

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-07

В.А. Абрамов

ОБ ИНТЕГРАТИВНОМ ПОДХОДЕ К ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: функциональный диагноз, психические расстройства

Современную психиатрию характеризует интегративное понимание психических расстройств, основанное на взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов [1, 2]. Это находит отражение не только в мультидисциплинарных аспектах организации психиатрической помощи [3], но и в многоосевом подходе к диагностике психических расстройств, декларируемом международными требованиями, в частности, МКБ-10.

В середине прошлого века А.Меуер [4] утверждал, что каждый пациент уникален и не может быть классифицирован в категориях нозологических единиц. Он постулировал сочетание психологического и биологического во всех без исключения случаях психического расстройства. Такой подход (с акцентом на изучении каждого конкретного пациента) был обозначен как *идиографический* метод, в противоположность *нотетическому* методу, для которого основным объектом рассмотрения являются различия между определенными группами пациентов. Эта точка зрения нашла отражение в биопсихосоциальной модели психических расстройств [5], требующей включения социальных и психологических факторов в диагностику заболеваний человека.

Таким образом, постановка психиатрического диагноза предполагает сочетание нотетического и идеографического процессов. *Нотетический* (буквально «законополагающий», от греч. *nomos* – закон, *thesis* – положение, утверждение) процесс означает, что все случаи, входящие в соответствующую диагностическую категорию, объединены одним или несколькими общими свойствами.

Идиографический (от греч. *idio* – индивидуальный, своеобразный; *grapho* – пишу) процесс в диагностике охватывает уникальные характерные особенности заболевания у каждого больного, которые необходимо учитывать для выра-

ботки эффективной тактики лечения и реабилитации. Таким образом, если нотетические процессы – это путь к совершенствованию наших знаний о болезнях, то идиографические методы используются для того, чтобы понять или изучить индивидуума.

Такой подход к диагностике психических расстройств созвучен с критериями психического здоровья и болезни, принятыми ВОЗ [6]:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и её результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Традиционная для отечественной медицины и психиатрии, в частности, нозологическая систематика болезней, отражая стремление к дифференциации патологических состояний, уточнению этиопатогенетических механизмов различных заболеваний, способствовала научному анализу, статистическому учету патологии и решению различных вопросов клинической практики. Однако, характеризуя только клиническую составляющую проблемы, нозологическая систематика не учитывала многообразие индивидуальных особенностей болезни, влияния на ее динамику и исход личностных особенностей

пациента, актуальной жизненной ситуации и в целом специфически человеческого взаимодействия человека с социальной средой.

Наибольшие трудности при использовании нозологического подхода к диагностике возникли при решении вопросов медико-социальной экспертизы и реабилитации больных. За пределами клинической оценки оставались различные компоненты жизнедеятельности пациента, спектр его личностных переживаний, компенсаторных возможностей и реабилитационного потенциала.

Первые попытки преодоления недостаточности формально-абстрактного нозологического диагноза принадлежат Г.А. Захарьину (1909) и С.П. Боткину (1912). Они обосновали клиническую необходимость использования двойственного диагноза, в котором отвлеченный диагноз болезни (*diagnosis morbi*) дополнялся и конкретизировался «диагнозом больного» (*diagnosis aegroti*) или «диагнозом по существу». Последний вошел в клиническую практику как патогенетический диагноз, который устанавливает индивидуальные специфические особенности конкретного пациента. В отличие от нозологического, патогенетический диагноз не только описывает патологический процесс, но и объясняет, интерпретирует его сущность.

Аналогичным образом К.Вайзе [7] сформулировал два уровня диагностики: 1) оценка клинических проявлений как предпосылка врачебной деятельности и 2) индивидуальный диагноз – познание и оценка больного как индивидуума и как личности, необходимые для решения медико-социальных проблем. Абсолютизация одного из этих уровней неизбежно ведет к заблуждению, поскольку ригидное следование нозологическому мышлению приводит к пренебрежению индивидуальностью и социальной сущностью человека.

К.Е.Тарасов и соавт. [8] полагают, что завершением диагностического процесса является переход от абстрактно-формального диагноза болезни к конкретному диагнозу (диагнозу больного), в котором находят отражение индивидуальная реактивность больного, степень нарушения его жизнедеятельности, конституциональная и социально-бытовая основа заболевания. Развернутый диагноз, таким образом, должен быть дополнен сведениями об индивидуальных (возраст, конституция, наследственность, перенесенные болезни и т.д.) и социальных особенностях больного (профессия, общественное и семейное положение и т.д.). Учет этих особен-

ностей позволяет более точно диагностировать характер заболевания и на этой основе более адекватно его обозначить. Наиболее полный диагноз составляет совокупность симптоматического, анатомического, функционального, этиологического, патогенетического, конституционального и социального распознавания, т.е. – установление единства различных сторон состояния данного больного, его индивидуальности.

Концептуализация «индивидуального», «патогенетического» диагноза или «диагноза больного» послужила основанием для становления функционального направления в диагностике различных заболеваний. Впервые функциональная диагностика была использована в клинической практике С.П. Боткиным, как метод оценки приспособительных реакций и компенсаторных возможностей организма и установления патогенетических зависимостей, сведения о которых не вытекают из нозологического определения болезни. С тех пор в отечественной медицинской науке стало общепризнанным понимание болезни как сложного и противоречивого процесса приспособления, который определяется не только сомато-биологическими процессами, но и психосоциальными факторами. Их взаимодействие составляет два аспекта общей концепции болезни, от которых зависит методологически правильное толкование клинических феноменов. При этом психологические факторы не только участвуют в этиопатогенетических механизмах заболевания, но и играют качественно особую регулирующую роль в приспособительном поведении человека. Их следует учитывать всегда, поскольку есть болезни и есть больные люди. Исследование болезни как соматобиологического процесса требует применения естественно научных методов и соответствующих теоретических концепций, а больной человек требует применения также социопсихологических методов и концепций на уровне взаимоотношений индивидуум-личность-общество. Даже при тяжелых соматических заболеваниях оформление «остаточной жизни» зависит не только от объема и характера телесных изменений, но и от личности, ее общественной ситуации, психических и социальных влияний, в т.ч. от изменений социального статуса в связи с «ролью больного».

Таким образом, синтез информации, относящейся к различным сторонам заболевания и характеризующей различные уровни жизнедеятельности человека, ведет к всеобъемлющей, отражающей все стороны заболевания многомерной диагностике. Как отмечает В.М. Воло-

вик [9], определение формы болезни – нозологический диагноз – отражает закономерности и формы проявления патологического процесса на уровне организма, присущую ему динамику и соответственно тип течения и общий клинический прогноз. В то же время диагностические определения, отражающие индивидуальные особенности патодинамической структуры (связанные с реактивностью организма и его компенсаторно-приспособительными возможностями), а также личность больного в ее взаимодействии с социальной ситуацией и соответственно индивидуальный (психологический) и социальный прогноз в каждый данный момент целесообразнее всего обозначать как функциональный диагноз. В отличие от нозологического, сохраняющего относительную стабильность минимального числа привлекаемых обозначений на протяжении всей болезни, функциональный диагноз представляет собой понятие динамическое, охватывающее широкий круг изменчивых признаков и зависимостей.

Из этого следует, что психопатологический метод как основа клинического мышления психиатра, а психопатологическая дифференциация клинического материала как необходимое условие и решающая предпосылка любого научного исследования в психиатрии, не могут служить единственным способом рассмотрения больного. В силу вышесказанного клиническое исследование ограниченное психопатологическим методом даже при высоком уровне его стандартизации оказывается неполным, а выносимое при этом диагностическое заключение обладает стигматизирующим влиянием на больного и дегуманизирующим воздействием на психиатрию как науку и сферу практической деятельности.

Нозологический диагноз не является релевантным в отношении психологических и социальных измерений человека, по своей сути он и не претендует на решение этих вопросов. Более адекватным запросам клинической практики является структурно-динамическое направление (О.В. Кербинов, В.М. Морозов, А.А. Портнов и др.), которое позволяет выделить определенную предпочтительность психопатологических синдромов и определенную последовательность их смены (типичный патокинез) при различных психических заболеваниях. Такой анализ позволяет избежать чрезмерной нозологической абстракции, конкретизировать оценку формы и типа течения заболевания и сформулировать в понятиях клинической психопатологии индивидуальные особенности его проявления. Однако

личность больного и его психическое бытие, имеющее существенное значение для конкретизации реабилитационных методов и индивидуального прогноза, не получают и здесь нужного отражения.

Наиболее трудным аспектом концептуализации функционального диагноза является диагноз психического расстройства, поскольку изменения психической деятельности неразрывно связаны с личностью и ее социальными измерениями. Поэтому, отдавая должное нозологическому подходу в психиатрии, роли патобиологического компонента в этиопатогенезе психических расстройств, а также интерпретации психопатологических симптомов как основы диагностики, следует признать, что такое понимание сущности болезней означает редукцию психической жизни больного до уровня синдромов, а сам пациент при этом оказывается вырванным из социального контекста, что оказывает неблагоприятное влияние и на клиническое мышление врача, и на отношение к больному. С другой стороны, нозологический подход в психиатрии не может считаться теоретически обоснованным ввиду недоказанности причин большинства психических заболеваний, что позволяет якобы существующие нозологические единицы рассматривать как «квазинозологические единицы», выделенные из хаоса факторов с «узкопрагматической целью». Следует также иметь в виду, что некоторые психопатологические феномены не являются выражением болезни, а представляют собой артефакты, вызванные нерациональной организацией больничной среды и ведения больного [10-12]. В этой связи вопрос о фиксации больного в неадекватных социальных ролях выходит за рамки клинического метода и превращается в один из аспектов функциональной характеристики больного [9].

Необходимость преодоления односторонности клинико-психопатологического метода осознавалась в психиатрии давно. Одну из первых попыток такого рода представляет концепция многомерного диагноза Е. Kretschmer [13]. Исходя из представлений о многофакторном генезе шизофрении, Н. Gastager (14); К. Weise [15] в структуре многомерного диагноза выделяли соматический диагноз, клинический синдром-диагноз, психодинамический диагноз (характеризующий личность больного и механизмы психологической защиты) и социодинамический диагноз (отражающий особенности интеракций и актуальную социальную ситуацию больного). А. Ploeger [16], следуя этой концепции, различа-

ет пять элементов многомерного диагноза невроза: структурно-психологический (структурно-динамические свойства личности и система ценностных ориентаций); психологический («глубина» источников психических нарушений, типы защитных механизмов и готовность пациента признать психогенную природу заболевания); конституционально-биологический (психофизические асинхронии в созревании, по Е.Кretschmer); церебрально-органический (почва или источник расстройства) и нозологический (синдромальная оценка).

Эволюция содержания понятия «диагноз» в контексте интегрированной оценки больного с психическим расстройством выглядит следующим образом:

1. Двойственный диагноз: диагноз болезни (*diagnosis morbi*) и диагноз больного (*diagnosis aegroti*, диагноз по существу) - Г.А.Захарьин.

2. Индивидуальный патогенетический диагноз (С.П.Боткин).

3. Многомерный диагноз (Е.Кretschmer).

4. Функциональный диагноз (Г.А.Гейер, Д.Е.Мелехов, В.М.Воловик).

5. Многоосевой диагноз – индивидуальное общетипическое диагностическое определение (WHO, МКБ-10).

6. Реабилитационный психиатрический диагноз (W.A.Anthony).

Основой многоосевой (многомерной) диагностики является функциональный диагноз (ФД) в его органической связи со структурно-динамическим диагнозом формы болезни. В психиатрии это обстоятельство раньше всего и наиболее полно было осознано при разрешении задач социально-трудового прогнозирования и врачебно-трудовой экспертизы. Т.А.Гейером [17] и Д.Е.Мелеховым [18] было сформулировано представление о функциональном диагнозе как условии правильного социально-трудового прогноза на основе клинического и психологического изучения больных в конкретных условиях трудовой деятельности. Д.Е.Мелехов [18] рассматривал функциональный диагноз в психиатрии как «путь к конкретному анализу значения биологических и социальных факторов, как они отражаются в динамике клинической картины и формировании компенсаторных образований». По его мнению, завершающим этапом и целью клинического исследования должны быть не только нозологический и анатомический диагнозы, которых недостаточно для определения прогноза трудоспособности, но обязательно и диагноз функциональных возможностей личности.

Актуальность разработки проблемы функционального диагноза возрастает в связи с развитием реабилитационного направления в медицине и в психиатрии, в частности. Как отмечает М.М.Кабанов [10], функциональный диагноз, характеризующий аналитико-синтетическую деятельность врача, состоит из трех частей: клинической, психологической и социальной. Врачу при реабилитационном подходе к больному важно знать не только «название» болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности) и в какой микросоциальной среде эта болезнь возникает. Установление функционального диагноза необходимо для индивидуальной терапевтической работы с больными, более тонкого определения прогноза заболевания; определения прогноза эффективности социотерапевтических и трудотерапевтических мероприятий; определения индивидуального пути реабилитации больного как в период пребывания в стационаре, так и во внебольничных условиях.

Важным является участие психолога в установлении функционального диагноза. Психологическая диагностика преследует [19] различные цели, о которых необходимо знать, прежде чем приступить к исследованию больного. Эти цели взаимосвязаны, однако на различных этапах работы с больным удельный вес каждой из них различен. В месте с тем, независимо от этих частных целей, психологическая диагностика в рамках установления функционального диагноза имеет ряд общих принципиально важных особенностей, отличающих этот род деятельности медицинского психолога от участия, например, в установлении нозологического диагноза.

Концептуализация многомерного подхода к диагностике психических расстройств предполагает системный анализ интеграционных соотношений различных компонентов функционального диагноза: патодинамического (клинического), психологического и социального [20].

Патодинамический (соматобиологический) компонент ФД отражает естественнонаучное понимание болезни и характеризует патологический процесс (независимо от его нозологического определения) со стороны его активности. Он охватывает такие его качества как темп прогрессивности, актуальность психопатологических переживаний, сохранность психофизиологических механизмов адаптации и конституционально-биологические особенности пациента, отражая степень, «резервы» и механизмы компенсации изменений, вызванных болезнью. По

существо, патодинамический компонент функционального диагноза квалифицирует индивидуально-биологические особенности патологического процесса в терминах адаптации и компенсации.

У каждого человека болезнь проявляется своеобразно, поэтому её обозначение у разных лиц не может быть одинаковым. Семиотическое значение болезни не должно ограничиваться одним термином или одной нозологической единицей. По мнению ряда авторов [8, 21], исчерпывающая характеристика заболевания раскрывается в *развернутом диагнозе*, предполагающем обозначение:

- 1) локализации заболевания (общее, местное);
- 2) характеристики заболевания (функциональное, органическое);
- 3) характера патологического процесса (воспалительный, опухолевый, дистрофический и т.п.);
- 4) динамики заболевания (острое, хроническое, в последнем случае необходимо указание на характер течения болезни – приступообразное, непрерывное, циклическое – а также на тенденцию развития болезни – быстро или медленно прогрессирующее, затикающее, стационарное);
- 5) стадии заболевания;
- 6) степени его компенсации;
- 7) функционального состояния организма;
- 8) общего состояния больного (легкое, тяжелое, угрожающее);
- 9) этиологии;
- 10) патогенетических особенностей заболевания.

Следует отметить, что в ряду факторов, определяющих состояние компенсаторно-приспособительных процессов и соответственно функциональную характеристику пациента, решающая роль принадлежит активности патологического процесса. То же можно сказать об актуальности болезненных переживаний, составляющей другой параметр патодинамического аспекта функционального диагноза. Однако существенные аспекты функциональной диагностики в психиатрии в меньшей степени, чем в других клинических дисциплинах, связаны с соматическими функциями и в большей – с функциональными способностями человека как социального существа. Отсюда вытекает важное значение социально-психологических аспектов для понимания проблемы компенсации при психических расстройствах.

Психологический компонент ФД определяет-

ся как способность личности к эффективному взаимодействию с социальной средой или как уровень социальной компетенции пациента. H.Schroder et.al. [22] выделили три сферы социальной компетенции: 1) перцептивные способы поведения – способность к социальному восприятию, к охвату и оценке поведения и реакции партнера по коммуникации в значимых социальных ситуациях, таких как профессия, семья, партнерство, способность оценки собственного поведения; 2) продуктивные способы поведения, т.е. готовность к деятельности, способность реализовать себя в семье, профессии и обществе, адекватное социальной ситуации ролевое поведение; 3) рефлексивные способы поведения – охватывают отражение собственного лица, представление о себе, формы переработки болезненного процесса и связанные с этим конфликты, защитные и компенсаторные механизмы.

Социальный компонент ФД отражает существенные социальные связи больного, его место в семье, профессиональном коллективе, в других общественных группах, а также актуальные требования жизненной ситуации. Значение этого компонента определяется тем, что компенсаторные возможности личности, ее функциональная стабильность находятся в тесной взаимосвязи с социальной ситуацией, т.е. зависят от уровня интеграции личности в значимых социальных группах. Не только прогностические оценки, но и оценка реальной активности личности, содержания ее деятельности и направленности невозможны без учета конкретной социальной ситуации, в которой живет пациент. С другой стороны, квалификация социальной ситуации является предпосылкой для выбора реабилитационных мероприятий.

Психологический и социальный аспекты функционального диагноза характеризуют психическую болезнь как модификацию переживания и поведения, взаимодействие между больным, социальными группами и обществом, т.е. в плане конкретных общественных форм деятельности человека. Отражая формирование индивидуальной судьбы больного под влиянием преморбидной жизненной истории, свойств личности и ситуации на основе изменений, вызванных болезнью, психосоциальные аспекты показывают у какого человека и при каких общественных обстоятельствах складываются констатируемые расстройства и обосновывают направления психологической коррекции и социальной работы [5]. Исходя из вышесказанного, функциональный диагноз психического за-

болевание рассматривается как системный анализ уровня и характера дисфункции, под которой понимается нарушение адаптивного поведения и видоспецифической (человеческой) социальной деятельности пациента при той или иной форме психической патологии (конкретном структурно-динамическом категориальном диагнозе).

Поэтому функциональный диагноз не может ни противопоставляться нозологическому, ни быть его простым дополнением. Каждый из них отражает болезнь и связанные с ней явления и процессы на разных уровнях. Функциональный диагноз является диагнозом индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни, отражая его взаимодействие с социальным окружением. Нозологический диагноз является диагнозом эволюционно сложившейся видовой формы приспособления организма к измененным условиям жизни, каковой является болезнь в общепатологическом плане. Иными словами, оба диагностических уровня в равной

мере необходимы для целостного клинического представления о больном, в котором нозологический диагноз отражает общепатологические закономерности, выражаемые в клинических характеристиках, а функциональный - соответствует проявлениям болезни у данного больного в данной конкретной ситуации с точки зрения критерия деятельности. Нозологический диагноз (диагноз болезни) имеет преимущественное значение для общего прогноза болезни и определения основных направлений соматобиологического лечения, а функциональный (диагноз больного) - характеризует индивидуума и служит предметной основой не только для социального и трудового прогноза, но и для выбора конкретных методов восстановительного лечения и построения рациональной программы социальной реинтеграции пациента.

Развернутая структура функционального диагноза может быть представлена следующим образом (табл. 1.).

Таблица 1

Структура функционального диагноза



Как уже было отмечено, традиционный нозологический и функциональный диагноз существенно различаются по своим структурно-феноменологическим особенностям.

Этим предопределяются и специфические функции указанных диагностических подходов, которые представлены в таблице 2.

Функции нозологического (категориального) и функционального диагнозов

Нозосиндромальный (формально-абстрактный, структурно-динамический) диагноз	Функциональный (патогенетический) диагноз
<ul style="list-style-type: none"> - Диагноз болезни (diagnosis morbi). - Характеризует общепатологические аспекты психического расстройства. - Характеризует патологический процесс, тип и степень выраженности психического расстройства; идентифицирует «клинический случай». - Характеризуется стабильностью привлекаемых обозначений. - Психическая жизнь больного редуцируется до уровня психопатологического синдрома; стигматизирующее влияние диагноза. - Не содержит данных о течении, прогнозе и исходе заболевания. - Не позволяет оценить функциональную недостаточность больного. - Не позволяет оценить качество жизни и индивидуальный социально-трудовой прогноз. - Не содержит предпосылок для создания реабилитационной программы. 	<ul style="list-style-type: none"> - Диагноз больного (diagnosis aegroti). - Является диагнозом индивидуальной приспособляемости и взаимодействия больного с социальным окружением. - Объясняет сущность патологического процесса, идентифицирует пациента как личность, «высвечивает» проблемы пациента в широком социально-психологическом контексте. - Характеризуется динамичностью, изменчивостью структурных особенностей. - Системное, целостное представление о пациенте и его болезни. Дестигматизирующее влияние диагноза. - Позволяет прогнозировать течение и исход заболевания у конкретного пациента. - Объективно оценивает уровень функциональной недостаточности и компенсаторных возможностей пациента. - Содержит предпосылки, позволяющие оценить качество жизни пациента и индивидуальный социально-трудовой прогноз. - Является основой и инструментом рационального выбора индивидуальной реабилитационной тактики.

Суммируя приведенные в настоящем разделе данные можно сформулировать основные требования к постановке ФД.

1. ФД является результатом многостороннего исследования, выходящего за рамки клинико-психопатологического метода.

2. ФД должен быть объективизирован данными социально-трудового анамнеза, результатами клинического и психологического исследо-

ваний, а также естественного эксперимента.

3. ФД используется только во взаимосвязи со структурно-динамическим категориальным диагнозом болезни, являясь важнейшей частью многоосевого диагноза.

4. ФД должен обеспечивать системную оценку жизнедеятельности пациента, отражающую уровень его функциональной недостаточности и социально-трудовой прогноз.

В.А. Абрамов

ПРО ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

В статті обговорюються питання щодо нозологічного та функціонального діагнозу в психіатрії. Вказані принципи розбіжності між структурно-динамічним (категоріальним) діагнозом захворювання та діагнозом хворого, що віддзеркалює індивідуальний рівень порушень його життєдіяльності. Наведені структура та основні завдання функціонального діагнозу у психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 1 (11). — С. 3-10)

ABOUT THE INTEGRATIVE APPROACH TO DIAGNOSTICS OF MENTAL DISORDERS

Donetsk State Medical University

In the article the questions of nosological and functional diagnosis in psychiatry are discussed. Principle differences between structural and dynamic (categorical) diagnosis of disorder and patients diagnosis of his vital activity's disturbances are shown. The structure and main tasks of functional diagnosis in psychiatry are demonstrated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 1 (11). — P. 3-10)

Литература

1. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? Клиническая и социальная психиатрия. 1999, 2. — С. 27-30.
2. Holwes J. Fitting the biopsychosocial jigsaw together. British Journal of Psychiatry. 2000, 177. — P. 93-94.
3. Вид В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование. Социальная и клиническая психиатрия. М., 1995. — Т.5, № 6, с. 102-105.
4. Meyer A. Psychology: A Science of Illness. Springfield, Illinois: Charles Thomas.
5. Engel G.L. The Need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. Science, 1977, 196. — P. 129-136.
6. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев, Сфера, 2003. — 315 с.
7. Вайзе К. Клинико-психологические проблемы реабилитации психически больных. Ж. Неврологии и психиатрии, 1978, 1. — С. 107-110.
8. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза. М., Медицина, 1989. — 272 с.54.
9. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики. Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Ленинград, 1975. — С.79-89.
10. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л., 1978. — 233 с.
11. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). 1983, Томск. — 136 с.
12. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО, «Лебедь», Донецк, 2002. — 279 с.
13. Kretschmer E. Ztschr. Psychother., 1957, 7. — 183.
14. Gastager H. Die Rehabilitation des Schizophrenen, Bern-Stuttgart, 1965.
15. Weise K. Stellung und Funktion der Psychopathologie. Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft, Leipzig, 1971, 59.
16. Ploeger A. Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. — Stuttgart, 1972.
17. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении. — Современные проблемы шизофрении. М. — Л., 1933. — С.106-111.
18. Мелехов Д.Е. О теоретических основах реабилитации психически больных. // Методологические и организационные вопросы реабилитации инвалидов. М., 1973. — С. 93-111.
19. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику // Из-во Московского университета. 1987. — 167 с.
20. Вайзе К., Воловик В.М. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных. М., 1980. — С. 152-206.
21. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. М., Медицина, 1985. — 255 с.
22. Schroder H. et al. Kompetenz als Zielgrosse fur Personalkeitrstruktur und Verhaltensmodifikation. — In: Vorweg M. (Hrsg.) Probleme der Personlichkeitsforschung. Leipzig, 1978.
23. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией. Реабилитация больных психозами. Л., 1981. — С.62-71.

Поступила в редакцию 16.11.03