человек как биопсихосоциальная система с помощью компенсаторных механизмов стремится восстановить нарушенное равновесие на разных уровнях функционирования. В то же время патологические компенсаторные механизмы (например, избыточные) могут в широком диапазоне видоизменять и модифицировать клиническую картину, приводить к лавинообразному нарастанию изменений, а при недостаточности адаптивных компенсаторных механизмов формировать психическое расстройство. В последующем, благодаря работам J. Zubin и L. Ciompi, в «диатез-стресс» модели были включены дополнительные объяснительные параметры — «буферы», или «барьеры» — протективные факторы, ослабляющие воздействие неблагоприятных стрессовых воздействий и способствующие компенсации [24, 25]. В настоящее время в рамках «диатез-стресс-буферных» моделей психических расстройств выделяют биологические,

психологические и социальные факторы и их сочетания, которые: 1) повышают уязвимость (диатезы); 2) воздействуют на уязвимость (стрессоры); 3) ослабляют воздействие стрессоров (буферы) и могут выступать в качестве ресурсов для восстановления пациента [26].

В последние два десятилетия концептуальные основы ФД активно разрабатывались сотрудниками ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (СПб НИПНИ) [27–31]. Была предложена дефиниция ФД — «система целостной клинической оценки психического состояния больного, описываемая в рамках триединого подхода (клинико-биологический блок, психологический блок, психосоциальный блок), каждая из составляющих которого формулируется в присущих ему компактных диагностических категориях, характер которых определяется в конечном счете особенностями адаптационно-компенсаторных возможностей пациента» [32].

Общеметодологическим основанием предлагаемой концепции, как уже было отмечено выше, являются положения общей теории систем Л. Берталанди и биологических функциональных систем П.К. Анохина, а также холистический биопсихосоциальный подход и этиопатогенетические модели возникновения психических расстройств, включающие адаптационно-компенсаторные механизмы и «уязвимость–диатез–стресс–расстройство» [29]. Эта концепция ФД является наиболее методологически разработанной и в настоящее время широко используется в научных исследованиях и практической деятельности, несмотря на дискуссионность ряда положений, как указывают сами авторы. В частности, использование концептов адаптационно-компенсаторных и приспособительных механизмов при обосновании ФД не позволяет в полной мере учитывать активность самого субъекта [33, 34], ограничивает его роль в процессе лечения и реабилитации. Вместе с тем нельзя не согласиться с разработчиками концепции ФД, что в рамках биопсихосоциального подхода должны быть сформированы клинико-биологический, психологический и социальный блоки диагноза, а ФД призван их синтезировать [27, 29].

Характеристики клинико-биологического блока направлены на выявление специфики психического расстройства у конкретного пациента и определяют стратегию в отношении клинического прогноза и направления психофармакологического воздействия [27, 29]. В частности, основные характеристики шизофрении должны быть представлены по семи осям. Первая ось предполагает оценку преморбидного биологического адаптационного потенциала («психопатологического диатеза»). При диагностике по второй оси (психопатологические расстройства), исходя из адаптационно-компенсаторных взглядов на механизмы психопатологии, предлагается дифференцированная квалификация позитивных, аффективных, негативных расстройств и когнитивных нарушений. Для объективизации третьей оси (тип течения) предлагаются

традиционные варианты: первый эпизод без определения типа течения; транзиторный (единственный относительно короткий психотический эпизод); циркулярный (периодический, интермиттирующий); рекуррентный (ремиттирующий); приступообразно-прогредиентный (шубообразный) и непрерывный. Особое значение придается исследованию прогредиентности психического расстройства (четвертая ось), поскольку она во многом определяет реабилитационный потенциал пациента. Пятая ось предполагает оценку остроты состояния на момент обследования (острое состояние, подострое состояние, обострение амбулаторного уровня, хроническое проявление психопатологической симптоматики, резидуальные явления перенесенного психотического заболевания, отсутствие психопатологических нарушений). В рамках диагностики по шестой оси определяется стадия заболевания (или характер его исхода) на момент диагностического обследования. Седьмая ось обобщает результаты исследования адаптационно-компенсаторных особенностей прошлого и текущего состояния пациента. В ней формулируется индивидуальный клинический диагноз. Однако для оценки адаптационного потенциала и построения прогноза требуются расширенные информация в рамках второго (психологического) и третьего (социального) блоков.

Структура психологического блока обследования, помимо традиционной функциональной диагностики различных сфер психической деятельности (мнестические процессы, внимание, мыслительная деятельность, эмоционально-волевые процессы и т.п.), проводимой с помощью экспериментально-психологического исследования [35, 36], предполагает исследование по двум блокам — личностные характеристики (структура личности, ценностные ориентации, внутриличностные конфликты) и адаптационно-компенсаторные образования (психологические защиты, механизмы совладания с проблемными ситуациями — копинг-стратегии и внутренняя картина болезни). Результаты анализируются в контексте ресурсов или проблем субъекта, приводящих к психическому расстройству. Для исследования перечисленных параметров предложен широкий набор методик, который позволяет получать и системно обобщать информативные качественно-количественные данные [27, 29]. Интегративным показателем этого блока является квалификация общего уровня психологической адаптации/дезадаптации пациента.

В рамках третьего блока формулируется так называемый *социальный диагноз*. Известно, что психическое расстройство и связанные с ним адаптационные функциональные и психологические нарушения оказывают негативное влияние на жизнедеятельность человека, в связи с чем были выделены наиболее значимые аспекты оценки социального функционирования пациентов с психическими расстройствами. Они сгруппированы в два больших блока: «социальная компетентность», т.е. «способность эффективно взаимодействовать индивида с окружающими людьми

в системе межличностных отношений», включающая в себя статус пациента и его межличностные конфликты, и «внешние социальные ресурсы», охватывающие семейный контекст и характер внесемейного окружения. При изучении различных аспектов социального статуса пациента, значимых для восстановления социальной адаптации и профессиональной деятельности, предлагается подробно проанализировать его актуальные и потенциальные способности и возможности в материально-бытовых делах, образовательный уровень, характер и длительность трудовой деятельности в доболезненный период, а также оценить динамику в связи с психическим расстройством и т.п. Наряду с клиническим впечатлением отмечается необходимость верификации получаемых сведений с помощью документации и психометрических шкал. Анализ межличностных конфликтов позволяет определить не только наиболее патогенные сферы взаимодействия, но и выделить «мишени» для последующей психосоциальной реабилитации. Особая роль в социальном диагнозе придается концептуализации внешних

ресурсных аспектов в семье и во внесемейном окружении.

Оценка клинико-биологического, психологического и социального диагноза при холистическом подходе. Рассмотренные диагнозы позволяют описать структурные компоненты жизнедеятельности пациента, измененные в результате психического расстройства. Это является необходимым, но недостаточным условием целостной диагностики. Поэтому ФД призван не только синтезировать полученные сведения, но и расширить их за счет анализа информации о реальном функционировании пациента, его потенциальных адаптационно-компенсаторных возможностях. Для решения этих вопросов в рамках ФД предлагается анализ клинико-биологических, психологических и социальных функционально-динамических показателей адаптации (рис. 1) [29].

Не используя в своих работах дефиницию «функциональный диагноз», другие исследователи, по сути, часто оценивают аналогичные многочисленные параметры, в него входящие. Вместе с тем предложенный

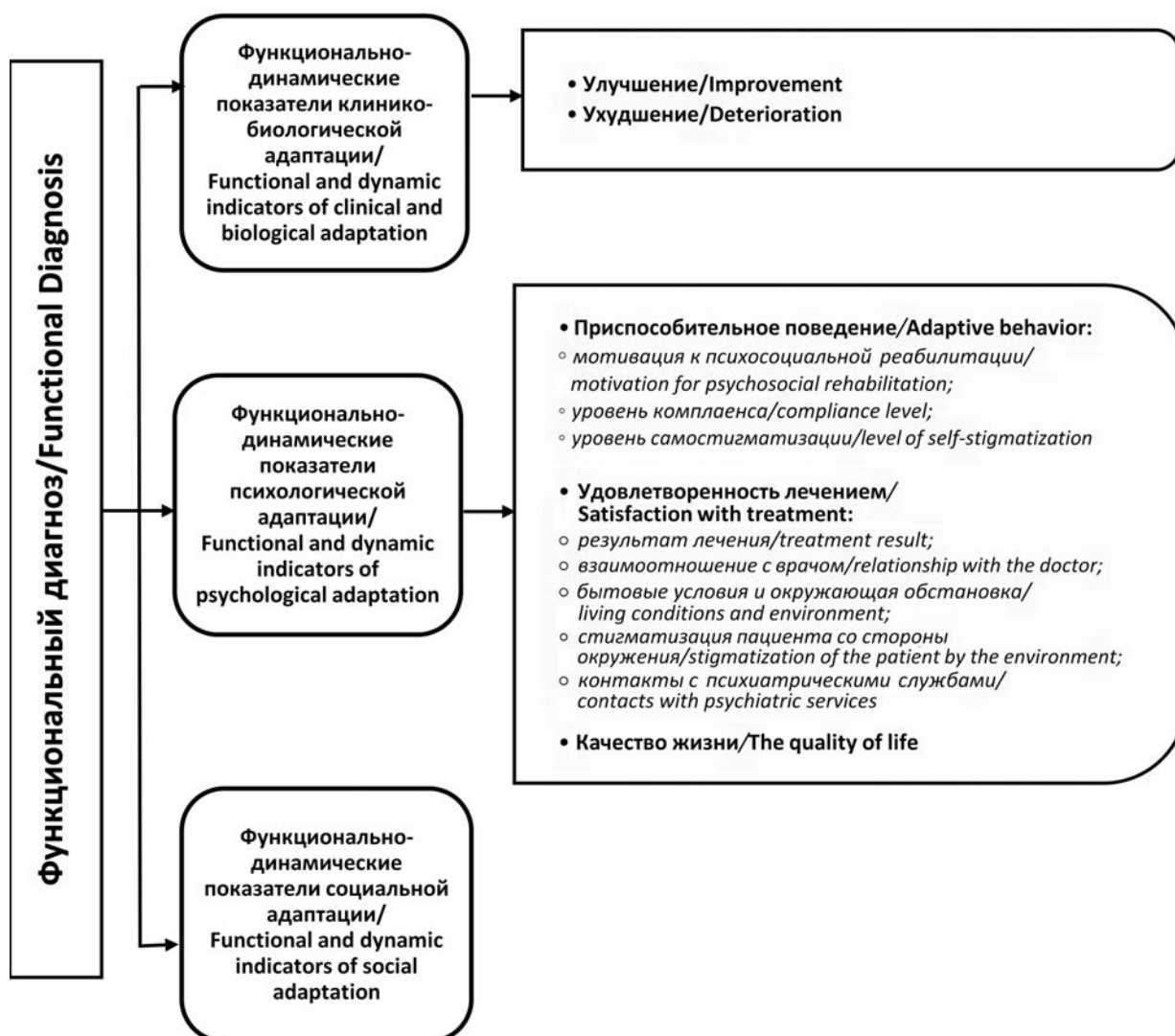


Рис. 1. Модель функционального диагноза
Fig. 1 Functional Diagnosis Model

концепт ФД представляется удобным инструментом в плане полноты и системности сбора информации, поэтому при дальнейшем описании мы используем это понятие, для того чтобы подчеркнуть возможность взаимодействия специалистов в области психиатрии.

Клинико-биологической составляющей ФД является изменение динамики состояния пациента в процессе фармакологического лечения. Функциональной шкалой является континуум «ухудшение–улучшение». Полюс ухудшения включает в себя реакции декомпенсации как ответ на психогенно или самогенно спровоцированные стрессоры, пререксидив и рексидив, которые условно разделяются по остроте, глубине и продолжительности психопатологической симптоматики. Улучшение может быть оценено в следующих категориях: ремиссия (полная и частичная, стабильная и нестабильная, спонтанная и терапевтическая, кратковременная и длительная), интермиссия и выздоровление (восстановление, *recovery*). Временными критериями дифференциации интермиссии и выздоровления является отсутствие симптоматики соответственно в течение 6 мес. и 5 лет.

Важную роль при многокритериальной квалификации состояния пациента в рамках системного биопсихосоциального подхода играют клинические и личностно-социальные критерии выздоровления при психических расстройствах [37–41]. Помимо анализа изменения клинической картины для объективизации могут быть использованы различные адаптированные и валидизированные психометрические шкалы и стандартизованные самоотчеты пациентов. Они позволяют проводить количественную (ранговую) оценку динамики как общего изменения состояния, так и отдельных симптомов и синдромов [42–44]. Вместе с тем следует подчеркнуть, что при использовании шкал и опросников врач получает условно количественные показатели, выраженные не в числах, а в рангах. Кроме того, для сопоставления полученных данных с другими сведениями (параклиническими, социальными, психологическими и т.п.) и получения интегративных значений необходим учет весомости тех или иных частных параметров. Разработанный «Метод анализа иерархий» дает возможность корректно синтезировать весь объем информации [45, 46]. Перспективным представляется включение в ФД данных нейровизуализации [47, 48] и показателей биомаркеров [49].

Квалификация функционально-психологической адаптации пациента включает три составляющих: его приспособительное поведение, удовлетворенность лечением и качество жизни, поэтому при формировании ФД важна и их оценка [27, 29].

Под приспособительным поведением понимается достаточно устойчивая модель функционирования пациента в социуме. В ней находят отражение важные психологические особенности отношения пациента к себе и процессу восстановления: мотивация к лечению и психосоциальной реабилитации, уровень комплаенса и явления самостигматизации.

Внутреннее достаточно стабильное отношение пациента к получению помощи и стремление к выздоровлению может выступать как широким полем возможностей, так и существенным препятствием и оказывать влияние на лечебно-терапевтический процесс. Учет мотивации к получению помощи особенно важен в случае, когда мотивационные нарушения являются составной частью психического расстройства, например в случае эндогенной или выраженной аффективной патологии. Для оценки мотивационных факторов могут быть использованы различные методы, предполагающие взаимодействие специалиста и пациента: моделирование деятельности, мотивационная беседа, трудовая терапия и т.п. [50]. Отмечается, что данные стандартизованных опросников, построенных по методу самоотчета, оказываются недостаточно информативными, поскольку могут сознательно и неосознанно искажаться пациентами. Однако они бывают полезны как дополнительная информация. Для диагностики отношения пациента к получаемой помощи могут быть использованы проективные методы, которые позволяют исследовать как осознаваемые, так и не вполне осознаваемые аспекты, например «Цветовой тест отношений» [51, 52].

Еще одной важной составляющей ФД при комплексном подходе в практическом применении является оценка соблюдения пациентом рекомендаций врача и комплаенса. Можно выделить несколько способов оценки комплаенса: на основе клинической беседы врача с пациентом; самоотчет пациента о принятии лекарств и выполнении рекомендаций, например шкала Morisky–Green (1986) или шкала медикаментозного комплаенса; учет лекарственных средств и проведенных манипуляций; биохимический анализ, а также шкалы, заполняемые самим врачом [53, 54]. Отечественными исследователями используется опросник Drug Attitude Inventory — DAI-30 и его сокращенная версия — Drug Attitude Inventory-10 (DAI-10) [55]. Целесообразным представляется сочетание этих методов. Для целостной оценки с учетом клинико-эпидемиологических, социально-демографических, психологических характеристик пациентов может быть использована технология оценки приверженности лечению [56].

При формулировании ФД необходимо проводить оценку самостигматизации пациента — «всей совокупности его реакций на заболевание и статус психически больного» [57, 58]. Ее негативными последствиями становятся не только внутренний дискомфорт, прежде всего стойкое снижение настроения и самооценки, но и личностные сдвиги с формированием новой идентичности «психически больного». Сталкиваясь с серьезными социальными ограничениями (получение образования, трудоустройство на квалифицированную работу, возможность поддержания полноценного общения и многое другое), пациенты с психическими расстройствами дистанцируются от общества, в результате чего они недополучают, а иногда совсем теряют возможность получить помощь [59–62]. Сочетанное

влияние негативных внешних и внутренних факторов усугубляет течение психического расстройства. В рамках формулирования ФД наряду с клиническим впечатлением, получаемым в ходе клинической беседы пациента с врачом, для количественного выражения различных параметров самостигматизации может быть использован опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных [63].

Субъективная оценка удовлетворенности пациента получаемым лечением является еще одним важным параметром функционально-динамических психологических показателей ФД. Ее анализ способствует не только более гуманному отношению к пациенту, но и имеет практическое значение, поскольку во многом обуславливает уровень комплаенса, может снижать или, напротив, повышать самостигматизацию, т.е. она включена во многие аспекты жизнедеятельности пациента. В рамках ФД субъективная удовлетворенность качеством помощи динамически оценивается в ходе клинической беседы врача с пациентом и его родственниками. Для объективизации получаемых сведений с помощью количественных показателей может быть использован «Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре» [53]. Возможность использования на практике показали «Опросник по оценке удовлетворенности оказываемой помощью пациента психиатрической больницы» [64] и модифицированный вариант «Анкеты для оценки удовлетворенности пациентов пребыванием в круглосуточном стационаре учреждений психиатрической службы» [65]. Однако эти инструменты предназначены для изучения взгляда самого пациента. В «субъект-субъектной» системе оказания помощи важным является учет мнений его ближайшего окружения и медицинского персонала. Для их исследования предложены опросники, которые охватывают клинические, психологические, организационные и социально-экономические параметры при оказании психиатрической помощи [64]. Учитывая возможные сложности, связанные с особенностями психического состояния больного, что может искажать результаты исследования, в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ были разработаны подходы к оценке субъективных показателей при проведении социологических опросов пациентов. Сначала формируется группа пациентов, подлежащих опросу, изучаются их истории болезни, исключаются больные с выраженными психотическими расстройствами или глубокой степенью дефектных изменений, т.е. используется клинико-психопатологический метод, и только потом проводится анонимное анкетирование. Такой метод исследования был назван клинико-социологическим [64, 66, 67]. Используя его, исследователи будут располагать подробными сведениями о клинической характеристике группы в целом, а также результатами анонимных опросов об удовлетворенности помощью.

Одной из центральных составляющих функционально-психологической адаптации является

качество жизни (КЖ) человека. В настоящее время КЖ определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами», т.е. субъективная удовлетворенность/неудовлетворенность различными сторонами своей жизни в определенный момент времени и сопоставление идеальных представлений реальному положению. Более узкая категория КЖ, связанная со здоровьем (health related quality of life, HRQL), включает в себя физическое, эмоциональное, психологическое и социальное функционирование больного человека, основанное на его субъективной оценке. Были предложены различные методики исследования. Условно их можно разделить на нозонеспецифичные (морбидонезависимые), применяемые независимо от характера заболевания, и нозоспецифичные (морбидозависимые), используемые при определенной патологии. Среди первых и наиболее часто применяемых оценочных инструментов является разработанная ВОЗ и валидизированная и адаптированная в Российской Федерации методика ВОЗКЖ-100 (WHOQOL-100) [68]. Наряду с ВОЗКЖ-100 для скрининговых исследований используются более короткие варианты опросников, к которым относится SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) [69–71], оценивающий качество жизни, связанное со здоровьем. Три шкалы указанного опросника — физического функционирования, ролевого физического функционирования и телесной боли — зарекомендовали себя как наиболее валидные критерии физического компонента здоровья [72]. Психический компонент здоровья наиболее сильно коррелирует со следующими тремя шкалами: психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования, социального функционирования. Две шкалы — жизнеспособность, общее здоровье — имеют корреляции с обоими компонентами здоровья (физическим и психическим). Используется и более короткий вариант опросника КЖ — SF-12. Вместе с тем на ограничения использования нозонеспецифичных (морбидонезависимых) инструментов при оценке КЖ пациентов в психиатрической практике было указано практически сразу же с начала их применения [73]. Так, при расстройствах шизофренического спектра в силу специфических нарушений мышления страдает критичность к своим суждениям, действиям и высказываниям, субъективные оценки своей личности и психопатологических переживаний пациента могут быть существенно искажены [74]. Недоучет врачом субъективных переживаний личности больного ведет к выбору неверных методов лечения. Поэтому при исследовании КЖ в психиатрической практике подчеркивались необходимость сочетания субъективных и объективных оценок, учет психологических особенностей, функционального состояния, психопатологического и контекстуальных факторов.

В настоящее время используется ряд иных валидизированных методик оценки КЖ лиц с психическими расстройствами. Широкое применение, например, получила методика «Качество жизни» (КЖ2Ф) [29]. Она позволяет описать КЖ на индивидуальном, микро- и макросоциальном уровнях. Еще одной методикой, синтезирующей объективные и субъективные показатели КЖ, является «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» [75]. Он рекомендуется для использования у пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении. Методика состоит из 90 пунктов и построена по принципу полуструктурированного интервью. В отличие от КЖ2Ф опросник заполняется врачом. Опросник включает в себя следующие разделы: социодемографические данные; информацию о течении психического расстройства и порядке диспансерного наблюдения; образование и профессиональную деятельность; материально-бытовую обеспеченность (материальное положение, жилье, питание, одежда); дневную активность и самообслуживание; семейный статус; социальные контакты. Ряд утверждений оценивается в баллах, которые включаются в интегративную оценку КЖ. Вместе с тем отдельные пункты предполагают качественную оценку. С одной стороны, это делает диагностику более гибкой и открытой, с другой — затрудняет динамическую количественную оценку КЖ.

Из зарубежных методик в качестве инструмента объективной оценки качества жизни нашла широкое применение шкала качества жизни (Quality of life scale, QLS) [76]. Она предназначена для оценки текущего функционирования обследуемых пациентов, оценки степени ограничений, вызванных психопатологической симптоматикой или личностным дефицитом. QLS позволяет оценить богатство личного опыта, качество межличностных отношений и продуктивность ролевого функционирования. Шкала состоит из 21 пункта, которые образуют три основные области: межличностные взаимоотношения, ролевое функционирование и другие области деятельности.

Очень близким к КЖ, однако не перекрывающим параметром ФД, является оценка уровня социального функционирования (адаптации) пациента. Условно его можно обозначить как некую объективно количественно (рангово) выраженную меру успешности пациента в различных сферах жизнедеятельности. Для оценки уровня общего социального функционирования наряду с клиническим впечатлением, как правило, используются психометрические шкалы [77]. Условно они разделяются по широте охвата и способам предъявления. С помощью узконаправленных шкал «Social Behavior Scale» (SBS) или «Work Personality Profile» (WPP) исследуются отдельные параметры, например поведение или успешность в профессиональной деятельности. Более широкие шкалы оценивают целый спектр особенностей социального функционирования (Global Assessment of Functioning Scale, GAF и Personal and Social Performance scale, PSP). Ряд шкал призван

учитывать средовые факторы (QLS и Social Functioning Scale, SFS). Шкалы различаются в зависимости от способа предъявления: субъективные и объективизированные: самоопросники, когда пациенты самостоятельно оценивают свое социальное функционирование (SF-36); опросники, заполняемые родственниками или персоналом (NOSIE); комбинированные методики; наблюдение за поведением или в процессе моделирования повседневного функционирования (University of California, San Diego Performance-Based Skills Assessment, UPSA), а также шкалы, заполняемые специалистом [78]. В Российской Федерации валидизированы и адаптированы шкалы GAF и PSP. Оценку по ним проводит психиатр. Шкала GAF предназначена для общей оценки способности к повседневному функционированию лиц с психическими расстройствами. Шкала PSP оценивает уровень затруднений, которые испытывает пациент за последние 7 дней в четырех основных областях социального функционирования: «социально полезная деятельность, включая работу и учебу», «отношения с близкими и прочие социальные отношения», «самообслуживание», «беспокоящее (т.е. нарушающее спокойствие окружающих) агрессивное поведение» [79].

Функциональная диагностика не может осуществляться вне контекста решаемых практических задач. Они являются системообразующими процесса диагностики и во многом определяют формат представления данных в виде ФД.

Практическое применение ФД

Наиболее широкое применение конструкт ФД получил в рамках проведения психосоциальной реабилитации (ПСР) — динамического системного процесса «восстановления или формирования нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности — навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психических больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество» [80]. Методология ПСР начала активно развиваться в работах М.М. Кабанова, который предложил «целостный», интегративный динамический подход к пациенту, опосредующий все терапевтические воздействия через его личность. Таким образом, целью становится не только купирование психопатологической симптоматики, но и помощь пациенту в выработке свойств, которые помогали бы максимально адаптироваться к внешней среде, способствовали бы восстановлению его личного и социального статуса. Подчеркивалось, что важным инструментом, помогающим учитывать, измерять (квантифицировать) многочисленные показатели и устанавливать корреляции между ними в процессе реабилитации, могут являться так называемые реабилитационные карты и оценочные шкалы [80]. В рамках бригадного подхода, с привлечением и интеграцией специалистов разного профиля в настоящее время успешно используются различные модели ПСР. Так, обоснованы и успешно применяются

модульные программы восстановления нейрокогнитивного и социально-когнитивного дефицита у пациентов с шизофренией [39, 40]. При проведении ПСР различные параметры социального функционирования предлагается динамически оценивать с помощью широкого спектра инструментов [77, 81]. В рамках биопсихосоциальной парадигмы возникновения и течения психических расстройств были предложены модели работы полипрофессиональных бригад [82, 83]. Их деятельность включает в себя несколько этапов: всесторонний анализ сведений о пациенте; планирование с формулированием целей с выделением мишеней и ресурсов; определение стратегий лечебных и психосоциальных вмешательств; их реализация; оценка полученных результатов и коррекция дальнейших воздействий. Для эффективной комплексной клинко-психосоциальной функциональной диагностики, формулирования ФД и принятия решения по лечению и ПСР разработана иерархическая модель междисциплинарного взаимодействия участников полипрофессиональной бригады [84, 85]. Она позволяет координировать деятельность специалистов разного профиля и синтезировать информацию о пациенте (рис. 2).

Несмотря на то что в строгом смысле установление ФД не является самоцелью, он включен в процесс принятия решений по реализации ПСР программ в рамках бригадных методов работы.

Следует подчеркнуть, что характер проблем и нарушений конкретного пациента, которые с учетом

персонифицированного подхода диагностируются специалистами разного профиля, может расширяться и пересекаться. Так, психиатр и психолог могут оценивать не только соответственно психопатологические проявления и интерперсональные нарушения, но и различные аспекты нарушения социального функционирования. Социальный работник имеет возможность дополнять информацию клинического и психологического характера. Кроме того, такая модель позволяет исходя из конкретных условий гибко модифицировать структуру иерархии и количество членов полипрофессиональной бригады.

Понятие ФД применяется и в других областях психиатрической практики. В судебно-психиатрической деятельности [86, 87] ФД было предложено использовать при решении вопросов, значимых для уголовного и гражданского судопроизводства. С его помощью проводилось наполнение медицинского и юридического (психологического) критериев. Медицинский критерий предполагает с учетом анализа анамнестических сведений и презентальной клинко-психопатологической диагностики обоснование формы психического расстройства, степени его выраженности и его влияние на социальное функционирование. Юридический (психологический) критерий предусматривает исследование интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений и их оценку в контексте деятельности субъекта в юридически значимых ситуациях. В настоящее время акцент делается на обосновании

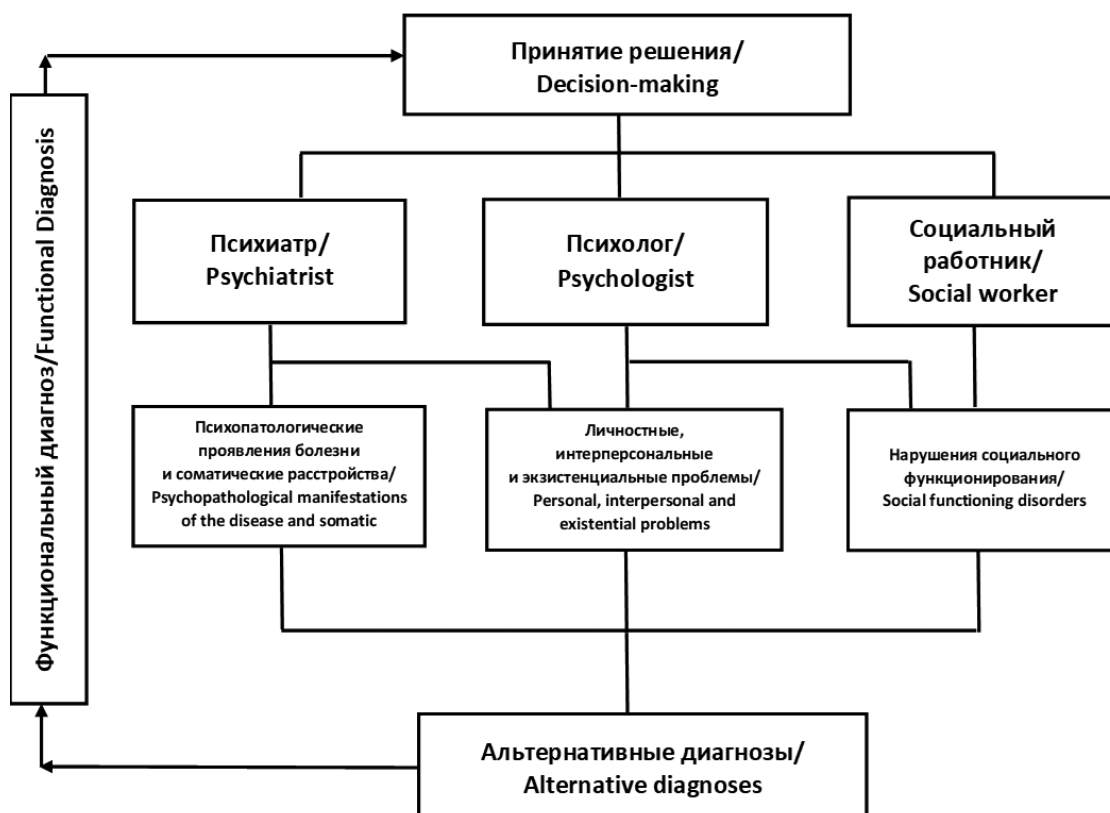


Рис. 2. Иерархическая модель проблемы постановки функционального диагноза

Fig. 2 Hierarchical model of the problem of setting a functional diagnosis

концепций саморегуляции социально значимого поведения [88, 89]. В практике осуществления принудительных мер медицинского характера были разработаны модели профилактики, реабилитации и лечения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами [91] и предложены методики структурированной оценки риска на основе концепции психопатологических механизмов общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами [90–92]. Ряд параметров ФД используется для оценки эффективности проводимых интервенций. В военной психиатрии функциональная диагностика применяется для прогноза и профилактики психических расстройств, а также оценки адаптации у военнослужащих [93]. С учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при проведении медико-социальной экспертизы проводится количественная оценка нарушений функций организма и уровня социальной адаптации при психических и поведенческих расстройствах, которая, по сути, представляет собой ФД [94].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, системный холистический подход, отражением которого является понятие ФД, находит широкое применение в различных сферах психиатрической практики. Он является «живой» и открытой моделью, предполагающей оценку множества клинических, психологических и социальных параметров жизнедеятельности пациента. В рамках введения МКБ-11 он не утрачивает своей значимости. Однако ставит ряд вопросов, которые должны быть решены на методологическом и методическом уровнях. Концептуальным представляется дальнейшее теоретическое и экспериментальное обоснование биопсихосоциальной модели развития и течения психических расстройств [95–97]. Актуальной остается проблема сочетанного использования качественно-количественной (категориально-дименсиональной) оценки не только психических расстройств, но и всей совокупности факторов, характеризующих внутренние и внешние условия социального функционирования пациента. Требуют своей разработки и валидации инструменты исследования отдельных параметров состояния пациента. Вместе с тем ФД является надежной рамочной моделью, позволяющей целостно и системно подходить к проблемам пациента, ставить и решать новые научно-практические задачи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Захарьин ГА. Клинические лекции и избранные статьи. Под ред. и с предисл. ВФ Снегирева. М.: Изд. Е.П. Захарьиной. 1909:502.
Zahar'in GA. Klinicheskie lektsii i izbrannye stat'i. Pod red. i s predisl. VF Snegireva. M.: Izd. E.P. Zahar'inoj. 1909:502. (In Russ.).

2. Боткин СП. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции: в двух томах. М.: Книга по требованию. 2017:18.
Botkin SP. Kurs kliniki vnutrennih boleznej i klinicheskie lektsii: v dvuh tomah. M.: Kniga po trebovaniju. 2017:18. (In Russ.).
3. Кречмер Э. Строение тела и характер. Москва-Петроград: Государственное издательство. 1924:283.
Krechmer Je. Stroenie tela i harakter. Moskva-Petrograd: Gosudarstvennoe izdatel'stvo. 1924:283. (In Russ.).
4. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера. 1999:236.
Shnajder K. Klinicheskaja psihopatologija. Kiev: Sfera. 1999:236. (In Russ.).
5. Розенштейн ЛМ. П.Б. Ганнушкин как психиатр эпохи. Памяти Петра Борисовича Ганнушкина: Труды психиатрической клиники 1-го Московского медицинского института. М.-Л.: Биомедиз. 1934;4:5–12.
Rozenshtejn LM. P.B. Gannushkin kak psihiatr jepohi. Pamjati Petra Borisovicha Gannushkina: Trudy psihiatricheskoy kliniki 1-go Moskovskogo medicinskogo instituta. M.-L.: Biomediz. 1934;4:5–12. (In Russ.).
6. Гиляровский ВА. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. 4-е изд., испр. и доп. М.: Медгиз. 1954:520.
Giljarovskij VA. Psihiatrija. Rukovodstvo dlja vrachej i studentov. 4-e izd., ispr. i dop. M.: Medgiz. 1954:520. (In Russ.).
7. Гейер ТА. Трудоспособность при шизофрении. В кн.: Современные проблемы шизофрении. Москва. 1933:106–111.
Gejer TA. Trudosposobnost' pri shizofrenii. V kn.: Sovremennye problemy shizofrenii. Moskva. 1933:106–111. (In Russ.).
8. Гейер ТА. Необходимые предпосылки для правильного разрешения вопроса о трудоустройстве психически больных. Труды института им. Ганнушкина. 1939;4:1947–1950.
Gejer TA. Neobhodimye predposylki dlja pravil'nogo razreshenija voprosa o trudoustrojstve psihicheski bol'nyh. Trudy instituta im. Gannushkina. 1939;4:1947–1950. (In Russ.).
9. Тартаковский ГЯ. К вопросу о трудоспособности при шизофрении. В сб.: Современные проблемы шизофрении. М.: Гослитиздат. 1933:7–19.
Tartakovskij GYa. K voprosu o trudosposobnosti pri shizofrenii. V sb.: Sovremennye problemy shizofrenii. M.: Goslitizdat. 1933:7–19. (In Russ.).
10. Лурия АР. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е издание. М.: Медицина. 1977:37–52.
Lurija AR. Vnutrennjaja kartina bolezni i iatrogennye zabolevanija. 4-e izdanie. M.: Medicina. 1977:37–52. (In Russ.).
11. Сухарева ГЕ. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз. 1955;1:458.

- Suhareva GE. Klinicheskie lektsii po psikiatrii detskogo vozrasta. M.: Medgiz 1955;1:458. (In Russ.).
12. Выготский ЛС. Лекции по педологии, 1933–1934 гг. Ижевск: Издательство Удмуртского университета. 1996:295.
Vygotskij LS. Lektsii po pedologii, 1933–1934 gg. Izhevsk: Izdatel'stvo Udmurtskogo universiteta. 1996:295. (In Russ.).
 13. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медгиз. 1963:198.
Melekhov DE. Klinicheskie osnovy prognoza trudosposobnosti pri shizofrenii. M.: Medgiz. 1963:198. (In Russ.).
 14. Мелехов ДЕ. Теоретические и организационные основы реабилитации психически больных в СССР. В сб.: IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. Ленинград. 1974:183–186.
Melekhov DE. Teoreticheskie i organizacionnye osnovy reabilitacii psichieski bol'nyh v SSSR. V sb.: IV Mezhdunarodnyj simpozium po reabilitacii psichieski bol'nyh. Leningrad. 1974:183–186. (In Russ.).
 15. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129–136.
 16. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*. 1980;137:535–544.
 17. Воловик ВМ. Системный подход и функциональный диагноз. В сб.: Проблемы системного подхода в психиатрии. Ред. ММ Кабанов. Рига. 1977:72–81.
Volovik VM. Sistemnyj podhod i funkcional'nyj diagnoz. V sb.: Problemy sistemnogo podhoda v psikiatrii. Red. MM Kabanov. Riga. 1977:72–81. (In Russ.).
 18. Вайзе К, Воловик ВМ. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных. В сб.: Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М.: Медицина. 1980:152–206.
Vajze K, Volovik VM. Funkcional'nyj diagnoz kak klinicheskaja osnova vosstanovitel'nogo lechenija i reabilitacii psichieski bol'nyh. V sb.: Klinicheskie i organizacionnye osnovy reabilitacii psichieski bol'nyh. M.: Medicina. 1980:152–206. (In Russ.).
 19. Анохин ПК. Идеи и факты в разработке теории функциональных систем. *Психологический журнал*. 1984;5:107–118.
Anohin PK. Idei i fakty v razrabotke teorii funkcional'nyh sistem. *Psihologicheskij zhurnal*. 1984;5:107–118 (In Russ.).
 20. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз. 1960:266.
Sel'e G. Ocherki ob adaptacionnom sindrome. M.: Medgiz. 1960:266. (In Russ.).
 21. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. В кн.: Эмоциональный стресс. Под ред. Л Леви. Л.: Медицина. 1970:178–209.
 22. Снежневский АВ. Симптоматология и нозология шизофрении. В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез. Под ред. АВ Снежневского. М.: Медицина. 1969:5–28.
Snezhnevskij AV. Simptomatologija i nozologija shizofrenii. V kn.: Shizofrenija, klinika i patogenez. Pod red. AV Snezhnevskogo. M.: Medicina. 1969:5–28. (In Russ.).
 23. Семичов СБ. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина. 1987:181.
Semichov SB. Predbolezennye psichieskie rasstrojstva. L.: Medicina. 1987:181. (In Russ.).
 24. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1976;86(2):103–126.
 25. Ciompi L. The Dynamics of Complex Biological-Psychosocial Systems. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155:15–21.
 26. Клиническая психология: учебник. Ред. АБ Холморова. М.: Академия. 2010;1:464.
Klinicheskaja psihologija: uchebnik. Red. AB Holmogorova. M.: Akademija. M.: Akademiya. 2010;1:464. (In Russ.).
 27. Коцюбинский АП, Шейнина НС, Бурковский ГВ. Функциональный диагноз в психиатрии. СПб.: СпецЛит. 2013:231.
Kocjubinskij AP, Shejnina NS, Burkovskij GV. Funkcional'nyj diagnoz v psikiatrii. SPb.: SpecLit. 2013:231. (In Russ.).
 28. Коцюбинский АП. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). СПб.: СпецЛит. 2017:285.
Kocjubinskij AP. Mnogomernaja (holisticheskaja) diagnostika v psikiatrii (biologicheskij, psihologicheskij, social'nyj i funkcional'nyj diagnozy). SPb.: SpecLit. 2017:285. (In Russ.).
 29. Незнанов НГ, Коцюбинский АП, Мазо ГЭ. Биопсихосоциальная психиатрия. Руководство для врачей. СПб.: Специальное издательство медицинских книг (СИМК). 2020:904.
Neznanov NG, Kocjubinskij AP, Mazo GJe. Biopsihosocial'naja psikiatrija. Rukovodstvo dlja vrachej. SPb.: Special'noe izdatel'stvo medicinskih knig (SIMK). 2020:904. (In Russ.).
 30. Коцюбинский АП, Шейнина НС, Бутома БГ, Мельникова ЮВ, Еричев АН, Саврасов РГ. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(4):45–50.
Kocjubinskij AP, Shejnina NS, Butoma BG, Mel'nikova JuV, Eriчев AN, Savrasov RG. Holisticheskij diagnosticheskij podhod v psikiatrii. Soobshhenie 1. *Social'naja i klinicheskaja psikiatrija*. 2013;23(4):45–50. (In Russ.).

31. Коцюбинский АП, Шейнина НС, Бутома БГ, Мельникова ЮВ, Еричев АН, Саврасов РГ. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 2. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;24(1):65–69.
Kocjubinskij AP, Shejnina NS, Butoma BG, Mel'nikova JuV, Eriчев AN, Savrasov RG. Holisticheskij diagnosticheskij podhod v psihiatrii. Soobshhenie 2. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. 2014;24(1):65–69. (In Russ.).
32. Незнанов НГ, Акименко МА, Коцюбинский АП. Значение школы В.М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств. В сб.: Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты. Сост. НМ Залущкая, под общей редакцией НГ Незнанова. СПб.: СпецЛит. 2017:13.
Neznanov NG, Akimenko MA, Kocjubinskij AP. Znachenie shkoly V.M. Behtereva v formirovanii biopsihosocial'noj koncepcii nervno-psihicheskikh rasstrojstv. V sb.: Psihosocial'naja reabilitacija v psihiatrii i nevrologii. Metodologicheskie i organizacionnye aspekty. Sost. NM Zaluckaja, pod obshhej redakciej NG Neznanova. SPb.: SpecLit. 2017:13. (In Russ.).
33. Леонтьев АН. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат. 1975:304.
Leont'ev AN. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. M.: Politizdat. 1975:304. (In Russ.).
34. Рубинштейн СЛ Человек и мир. В сб.: Проблемы общей психологии. Под ред. ЕВ Шороховой: сост. и авт. коммент. КА Абульханова, АВ Брушлинский. 2-е изд. М.: Педагогика. 1976:253–409.
Rubinshtejn SL Chelovek i mir. V sb.: Problemy obshhej psihologii. Pod red. EV Shorohovoj: sost. i avt. komment. KA Abul'hanova, AV Brushlinskij. 2-e izd. M.: Pedagogika. 1976:253–409. (In Russ.).
35. Зейгарник БВ. Патопсихология. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Издательство Московского университета. 1986:287.
Zejgarnik BV. Patopsihologija. Izd. 2-e, pererab. i dop. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta. 1986:287. (In Russ.).
36. Рубинштейн СЯ. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс. 1999:448.
Rubinshtejn SYa. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii. M.: ZAO Izd-vo JeKSMO-Press. 1999:448. (In Russ.).
37. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *Int. Rev. Psychiatry*. 2002;14:245–255.
38. Bellack AS, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry*. 2012;11(3):156–60. doi: [10.1002/j.2051-5545.2012.tb00117.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00117.x)
39. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Сторожакова ЯА. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика. 2007:492.
Gurovich IYa, Shmukler AB, Storozhakova YaA. Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja reabilitacija v psihiatrii. M.: ID Medpraktika. 2007:492. (In Russ.).
40. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Ред. ИЯ Гурович, АБ Шмуклер. М.: Медпрактика-М. 2015:420.
Psihosocial'naja i kognitivnaja terapija i reabilitacija psihicheski bol'nyh. Red. IYa Gurovich, AB Shmukler. M.: Medpraktika-M. 2015:420. (In Russ.).
41. Смулевич АБ, Воронова ЕИ, Солохина ТА, Лобанова ВМ, Ильина НА. Некоторые аспекты психопатологии резидуальных состояний при шизофрении (ремиссии по типу «новой жизни» — современные модели). *Психиатрия*. 2022;20(1):46–57. doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57)
Smulevich AB, Voronova EI, Solokhina TA, Lobanova VM, Ilyina NA. Some Aspects of Psychopathology of Residual States in Schizophrenia (A “New Life” Type Remissions — Modern Models). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatrija)*. 2022;20(1):46–57. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-46-57)
42. Мосолов СН. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2010;110(6):4–11.
Mosolov SN. Actual theoretical problems of diagnostic, classification, neurobiology and therapy of schizophrenia: a comparison of International and Russian experience. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2010;110(6):4–11. (In Russ.).
43. Пантелеева ГП, Гаврилова СИ. Методы стандартизации диагностики и количественная оценка состояния психически больных. В кн.: Психиатрия: руководство для врачей. Под ред. АС. Тиганова. М.: Медицина. 2012;1:245–265.
Panteleeva GP, Gavrilova SI. Metody standartizacii diagnostiki i kolichestvennaja ocenka sostojanija psihicheski bol'nyh. V kn.: Psihiatrija: rukovodstvo dlja vrachej. Pod red. AS. Tiganova. M.: Medicina. 2012;1:245–265. (In Russ.).
44. Клиническая психометрика: учебное пособие. Под ред. ВА Солдаткина. 2-е изд., доп. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. 2018:339.
Klinicheskaja psihometrika: uchebnoe posobie. Pod red. VA Soldatkina. 2-e izd., dop. Rostov-na-Donu: Izd-vo RostGMU. 2018:339. (In Russ.).
45. Ястребов ВС, Митихин ВГ, Солохина ТА, Митихина ИА. Научные основы организации психиатрической помощи: разработка концептуальной базы современной психиатрической службы. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2016;116(9):4–12. doi: [10.17116/jnev-2016116914-12](https://doi.org/10.17116/jnev-2016116914-12)

- Iastrebov VS, Mitikhin VG, Solokhina TA, Mitikhina IA. Scientific bases of the organization of psychiatric care: development of a conceptual framework of modern mental health services. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2016;116(9):4–12. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro2016116914-12](https://doi.org/10.17116/jnevro2016116914-12)
46. Митихин ВГ. Интеграция подходов к диагностике и классификации психических расстройств на основе метода анализа иерархий. *Вестник неврологии имени В.М. Бехтерева*. 2018;4:26–30. Mitihin VG. Integracija podhodov k diagnostike i klassifikacii psihicheskikh rasstrojstv na osnove metoda analiza ierarhij. *Vestnik nevrologii imeni V.M. Behtereva*. 2018;4:26–30. (In Russ.).
 47. Изнак АФ, Изнак ЕВ, Корнилов ВВ, Концевой ВА. Динамика нейрофизиологических показателей при терапии затяжной психогенно спровоцированной депрессии. *Психиатрия*. 2011;1(49):32–37. Iznak AF, Iznak EV, Kornilov VV, End VA. Dynamics of neurophysiological parameters in the treatment of protracted psychogenically provoked depression. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatrija)*. 2011;1(49):32–37. (In Russ.).
 48. Шамрей ВК, Марченко АА, Курасов ЕС, Лобачев АВ, Тарумов ДА, Баурова НН. Перспективы объективного мониторинга и прогноза психического здоровья военнослужащих. *Доктор.Ру. Неврология Психиатрия*. 2018;1(145):27–33. Shamrey VK, Marchenko AA, Kurasov ES, Lobachev AV, Tarumov DA, Baurova NN. Perspectives of Objective Monitoring and Forecasting of Mental Health of Military Men. *Doctor.Ru. Neurology Psychiatry*. 2018;1(145):27–33. (In Russ.).
 49. Зозуля СА, Тихонов ДВ, Каледа ВГ, Ключник ТП. Иммуновоспалительные маркеры становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2021;121(6):59–66. doi: [10.17116/jnevro202112106159](https://doi.org/10.17116/jnevro202112106159). Zozulya SA, Tikhonov DV, Kaleda VG, Klyushnik TP. Immunoinflammatory markers of remission formation after the first psychotic attack in adolescence. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(6):59–66. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro202112106159](https://doi.org/10.17116/jnevro202112106159)
 50. Семенова НД. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009;19(2):76–83. Semenova ND. Motivational factors and psychosocial therapy in schizophrenia. *Social and clinical psychiatry*. 2009;19(2):76–83. (In Russ.).
 51. Эткинд АМ. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами. В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 1980:110–114. Jetkind AM. Cvetovoj test otnoshenij i ego primenenie v issledovanii bol'nyh nevrozami. V kn.: *Social'no-psihologicheskie issledovaniya v psihonevrologii*. L.: Leningradskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. V.M. Behtereva. 1980:110–114. (In Russ.).
 52. Ошевский ДС, Балашова ЕО. Искажение ценностных ориентаций как фактор риска употребления подростками психоактивных веществ. *Психология и право*. 2012;2(2):1–14. Oshevskiy DS, Balashova EO. Distortion of value orientations as a risk factor of adolescents' use of psychoactive substances. *Psychology and Law*. 2012;2(2):1–14. (In Russ.).
 53. Лутова НБ, Борцов АВ, Вид ВД. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре: методические рекомендации. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2007:17. Lutova NB, Borcov AV, Vid VD. Metod ocenki sub'ektivnoj udovletvorennosti psihicheskii bol'nyh lecheniem v psichiatricheskom stacionare: metodicheskie rekomendacii. SPb.: SPb NIPNI im. V.M. Behtereva. 2007:17. (In Russ.).
 54. Лутова НБ, Незнанов НГ, Вид ВД. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008;1:8–13. Lutova NB, Neznakov NG, Vid VD. Komplajens v psichiatrii i sposob ego ocenki. *Psichiatrija i psihofarmakoterapija*. 2008;1:8–13. (In Russ.).
 55. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*. 1983;13:177–183. doi: [10.1017/S0033291700050182](https://doi.org/10.1017/S0033291700050182).
 56. Митихин ВГ, Солохина ТА, Алиева ЛМ. Инновационная технология оценки приверженности лечению психически больных. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2021;121(9):72–78. doi: [10.17116/jnevro202112109172](https://doi.org/10.17116/jnevro202112109172) Mitikhin VG, Solokhina TA, Alieva LM. Innovative technology for assessing adherence to treatment of mentally ill patients. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(9):72–78. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro202112109172](https://doi.org/10.17116/jnevro202112109172)
 57. Тюменкова ГВ, Портнова АА, Кекелидзе ЗИ. Стигматизация и дискриминация больных эпилепсией. *Российский психиатрический журнал*. 2005;4:51–57. Tjumenkova GV, Portnova AA, Kekelidze ZI. Stigmatizacija i diskriminacija bol'nyh jepilepsiej. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal*. 2005;4:51–57. (In Russ.).
 58. Ениколопов СН. Психология враждебности в медицине и психиатрии. *Терапия психических расстройств*. 2007;1:18–22. Enikolopov SN. Psihologija vrazhdebnosti v medicine i psichiatrii. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2007;1:18–22. (In Russ.).

59. Cooper AE, Corrigan PW, Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003;191(5):339–341.
60. Михайлова ИИ. Самостигматизация психически больных: описание и типология. *Психиатрия.* 2004;2(8):23–30.
Mihajlova II. Samostigmatizacija psihicheski bol'nyh: opisanie i tipologija. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya).* 2004;2(8):23–30. (In Russ.).
61. Серебрянская ЛЯ. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2005;3:47–54.
Serebrijskaya LYa. Social'ny'e predstavleniya o psixicheski bol'nyx v kontekste problemy` stigmatizacii. *Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/ Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2005;3:47–54. (In Russ.).
62. Соловьева СЛ. Самостигматизация как фактор превращения личности здорового в личность больного. *Неврологический вестник.* 2017;XLIX(1):49–56. doi: [10.17816/nv14044](https://doi.org/10.17816/nv14044)
Solov'eva SL. Samostigmatizacija kak faktor prevrashhenija lichnosti zdorovogo v lichnost' bol'nogo. *Nevrologicheskij vestnik.* 2017;XLIX(1):49–56. (In Russ.). doi: [10.17816/nv14044](https://doi.org/10.17816/nv14044)
63. Ястребов ВС, Ениколопов СН, Михайлова ИИ. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2005;105(11):50–54.
Yastrebov VS, Enikolopov SN, Mikhailova II. Self-stigmatization of patients with major mental illnesses. *Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/ Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2005;105(11):50–54. (In Russ.).
64. Сыропятов ОГ, Дзеружинская НА, Игумнов СА, Яновский СС, Яновский ТС. Методология клинической и социальной психиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2018;28(2):63–69.
Syropyatov OG, Dzeruzhinskaya NA, Igumnov SA, Yanovskiy SS, Yanovskiy TS. Methodology of clinical and social psychiatry. *Social and clinical psychiatry.* 2018;28(2):63–69. (In Russ.).
65. Лиманкин ОВ, Кишка ТН, Ханько АВ, Голосов ЕА, Мухитова ЮВ, Климакова НА, Ферден А, Кулыгина МА, Папсуев ОО. Изучение удовлетворенности пациентов качеством помощи в психиатрическом стационаре. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2021;31(2):44–50.
Limankin OV, Kishka TN, Hanko AV, Golosov EA, Mukhitova YuV, Klimakova NA, Ferden A, Kulygina MA, Papsuev OO. The study of patient satisfaction with the quality of care in a psychiatric hospital. *Social and clinical psychiatry.* 2021;31(2):44–50. (In Russ.).
66. Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность. Под ред. ТА Солохиной, ВВ Ястребовой. М.: ИД «Городец». 2019:392.
67. Сосновский АЮ. Клинико-социологическое исследование деятельности психиатрических учреждений. *Социальная и клиническая психиатрия.* 1995;5(1):42–47.
Sosnovskij AYU. Kliniko-sociologicheskoe issledovanie dejatel'nosti psichiatricheskikh uchrezhdenij. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija.* 1995;5(1):42–47. (In Russ.).
68. Вопросник В03КЖ-100. Доступно по адресу: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/russian-whoqol-100>
WHOQOL: Measuring Quality of Life. (In Russ.). Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/russian-whoqol-100>
69. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. MA: Boston, 1993:143.
70. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Medical Care.* 1995;30:473–483.
71. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care.* 1993;31(3):247–263.
72. Lehman AF. The Well-Being of Chronic Mental Patients. Assessing Their Quality of Life. *Archives of General Psychiatry.* 1983;40:369–373. doi: [10.1001/archpsyc.1983.01790040023003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790040023003)
73. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Quality of Life in Mental Disorders. New York: John Wiley & Sons. 1997:389.
74. Пеккер МВ, Гвоздецкий АН, Щелкова ОЮ. Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций. *Клиническая и специальная психология.* 2022;11(1):164–191. doi: [10.17759/cpse.2022110108](https://doi.org/10.17759/cpse.2022110108)
Pekker MV, Gvozdetskiy AN, Shchelkova OYu. Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment. *Clinical Psychology and Special Education.* 2022;11(1):164–191. (In Russ.). doi: [10.17759/cpse.2022110108](https://doi.org/10.17759/cpse.2022110108)
75. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Шашкова НГ. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. *Социальная и клиническая психиатрия.* 1994;4:38–45.
Gurovich IY, Shmukler AB, Shashkova NG. Social functioning and quality of life of the mentally ill. *Social and clinical psychiatry.* 1994;4:38–45. (In Russ.).
76. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the

- schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bull.* 1984;10(3):388–98. doi: [10.1093/schbul/10.3.388](https://doi.org/10.1093/schbul/10.3.388) PMID: 6474101.
77. Гурович ИЯ, Папсуев ОО. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2015;25(2):9–18.
Gurovich IYa, Papsuev OO. Differentiation of approaches to the study of social functioning disorders in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders and tools for its assessment. *Social and clinical psychiatry.* 2015;25(2):9–18. (In Russ.).
 78. Mausbach BT, Harvey PD, Goldman SR, Jeste DV, Patterson TL. Development of a Brief Scale of Everyday Functioning in Persons with Serious Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin.* 2007;11(33):1364–1372.
 79. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pio-li R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(4):323–9. PMID: 10782554.
 80. Кабанов ММ. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина. 1985:216.
Kabanov MM. Reabilitacija psihicheski bol'nyh. 2-e izd., dop. i pererab. L.: Medicina. 1985:216. (In Russ.).
 81. Марченко АА, Рупчев ГЕ, Морозова МА. Валидизация шкалы для оценки автономии у больных шизофренией в ремиссии. *Медицинская психология в России.* 2018;10(3):3–6. doi: [10.24411/2219-8245-2018-13060](https://doi.org/10.24411/2219-8245-2018-13060)
Marchenko A.A., Rupchev G.E., Morozova M.A. Validation of a scale for assessment of autonomy in patients with schizophrenia in remission. *Med. psihol. Ross.* 2018;10(3):3–6. (In Russ.). doi: [10.24411/2219-8245-2018-13060](https://doi.org/10.24411/2219-8245-2018-13060)
 82. Ястребов ВС, Акимкина ЕС, Солохина ТА. Концептуальные подходы к изучению и оценке потребностей психически больных в медицинской и психиатрической помощи (обзор литературы). *Психиатрия.* 2007;4(28):86–97.
Yastrebov VS, Akimkina ES, Solokhina TA. Konceptual'nye podhody k izucheniju i ocenke potrebnostej psihicheski bol'nyh v medicinskoj i psikiatricheskoj pomoshhi (obzor literatury). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya).* 2007;4(28):86–97. (In Russ.).
 83. Ястребов ВС. Эволюционное развитие отечественной системы психиатрической помощи. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2017;8(2):288–309.
Yastrebov VS. Evolutionary development of the domestic system of mental health care. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology.* 2017;8(2):288–309 (In Russ.).
 84. Митихин ВГ, Солохина ТА, Кузьминова МВ, Тюменкова ГВ, Лиманкин ОВ, Бабин СМ. Эффективность психосоциальной реабилитации: инновационный метод оценки результатов. *Психиатрия.* 2022;20(2):51–59. doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-2-51-59](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-51-59)
Mitikhin VG, Solokhina TA, Kuzminova MV, Tyumenkova GV, Limankin OV, Babin SM. The effectiveness of psychosocial rehabilitation: an innovative method for evaluating results. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya).* 2022;20(2):51–59. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2022-20-2-51-59](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-51-59)
 85. Митихин ВГ, Солохина ТА. Оценка весомости и согласованности взаимодействия специалистов в составе полипрофессиональных бригад. *Неврологический вестник.* 2020;LII(1):30–33.
Mitikhin VG, Solokhina TA. Evaluation of the weight and consistency of the interaction of specialists as part of multi-professional teams. *Neurological Bulletin.* 2020;LII(1):30–33. (In Russ.).
 86. Функциональный диагноз в судебной психиатрии. Под ред. ТБ. Дмитриевой, БВ. Шостаковича. М.: РИГ ГНЦСиСП им. В.П. Сербского. 2001:196.
Funkcional'nyj diaгноз v sudebnoj psikiatrii. Pod red. TB. Dmitrievoy, BV. Shostakovicha. M.: RIG GNCSiSP im. V.P. Serbskogo. 2001:196. (In Russ.).
 87. Осколкова СН. Диагноз в общей и судебной психиатрии: методологические аспекты. *Психиатрия.* 2017;73:23–33.
Oskolkova SN. Diagnosis in general and forensic psychiatry: methodological aspects. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya).* 2017;73:23–33. (In Russ.).
 88. Ткаченко АА, Корзун ДН. Судебно-психиатрическая оценка механизмов принятия юридически значимых решений. *Российский психиатрический журнал.* 2013;1:11–17.
Korzun DN, Tkachenko AA. Forensic psychiatric evaluation of any legal decision-making. *Russian Journal of Psychiatry.* 2013;1:11–17. (In Russ.).
 89. Ткаченко АА, Демидова ЛЮ. Построение общей модели саморегуляции в судебной психиатрии. Сообщение 4. Ситуация: воспоминание о будущем. *Российский психиатрический журнал.* 2020;1:27–41. doi: [10.24411/1560-957X-2020-12003](https://doi.org/10.24411/1560-957X-2020-12003)
Tkachenko AA, Demidova LYu. Development of the general model of self-regulation in forensic psychiatry. Paper 4. Situation: remembering of the future. *Russian Journal of Psychiatry.* 2020;1:27–41. (In Russ.). doi: [10.24411/1560-957X-2020-12003](https://doi.org/10.24411/1560-957X-2020-12003)
 90. Мальцева ММ, Котов ВП. Опасные действия психически больных: Психопатологические механизмы и профилактика. М.: Медицина. 1995:255.
Mal'ceva MM, Kotov VP. Opasnye dejstvija psihicheski bol'nyh: Psihopatologicheskie mehanizmy i profilaktika. M.: Medicina. 1995:255. (In Russ.).
 91. Булыгина ВГ, Кудрявцев ИА. Психологические основы профилактики опасных действий психически больных: монография. М.: Спринтер. 2016:421.

- Bulygina VG, Kudrjavcev IA. Psihologicheskie osnovy profilaktiki opasnykh deystviy psihicheski bol'nyh: monografiya. M.: Sprinter. 2016:421. (In Russ.).
92. Макушкина ОА. Назначение и выбор вида принудительных мер медицинского характера в аспекте эффективной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019;2(103):118–127. doi: [10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-118-127](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-118-127)
- Makushkina OA. The purpose and choice of the type of coercive measures of a medical nature in the aspect of effective prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019;2(103):118–127. (In Russ.). doi: [10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-118-127](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-118-127)
93. Краснов АА, Абриталин ЕЮ, Макеенко ВВ. Сравнительная оценка параметров преморбидного периода и показателей функциональной диагностики невротических расстройств у военнослужащих. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2021;1:50–54.
- Krasnov AA, Abritalin EYu, Makeenko VV. Comparative assessment of premorbid period parameters and functional diagnostics indicators in military personnel with neurotic disorders. *Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations*. 2021;1:50–54. (In Russ.).
94. Дымочка МА, Киндрас ГП, Красновская ЕС. Количественная оценка нарушений функций организма и уровня социальной адаптации при психических расстройствах и расстройствах поведения. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019;29(1):53–59.
- Dymochka MA, Kindras GP, Krasnovskaya ES. Quantitative assessment of violations of body functions and the level of social adaptation in mental and behavioral disorders. *Social and clinical psychiatry*. 2019;29(1):53–59. (In Russ.).
95. Холмогорова АБ, Рычкова ОВ. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? *Социальная психология и общество*. 2017;8(4):8–31. doi: [10.17759/sps.2017080402](https://doi.org/10.17759/sps.2017080402)
- Kholmogorova AB, Rychkova OV. 40 years of the biopsychosocial model: what's new? *Social psychology and society*. 2017;8(4):8–31. (In Russ.). doi: [10.17759/sps.2017080402](https://doi.org/10.17759/sps.2017080402)
96. Незнанов НГ, Рукавишников ГВ, Касьянов ЕД, Филиппов ДС, Кибитов АО, Мазо ГЭ. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2020;2:3–15. doi: [10.31363/2313-7053-2020-2-3-15](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-3-15)
- Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Filippov DS, Kibitov AO, Mazo GE. Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for modern biomedical research. *Review of psychiatry and medical psychology*. 2020;2:3–15. (In Russ.). doi: [10.31363/2313-7053-2020-2-3-15](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-3-15)
97. Owen G. What is formulation in psychiatry? *Psychological Medicine*. 2023;53:1700–1707. doi: [10.1017/S0033291723000016](https://doi.org/10.1017/S0033291723000016)

Сведения об авторах

Дмитрий Станиславович Ошевский, кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5234-5877>
dso@rambler.ru

Татьяна Александровна Солохина, доктор медицинских наук, заведующая отделом, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>
tsolokhina@live.ru

Information about the authors

Dmitry S. Oshevsky, Cand. of Sci. (Psychol.), Assistant Professor, Leading Research, Department for Organization of Psychiatric Services, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-3465-6302>
dso@rambler.ru

Tatiana A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, Department for Organization of Psychiatric Services, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>
tsolokhina@live.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.