

УДК 616.895.8-036.4-08-039.76:316

*В.А.Абрамов, Т.Л.Ряполова***СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ
РАННИХ СТАДИЙ ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ (СООБЩЕНИЕ 1)**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: ранние стадии шизофрении, биопсихосоциальный подход, психосоциальная реабилитация

В современных условиях процесс оказания психиатрической помощи не опирается на общепринятую научно обоснованную концептуальную базу. Достижения современной биологии, психологических и социальных наук, анализ взаимодействия между социальными и биологическими детерминантами поведения делает актуальным преодоление как односторонне биологических подходов в психиатрии [1], так и теорий, ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств. Разработка интегрированной модели, применимой к различным аспектам теоретической и практической психиатрии, задача чрезвычайно сложная, главным образом, по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих психическое состояние человека (здорового и больного). Однако недостаточная эффективность традиционно используемых в психиатрической практике психофармакологических средств (старого и нового поколения) настоятельно требует создания такой лечебно-диагностической парадигмы, которая учитывала бы весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинко-биологических детерминант [2, 3].

О неотложности и приоритетности развития социального аспекта психиатрической теории и практики на постсоветском пространстве свидетельствуют многочисленные научные публикации [2, 4 - 6]. Обобщение теоретических разработок в области социальной психиатрии позволило констатировать, что предмет современной социальной психиатрии, которая изучает вопросы социальной этиологии и социальной патологии больных психическими расстройствами, существенно отличается как от предмета психиатрии в ее классическом (биологическом) понимании, так и от предмета социальной гигиены. Он включает исследование влияния на психическое здоровье собственно социальных, этни-

ческих и экологических факторов, их связь с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии [7, 8].

В настоящее время нет альтернативы интегративному пониманию психических расстройств, одновременно учитывающему биологические, психологические и социальные аспекты любого психического заболевания, в том числе, в рамках концепции нелинейного взаимного структурного сцепления между различными взаимодействующими феноменологическими областями [7, 9, 10]. Такое, интегративное, понимание сущности психического расстройства дает надежную научную основу для разработки современных многоосевых диагностических технологий, алгоритма и структуры реабилитационного диагноза, а также многовекторной медико-психологической и социальной помощи пациентам.

В рамках биопсихосоциальной модели шизофрении [11 - 13] существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и реабилитационном потенциале имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. Адаптация – это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой [14], а компенсация – это реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов [15]. Т.Б. Дмитриева рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функции, направленной на под-

держание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой [16]. С этой точки зрения адаптацию и компенсацию можно рассматривать как составные элементы единого процесса приспособления, имея в виду способность больных приспособительно реагировать на изменения в социально-экологической среде, то есть, внутреннюю их готовность приспособляться к тем или иным условиям жизни.

Социальная адаптация понимается как результат процессов психической адаптации во внешней среде, характеризующий особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Выделяют качественную и количественную стороны социальной адаптации. Качественной характеристикой социальной адаптации является тип приспособительного поведения [17, 18]. Приспособительное поведение отражает основные тенденции личности в формировании социального поведения и представляет собой биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью. Тип приспособительного поведения определяет целостную и единообразную стратегию поведения в большинстве жизненных ситуаций. Она включает в себя комплекс защитных образований: осознанные копинг-усилия пациента, предпринимаемые в конкретной ситуации [19, 20], и неосознаваемые механизмы психологической защиты [21, 22, 23]. При этом копинг-поведение определяется как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия... поскольку эти требования активизируют адаптивные возможности» [24]. Количественная сторона социальной адаптации может быть представлена и измерена как уровень функционирования пациента в различных социальных сферах. Исходя из этого, возникающая у многих больных психосоциальная дезадаптация понимается как дефицит адаптации, в основе которого лежит неспособность больного противостать давлению социальных требований и обеспечить хотя бы удовлетворительный уровень функционирования в современной жизни.

В рамках адаптационно-компенсаторных представлений получило свое развитие понимание шизофрении как диатез-стрессового заболевания. Наиболее важной характеристикой такого подхода является чувствительность, то есть когнитивная, психодинамическая, психофизическая и биогенетическая готовность реагировать раз-

витием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода чувствительность проявляется в форме клинически скрытой уязвимости [25] или клинически проявляемого психопатологического диатеза [26, 27, 28, 29]. Концептуальная «диатез-стресс-модель» шизофрении [25, 30, 31], освещающая роль, наряду с наследственными, социальных факторов в генезе заболевания, была в дальнейшем дополнена концепцией «уязвимость к стрессу - копинг-компетентность», в которой подчеркивается, что недостаточность больных в вопросах социального взаимодействия, копинга, социальной компетентности, в свою очередь, ведет к стрессам и манифестации болезни [32]. С этих же позиций делалась попытка разработать «интерактивную модель развития» шизофренического психоза [33], более полно учитывающую уже в процессе течения болезни взаимодействие индивида с окружающей средой и развитие самого индивида. В наиболее обобщенном виде суть диатез-стрессовых теорий может быть сведена к допущению существования динамической совокупности: во-первых, биологической уязвимости («vulnerability») как генетически обусловленной предрасположенности к шизофрении [25, 31], и, во-вторых, клинически определяемого шизотипического «диатеза» [34], понимаемого как особая чувствительность организма [35] по отношению к стимулам, играющим роль стрессоров, под влиянием которых развивается болезнь. В ряду таких стрессоров исследователи рассматривают «любые сверхнормальные, экстремальные раздражители» [36] или критические жизненные события, а также микрособытия повседневной жизни [37] и обыденные психосоциальные воздействия, не оказывающие сколько-нибудь заметного влияния на здоровых людей, но играющие для «уязвимых» индивидуумов роль неспецифического стрессора [31], приводящего к перенапряжению адаптационных структур и обуславливающего тем самым нарушение системы отношений личности с окружающей средой. Формирующийся в связи с этим стрессорный комплекс является непременным атрибутом борьбы организма «с неблагоприятными влияниями среды задолго до того, как эта борьба начинает ощущаться больным» [38], а в случае нарушения адаптационно-компенсаторной системы в целом может «прорываться наружу», способствуя возникновению шизофренического процесса [39 - 41]. Дифференциация понятий «уязвимость» (внешне не проявляемый генети-

чески обусловленный фактор риска), «шизофренический диатез» (признак риска, носящий характер предболезни) и «болезнь» сделала логически необходимым предположение о наличии между уязвимостью и диатезом «порога уязвимости» [25], а между диатезом и болезнью – «адаптационного барьера» [42] – динамического образования, препятствующего дезорганизации функциональных систем, которые используются организмом для адаптации к конкретной ситуации. Линейная схема такой модели может быть представлена следующим образом [43, 44]: уязвимость - стресс - порог уязвимости - диатез - стресс - адаптационный барьер - болезнь. В тех случаях, когда ситуация психологического стресса протекает в условиях недостаточности или истощения защитных биологических механизмов, происходит прорыв порога уязвимости и возникновение шизофренического диатеза, а в дальнейшем – прорыв барьера адаптации, что L. Ciompi назвал «сломом уязвимой личности», и манифестация заболевания [45]. С этим созвучно и мнение Ю.Л. Нуллера [46] о том, что различные генетически обусловленные дефекты, чрезмерные стрессорные нагрузки на регуляторные системы могут иметь одно и то же следствие – срыв регуляции и переход ее на иной, патологический уровень. Гипотетически можно предположить, что «первичная поломка» провоцирует последующую реакцию на нее деятельности мозга в форме его активации (компенсаторной реакции первого порядка, в понимании Ю.Л. Нуллера [47]). Не случайно считают, что при нервно-психических заболеваниях патологический процесс с самого начала его возникновения неразрывно связан с включением компенсаторных механизмов [48]. На клиническом уровне этому соответствует этап манифестации психоза в форме дезинтеграции психических функций [47].

В случае, когда компенсаторные образования по каким-то причинам оказываются гиперактивными, в картине заболевания преобладают предельно острые психотические расстройства. При гипореактивности компенсаторных образований преобладают менее острые психопатологические расстройства с тенденцией к хронизации течения заболевания. При ареактивности компенсаторных образований создается ситуация, когда сопротивление организма болезни ограничивается адаптивными механизмами. Болезненный процесс, лишенный противодействия компенсаторных образований, приводит к истощению адаптационных механизмов, снижению

общих функциональных возможностей организма, что на клиническом уровне проявляется преимущественно в виде негативной симптоматики. Нарастание негативной симптоматики формирует новый уровень адаптации, сниженный по сравнению с исходным. Разница между доболезненным уровнем адаптации и морбидно сниженным получила название «цена адаптации» [14]. Таким образом, клиническим эквивалентом цены адаптации является выраженность негативной симптоматики. С этой точкой зрения согласуется и представление о дефекте как об особой форме приспособления организма к требованиям действительности за счет снижения функционального уровня личности, то есть о дефекте как цене адаптации.

Таким образом, цель психиатрической помощи в рамках биопсихосоциальной модели психиатрии не должна ограничиваться «лечением» расстройства. Она может быть сформулирована как «возвращение личности способности жить в системе социально-психологических отношений, адекватных ее оптимальным возможностям». Как предмет, так и цель психиатрии, исходящей из биопсихосоциальной модели, сопряжены с оценкой динамической системы отношений личности. Биопсихосоциальная парадигма закономерно приводит к осознанию того факта, что реальность психического расстройства не может быть полностью охвачена средствами естественно-научной методологии и требует методологии гуманитарного познания, в частности, использования герменевтического подхода в диагностике, лечении и оценивании достигнутого результата. При этом существенно меняется понимание позиции пациента в ходе оказания психиатрической помощи – сутью вмешательства становится постепенное наделение пациента возможностями и полномочиями субъекта помощи, или процесс перехода от терапевтического субъект-объектного патернализма к оптимальным субъект-субъектным помогающим отношениям [49].

Концепция реабилитации больных шизофренией за годы ее применения проделала существенную эволюцию. Первоначальное представление о реабилитации как о завершающей фазе медицинской деятельности уступило место более широкому ее пониманию как многоэтапного динамического процесса, включающего как соответственно ориентированное лечение, так и нацеленное на социальную реинтеграцию пациента [50, 51, 52]. Обобщая тенденции развития этой концепции, М.М. Кабанов [50] рассмат-

ривает реабилитацию как направление современной медицины и одновременно как систему деятельности, цель которой - восстановление личного и социального статуса больного с использованием особого методического подхода. Сутью последнего является опосредование всех проводимых мероприятий и воздействий через личность пациента.

Понимание клинической сущности начальных стадий шизофрении как совокупности первичных базисных, органических мозговых симптомов и вторичных адаптационно-компенсаторных образований, или как проявление разноплановых нарушений биопсихосоциальной адаптации, предполагает определенную этапность развития болезненного процесса [27].

Интерес исследователей к наиболее ранним проявлениям шизофрении («доболезненным формам», «субклиническим нарушениям») нашел отражение в появлении многочисленных терминов (предвестники, продромы, форпост-синдромы, доманифестные расстройства, микроэпизоды, характерологический сдвиг, зарницы и т.п.), с помощью которых описываются различные состояния длительностью от очень кратковременных до нескольких лет, различные по глубине, клинической специфичности, синдромальной завершенности, характеру связи с очерченным началом процесса (первый психотический эпизод). Указанное терминологическое разнообразие отражает малую дифференцированность рассматриваемых явлений и их крайнюю клиническую неоднородность. Между тем, уточнение их структуры и отношения к развивающемуся в последствии психозу имеет важное значение не только для понимания клиники заболевания, но и для разработки адекватной системы лечебно-профилактических мероприятий [53].

Н. Hafner et al. [54] выделили пять оперативных клинических определений начала шизофрении: первый (неспецифический) признак психического расстройства; первый негативный симптом; первый позитивный симптом; первый психотический эпизод (максимум позитивных симптомов, кульминация психоза); первая госпитализация.

Период от первого (неспецифического) признака до первого позитивного симптома (в среднем, около 5 лет) составляет фазу продрома. Промежуток времени от первого позитивного симптома до пика позитивной симптоматики – психотическая префаза, а пик позитивных расстройств соответствует психотической фазе.

В.М. Воловик [55] в структуре препсихотической стадии шизофрении при медленном и наиболее типичном начале болезни проследил три периода: продромальный период, препсихотический период, период манифестации психоза.

Продром шизофрении определяется как первые, начальные, нерезко выраженные, стертые, атипичные, эпизодически появляющиеся, не связанные с соматическими, травматическими, психогенными и другими факторами симптомы, которое по клинике соответствуют проявлениям шизофрении, в дальнейшем «звучат» в манифесте и не приводят пациента в поле зрения психиатрии [56].

В МКБ-10 к продромальным проявлениям при шизофрении, которые могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель или даже месяцев, относят: утрату интереса к работе, к социальной деятельности, к своей внешности, к гигиеническим привычкам, что сочетается с генерализованной тревогой и легкой депрессией [57].

По данным В.А. Вербенко [58], в продромальном периоде шизофрении, длительность которого колеблется в широком диапазоне и в среднем составляет 2-5 лет, неманифестные психопатологические образования включают наряду с рудиментарными позитивными расстройствами (отдельные бредовые идеи, нарушения восприятия, признаки дезорганизации процесса мышления) негативную симптоматику, приобретающую доминирующее значение. По сравнению с преморбидом постепенно происходит отчетливое обеднение всей психической жизни с появлением дефицитарных расстройств в эмоционально-волевой сфере, симптомов когнитивного дефицита, аутизации личности с отгороженностью и социальной изоляцией [59], придающих внешнему облику и поведению больных необычность и чужеродность. Обращается внимание на субклинический уровень продромальных расстройств от «неопределяемых симптомов» [60] до доминирующих негативных симптомокомплексов. В инициальном периоде заболевания они дополняются нарушениями круга концептуальной дезорганизации мышления в виде излишней детализации или поверхностности, нецеленаправленности процесса мышления, резонерства, соскальзывания [60, 61].

Дисфункциональные состояния в преморбидном периоде шизофрении не относятся к проявлениям начавшегося психического заболевания. Они свидетельствуют о повышенном риске пси-

хического заболевания, но не дают оснований говорить о его начале. К такого рода состояниям относят психомоторные нарушения, невротические страхи, сомато-вегетативные дисфункции, неспецифические и особые нарушения сна, психогенные реакции, эпизоды нарушения мышления и восприятия, немотивированные спады активности, преходящие изменения характера и появление необычных интересов [62]. Авторы рассматривают эти состояния в соответствии с концепцией шизофренического диатеза (нарушение, предвещающее манифестацию заболевания и клинически ограничивающееся пограничной симптоматикой) как предболезнь или как индикатор перехода потенциального (пассивного, стационарного) состояния повышенного риска в актуальное (активное, динамическое).

В целом, исследования, посвященные изучению течения продромального периода шизофрении и его взаимосвязи с манифестом, показывают, что патологический процесс может проявляться в трех вариантах [63]: отсутствие проявлений между продромом и манифестом; наличие характерологических или психопатологических изменений между продромом и манифестом, не приводящих к госпитализации; нарастание симптоматики («врастание продрома в манифест»).

В последнее время все большее внимание исследователей привлекает проблема первого психотического эпизода (ППЭ) [64, 65, 66, 67]. Это состояние определяется как впервые возникшее тяжелое психотическое расстройство с нарушением целостности и единства психических функций, неадекватным поведением и наличием трех основных групп симптомов: позитивных, негативных и нейрокогнитивных [64, 68].

Как показывают результаты современных исследований по изучению динамики шизофренического расстройства, после первичного эпизода существует множество разнообразных паттернов течения заболевания: от однократного приступа, после которого симптомы полностью редуцируются, до хронических форм с неуклонным ухудшением состояния больного, без каких-либо ремиссий [69]. Течение шизофрении не всегда принимает хроническую форму и не у всех больных ведет к деградации и распаду психики. Вероятность перехода заболевания в хроническую форму тесно связана с качеством социального окружения личности, которое может способствовать негативному влиянию на физические, когнитивные, психологические и социальные функции [70 - 72]. Поэтому оптимальным для достижения конечных целей реабили-

тации является начальный этап шизофрении с ее многообразными векторами последующих изменений качества жизни пациента и отношения к нему общества.

Наибольшее прогностическое значение при ППЭ приобретает способность пациента противостоять действию стрессогенных факторов. По мнению ряда исследователей [27, 43, 73, 74], сознательное совладание со стрессом (копинг) является важным фактором, влияющим на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. В то же время у больных шизофренией, в т.ч. на начальных ее стадиях, отмечается дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения, значительно снижающий их способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями [75 – 78]. Кроме того, многие больные используют неадекватные способы достижения целей, прибегая к неадаптивным вариантам копинг-поведения [79 – 81, 74].

Е.Ю. Антохин и др. [82] провели сравнительное исследование особенностей копинг-поведения у больных шизофренией с ППЭ и невротическими расстройствами. У больных шизофренией выявлен достаточно широкий спектр различных вариантов копинг-поведения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, что указывает на имеющиеся у них относительные возможности к адаптации.

В целом, выявленные у больных с ППЭ шизофрении неадаптивные варианты копинга могут использоваться в качестве копинг-«мишеней» психосоциального воздействия. Это особенно важно, поскольку в начальном периоде болезни закладываются основные тенденции приспособительного поведения (ПП), которые во многом определяют как характер, так и уровень фактической адаптации, достигаемой больным в дальнейшем [83].

Важное значение приобретает также коррекция когнитивных нарушений, занимающих значительное место в структуре клинических проявлений инициальной шизофрении, предопределяя динамику, характер распада ядра личности и его интеллектуальных функций [84, 85]. По мнению ряда авторов, когнитивные нарушения у больных шизофренией должны рассматриваться отдельно, как самостоятельная патология, наряду с позитивными, негативными и другими расстройствами [86 – 88]. При этом следует отметить, что нарушения выполнения различных нейрокогнитивных тестов отмечаются уже во время первого эпизода болезни, что позволяет

рассматривать когнитивные нарушения как фактор риска шизофрении [89 – 91].

А. Saykin et al. [91] обратили внимание на снижение когнитивного функционирования у нелеченных пациентов, которое не является результатом ни прогрессирования или хронификации заболевания, ни влияния медикаментов. Более того, имеются многочисленные данные, свидетельствующие о том, что когнитивное снижение предшествует развитию эндогенного процесса и, по существу, представляет собой генуинное повреждение течения информационных процессов [92]. Исходя из этого, можно предположить существование определенного патоморфологического субстрата, уязвимого по отношению к шизофреническому процессу [93]. По данным М. Green [94], уровень нейрокогнитивного функционирования не зависит от степени выраженности и качества позитивной психопатологической симптоматики, но коррелирует с выраженностью негативных расстройств. Имеются многочисленные исследования, подтверждающие высокую корреляцию уровня нейрокогнитивного функционирования с уровнем социальной адаптации больных шизофренией [95 – 97].

Нарушения социальной адаптации, которые проявляются, прежде всего, в трудностях решения интерперсональных проблем, большинство авторов считает ключевым аспектом социального функционирования при шизофрении [98, 99]. В рамках подобной интерпретации психосоциальное функционирование больных шизофренией тесно связано с первичными базовыми информационными процессами. Эти процессы, в частности, внимание, играют основную роль в опосредованном нарушении социального функционирования у больных шизофренией. А поскольку нарушения внимания и памяти выявляются при первом эпизоде заболевания [90], то можно предпо-

ложить, что социальное функционирование страдает на ранних стадиях шизофрении.

М. Green [94] проанализировал исследования, посвященные проблеме нейрокогнитивного дефицита как предиктора функционального исхода заболевания. У больных шизофренией, кроме общих прямых корреляций, была выявлена тесная связь между глобальным уровнем функционирования и данными специфических нейрокогнитивных тестов [100]. Поэтому терапевтические стратегии при шизофрении должны быть направлены не только на уменьшение выраженности позитивной и негативной симптоматики, но и на улучшение показателей когнитивного функционирования больных [101].

Таким образом, степень выраженности нейрокогнитивного дефицита является предиктором долгосрочного социального и терапевтического прогноза заболевания [88]. Предотвращение его прогрессирования на ранних этапах болезни способно повлиять на успешность лечебно-реабилитационных стратегий в целом [102, 103]. Так, установлено, что раннее выявление и эффективное лечение первых приступов шизофрении уменьшает «биологическую токсичность» процесса, сглаживает явления нейрокогнитивного дефицита, способствует ускорению наступления ремиссии и социальному восстановлению больных [104 – 107].

В продолжении научного обзора будут рассмотрены концептуальные основы психосоциальной реабилитации больных шизофренией, включая обоснование использования многоосевой психиатрической диагностики для интегративной оценки функциональных возможностей больных шизофренией, а также анализ современных направлений психосоциальной реабилитации на ранних стадиях шизофрении, включая оценку их эффективности.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

СУЧАСНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ РАННІХ СТАДІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ (ЧАСТИНА 1)

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Перша частина наукового огляду включає аналіз літературних джерел щодо вивчення інтегративних (біопсихосоціальних) механізмів виникнення та розвитку шизофренії та психопатологічних особливостей ранніх стадій шизофренії та їх значення для клінічного та соціального прогнозів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 142-150).

THE MODERN THEORETIC-METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF
THE SCHIZOPHRENIA EARLY STAGES AND PATIENT'S PSYCHOSOCIAL
REHABILITATION (PART 1)

Donetsk National medical university named after M.Gorkiy

The first part of the scientific review includes the data about integrative (biopsychosocial) mechanisms of the schizophrenia onset and development and psychopathological peculiarities of the schizophrenia early stages and their meaning for the clinical and social prognosis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 142-150).

Литература

1. Kandel E. R. A new intellectual framework for psychiatry / E. R. Kandel // *Am. J. Psychiatry*. — 1998. — Vol. 155, № 4. — P. 457-469.
2. Полтавец В. Система «новых» вирусов и психопатология: спільність форми чи сутності? / В. Полтавец // *Релігія і церква в контексті реалій сьогодення* : тези доп. міжнар. конф. / відп. ред. А. Колодний. — К., 1995. — С. 60.
3. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк : Каштан, 2009. — 584 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. — М. : Медицина, 2000. — 496 с.
5. Кабанов М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М. М. Кабанов // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 2001. — Т. 11, № 1. — С. 22-27.
6. Краснов В. Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития / В. Н. Краснов // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 2001. — Т. 11, № 1. — С. 19-21.
7. Дмитриева Т. Б. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // *Руководство по социальной психиатрии* / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М. : Медицина, 2001. — С. 10-35.
8. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепция и критерии разграничения / В. Б. Первомайский, Е. Г. Карагозина, В. Р. Илейко, Е. А. Казерацкая // *Вісн. психіатрії та психофармакотерапії*. — 2003. — № 1 (3). — С. 14-26.
9. Luhmann N. *Social Systems* / N. Luhmann. — Stanford: Stanford University Press, 1995. — 86 p.
10. Ciompi L. Affects as central organising and integrating factors. A new psychosocial/biological model of the psyche / L. Ciompi // *Brit. J. Psychiat.* — 1991. — Vol. 159, № 1. — P. 97-105.
11. Ciompi L. An affect-centered model of the psyche and its consequences for a new understanding of nonlinear psychodynamics / L. Ciompi // *Dynamics, synergetics, autonomous agents. Nonlinear system approach to cognitive psychology and cognitive science* / ed. W. Tschacher, J.P. Dauwalder. — World Scientific, Singapore-New Jersey-London-Hong Kong, 1999. — P.123-131.
12. Ciompi L. The concept of affect logic. An integrative psychosocio-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia / L. Ciompi // *Psychiatry*. — 1997. — Vol. 60, № 2. — P. 158-170.
13. Ciompi L. An integrative biological-psychosocial evolutionary model of schizophrenia and its therapeutic consequences: First results of the pilot project «Soteria Berne» / L. Ciompi, Ch. Mail, H. P. Danwalder [et al.] // *Psychotherapy of schizophrenia* / ed. G. Benedetti, P. M. Furlan. — Hogrefe & Huber Publ., Seattle-Toronto-Bern-Guttingen, 1993. — P. 319-333.
14. Воложин А. И. Адаптация и компенсация — универсальный механизм приспособления / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин. — М. : Медицина, 1987. — 176 с.
15. Ануфриев А. К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных / А. К. Ануфриев // *Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями*. — М., 1974. — С. 18-22.
16. Дмитриева Т. Б. Современные общепсихологические подходы к оценке психопатий / Т. Б. Дмитриева // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 1997. — Т. 97., № 5. — С. 4-6.
17. Воловик В. М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией / В. М. Воловик, А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // *Ранняя реабилитация психически больных*. — Л., 1984. — С. 39-46.
18. Коцюбинский А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева*. — 1996. — № 2. — С. 203-212.
19. Исаева Е. Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией : автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. психол. наук : 19.00.04 «Мед. психология» / Е. Р. Исаева. — СПб., 1999. — 21 с.
20. Чехлатый Е. И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии : автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия» ; 19.00.04 «Мед. психология» / Е. И. Чехлатый. — СПб., 1994. — 25 с.
21. Воробьев В. М. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации / В. М. Воробьев, Н. Л. Коновалова // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева*. — 1993. — № 1. — С. 71-72.
22. Безносюк Е. В. Механизмы психологической защиты / Е. В. Безносюк, Е. Д. Соколова // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 1997. — Т. 97, № 2. — С. 44-48.
23. Аристова Т. А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией : автореф. дис. на соиск. науч. степ. канд. психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Т. А. Аристова. — СПб., 1999. — 24 с.
24. Lazarus R. S. *Fifty Years of the Research and Theory of R.S. Lazarus: An Analysis of Historical and Perennial Issues* / R. S. Lazarus // Mahwah, NJ Publication. — 1998. — 425 p.
25. Zubin J. Vulnerability: a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // *J. Abnorm. Psychol.* — 1977. — Vol. 86, № 2. — P. 103-126.
26. Циркин С. Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения / С. Ю. Циркин // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 1995. — № 2. — С. 45-48.
27. Коцюбинский А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, Н. А. Пенчул // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 2007. — Т. 17, № 2. — С. 103-107.
28. Holmes J. Fitting the biopsychosocial jigsaw together / J. Holmes // *Br. J. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 177, № 2. — P. 93-94.
29. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // *Соц. и клин. психиат.* — 2002. — Т. 12, № 3. — С. 97-104.
30. Rosenthal D. Genetic theory and abnormal behavior / D. Rosenthal // *N. Y. : Mc Graw Hill*, 1970. — 318 p.
31. Zubin J. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability / J. Zubin, J. Magaziner, S. R. Steinhauer // *Psychol. Med.* — 1983. — Vol. 136, № 3. — P. 551-571.
32. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients / Liberman R. P. (ed.). — Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc., 1988. — 311 p.
33. Strauss J. S. The person with schizophrenia as a person. II: Approaches to the subjective and complex / J. S. Strauss // *Br. J. Psychiatry Suppl.* — 1994. — № 23. — P. 103-107.
34. Гончаров М. В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме). Сообщение 1. Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических) / М. В. Гончаров // *Рос. психиатр. журн.* — 1998. — № 3. — С. 31-37.
35. Lairy G. Adaptive disability: some precipitating factors in schizophrenic decompensation / G. Lairy, J. A. Meerloo // *Psychiatr. Q.* — 1969. — Vol. 43, № 2. — P. 319-330.
36. Маришук В. Л. Эмоции в спортивном стрессе (матриалы к исследованию) / В. Л. Маришук. — СПб., 1995. — 38 с.
37. Абабков В. А. Систематическое исследование семейного стресса и копинга / В. А. Абабков, М. Перре, Б. Планшерел // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева*. — 1998. — № 2. — С. 4-8.
38. Саркисов Д. С. Теоретические и практические аспекты проблемы соотношения структуры и функции / Д. С. Саркисов, В. Б. Гельфанд, В. П. Туманов // *Руководство по психиатрии*. — М. : Медицина, 1988. — Т. 1. — С. 51-74.
39. Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при

шизофрении / В. Д. Вид. – СПб., 1993. – 236 с.

40. Вассерман Л. И. О системном подходе в оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Березин, Н. И. Косенков // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16-25.

41. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб : изд-во СПб НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 256 с.

42. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский // Пограничные нервно-психические расстройства / под ред. Ю. А. Александровского. – М. : Наука, 1976. – С. 215-227.

43. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова [и др.]. – СПб. : Гиппократ +, 2004. – 336 с.

44. Grunebaum H. Psychosocial Psychiatry / H. Grunebaum / Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, № 1. – P. 186.

45. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term / L. Ciompi // Br. J. Psychiatry. – 1980. “ Vol. 136, № 4. – P. 413-420.

46. Нуллер Ю. Л. О парадигме в психиатрии / Ю. Л. Нуллер / Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 4. – С. 5-13.

47. Нуллер Ю. Л. Антиципация в семьях психически больных / Ю. Л. Нуллер, А. Е. Пегашова, В. Л. Козловский // Социал. и клинич. психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 5-11.

48. Процессы компенсации и адаптации при нарушениях нервно-психической деятельности / С. Ф. Семенов, Н. П. Могилкина, Р. Д. Коган [и др.] // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. – М., 1979. – С. 10-20.

49. Карагодина Е. Г. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе / Е. Г. Карагодина, Т. Н. Пушкарева // Арх. психиатрии – 2004. – № 4 (39). – С. 9-12.

50. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. – Л. : Медицина, 1978. – 230 с.

51. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Мед. исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9-10.

52. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. – К. : Сфера, 2001. – 418 с.

53. Тиганов А. С. Современные проблемы психопатологии, клиники и патогенеза шизофрении / А. С. Тиганов // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра / под. ред. А. Б. Смудевича. – М., 1999. – С. 33-44.

54. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia / H. Hafner, A. Riecher-Rüssler, M. Hambrecht [et al.] // Schizophr. Bull. – 1992. “ Vol. 6, № 3. – P. 209-223.

55. Воловик В. М. Некоторые особенности начала шизофрении и проблемы ее профилактики / В. М. Воловик // Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. – Л., 1976. – С. 50-54.

56. Стрельцова Н. И. Клинико-физиологические критерии прогноза при шизофрении в зависимости от вариантов истинного начала болезни / Н. И. Стрельцова // Всесоюзный съезд неврологов и психиатров. – М., 1975. – Т. 3. – С. 287-290.

57. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК)) / Дж.Э. Купер (сост. и ред.), Д. Полтавец (пер.с англ.). – К. : Сфера, 2000. – 442с.

58. Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении / В. А. Вербенко. – Симферополь : ДИАИПИ, 2007. – 307 с.

59. Untreated initial psychosis: relation to cognitive deficits and brain morphology in first-episode schizophrenia / B. C. Ho, D. Alicata, J. Ward [et al.] // Am. J. Psychiatry. “ 2003. “ Vol. 160, № 1. “ P. 142-148.

60. Cornblatt B. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives / B. Cornblatt, T. Lencz, M. Obuchowski // Schizophr. Res. – 2002. “ Vol. 54, № 1-2. – P. 177-186.

61. Смудевич А. Б. Психопатология и терапия шизофрении на манифестных этапах процесса / А. Б. Смудевич, Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 3 - 7.

62. Гурович И. Я. Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация / И. Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 5-9.

63. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia / W. R. McFarlane, B. Link, R. Dushay [et al.] // Fam. Processes. “ 1995. “ Vol. 34, № 2. “ P. 127-144.

64. Сторожакова Я. А. Первый психотический эпизод: клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным / Я. А. Сторожакова, О. Е. Холодова // Социал. и клинич. психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 2. – С. 74-80.

65. Абрамов В. А. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2005. – № 1 (15). – С. 3-9.

66. Пишель В. Я. Терапия больных, перенесших первый

психотический эпизод: реальная клиническая практика / В. Я. Пишель, М. Ю. Польшая, Е. В. Гузенко // Арх. психиатрии. – 2006. – № 1-4 (44-47). – С. 114-117.

67. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, № 1 (50). – С. 21-24.

68. Malla A. K. First-episode psychosis, early intervention and outcome: what have we learned? / A. K. Malla, R. M. Norman, R. Joobar // Can. J. Psychiatry. 2005. – Vol. 50, Suppl. 14. – P. 881-891.

69. Hopper K. Some old questions for the new cross-cultural psychiatry / K. Hopper // Medical Anthropology Q. – 1991. “ Vol. 5, № 4. “ P. 299-330.

70. Lynch J. W. Cumulative impact of sustained economic hardship on psychical, cognitive, psychological and social functioning / J. W. Lynch, G. A. Kaplan, S. L. Shema // New England J. Medicine. – 1997. “ Vol. 337, № 26. – P. 1889-1895.

71. Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistical models to predict psychiatric service utilisation / G. Thornicroft // Br. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 158, № 4. – P. 475-484.

72. Desjarlais R. Word mental health: problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, A. Kleinman. “ NY, Oxford : Oxford University Press, 1995. “ 505 p.

73. Молчанова Е. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией / Е. Молчанова, Т. Авдошина // Социал. и клинич. психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 33-37.

74. Фанзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Фанзен. – М., 2001. – 213 с.

75. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – СПб. : Питер, 2008. – 560 с.

76. Bellack A. S. Psychosocial treatment in schizophrenia / A. S. Bellack, S. A. Brown // Curr Psychiatry Rep. “ 2001. “ Vol. 3, № 5. “ P. 407-412.

77. Cullberg J. First-episode schizophrenia / J. Cullberg // Schizophr. Rev. “ 2000. “ Vol. 7, № 1. – P. 21-22.

78. Thompson K. N. Recovery style and outcome in first-episode psychosis / K. N. Thompson, P. D. McGorry, S. M. Harrigan // Schizophr. Res. “ 2003. “ Vol. 62, № 1-2. “ P. 31-36.

79. Ибриегит М. О. Исследование социальной компетентности больных шизофренией в процессе психотерапии : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Ибриегит Мухаммед Омар. – СПб., 1997. – 205 с.

80. Мухаммад И. О. Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов / И. О. Мухаммад // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. - № 1-2. - С. 24-31.

81. Исследование копинг-поведения у больных малопрогрессирующей шизофренией и неврозами / Е. Р. Исаева, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская [и др.] // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. – № 3-4. - С. 98-101.

82. Копинг – поведение у больных шизофренией с первым психиатрическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, М. В. Горбунова [и др.] // Социал. и клинич. психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 5-12.

83. Воловик В. М. О приспособляемости больных шизофренией / В. М. Воловик // Реабилитация больных психозами. – Л., 1981. – С. 62-71.

84. Ипатов М. Ю. Оланзапин: влияние на когнитивную функцию при шизофрении / М. Ю. Ипатов // Социал. и клинич. психиатрия. – 2003. – № 4. – С. 114-119.

85. Аведисова А. С. Когнитивный дефицит при шизофрении / А. С. Аведисова, Н. Н. Вериги // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 3. – С. 21-24.

86. Кабанов С. О. Нейролептики и нейрокогнитивный дефицит при шизофрении / С. О. Кабанов, С. Н. Мосолов // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 5. – С. 60-68.

87. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, М. В. Магомедова [и др.] // Социал. и клинич. психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 4. – С. 31-35.

88. Sharma T. Cognitive effects of conventional and atypical antipsychotics in schizophrenia / T. Sharma // Br. J. Psychiatr. – 1999. – Vol. 174, Suppl. 38. – P. 44-51.

89. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates / R. M. Bilder, R. S. Goldman, D. Robinson [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2000. “ Vol. 157, № 4. “ P. 549-559.

90. Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent-onset schizophrenia / S. Gold, S. Arndt, P. Nopoulos [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1999. “ Vol. 156, № 9. “ P. 1342-1348.

91. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning / J. A. Saykin, R. C. Gur, R. E. Gur [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 1991. “ Vol. 48, № 7. “ P. 618-624.

92. Information processing and social competence in chronic schizophrenia / D. L. Penn, K. T. Mueser, W. Spaulding [et al.] // Schizophr. Bull. – 1995. – Vol. 21, № 2. – P. 269-281.

93. Gold J. M. Cognitive deficits in schizophrenia / J. M. Gold, P. D. Harvey // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1993. – Vol. 16, № 2. – P. 295-312.
94. Green M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? / M. F. Green // *Am. J. Psychiatry.* “ 1996. “ Vol. 153, № 3. “ P. 321-330.
95. Магомедова М. В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией / М. В. Магомедова // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 2000. – № 1. – С. 92-98.
96. Андрусенко М. П. Комбинированное использование антидепрессантов и нейролептиков при аффективных расстройствах и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения / М. П. Андрусенко, М. А. Морозова // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2001. – Т. 3, № 1. – С. 4-8.
97. Смудевич А. Б. Неманифестные этапы шизофрении / А. Б. Смудевич // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* – 2005. – Т. 105, № 5. – С. 3-10.
98. Аведисова А. С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки / А. С. Аведисова // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 156-58.
99. Незнанов Н. Г. Проблема комплайенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 6.
100. Symptoms, cognitive functioning, and adaptive skills in geriatric patients with lifelong schizophrenia: a comparison across treatment sites / P. D. Harvey, E. Howanitz, M. Parella [et. al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 155, № 8. – P. 1080-1086.
101. Cuesta M. J. Cognitive disorders in positive, negative and deorganization syndromes of schizophrenia / M. J. Cuesta, V. Peralta // *Psychiatry Res.* – 1995. “ Vol. 58, № 3. “ P. 227-235.
102. Cohen B. F. Functional assessment in psychiatric rehabilitation / B. F. Cohen, W. A. Anthony // *Functional assessment in rehabilitation* / ed. A. S. Halpern, M. Y. Fuhrer. “ Baltimore: Paul Brookes. – 1984. - P. 79-100.
103. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis / T. R. Barnes, S. B. Hutton, M. J. Chapman [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* “ 2000. “ Vol. 177, № 3. “ P. 207-211.
104. Попов М. Ю. Общие принципы выбора антипсихотического препарата при терапии шизофрении / М. Ю. Попов // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* – 2006. – Т. 3, № 4. – С. 7.
105. Петрова Н. Н. Подвижность психопатологических состояний в процессе фармакотерапии острого приступа шизофрении / Н. Н. Петрова, В. Г. Агишев, С. Е. Горбачев // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* – 2005. – Т. 3, № 3. – С. 12-16.
106. One year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project / J. Cullberg, S. Levander, R. Holmqvist [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 106, № 4. – P. 276-285.
107. Improvement in cognitive functioning in patients with first-episode psychosis during treatment with quetiapine: an interim analysis / K. P. Good, I. Kiss, C. Buiteman [et al.] // *Br. J. Psychiatry Suppl.* “ 2002. – № 43. “ P. S45-49.

Поступила в редакцию 16.05.2010