

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙ- СТВАМИ

Абриталин Е.Ю.*, Федоров Н.В.**, Шамрей Д.В.*

**Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
кафедра психиатрии, кафедра офтальмологии
194044, г. Санкт-Петербург, ул. Лебедева 6*

***СПбГУЗ «Городская поликлиника № 60», психиатрическое отделение,
196600, г. Санкт-Петербург, Пушкинский р-н, ул. Московская 15*

Моб. телефон: +7-921-323-24-31, e-mail: abritalin@rambler.ru

Резюме. Обследованы 74 пациента с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках различных психических расстройств (F06, F20, F25, F31-F33 по МКБ-10). Оценивалась выраженность депрессивной симптоматики (по HAM-D), общая тяжесть психических расстройств (по GAFS), изучался тип приспособительного поведения, а также показатели социального функционирования: объективные (социальная адаптация) и субъективные (качество жизни). В результате исследования у больных с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках шизоаффективных нарушений был обнаружен выраженный диссонанс между оценками социальной адаптации и качества жизни. Результаты исследования социального функционирования у больных с депрессивными состояниями при органическом поражении головного мозга и аффективных расстройствах по большинству показателей были достаточно схожи. Показатели социального функционирования определялись общей тяжестью психического состояния (больные с меньшей выраженностью психических расстройств, как правило, имели более высокие показатели социальной адаптации и качества жизни). При этом максимальные оценки социального функционирования были получены у пациентов с конструктивным типом приспособительного поведения.

Ключевые слова: фармакорезистентные депрессивные расстройства, социальная адаптация, качество жизни, социальное функционирование, тип приспособительного поведения

THE PECULIARITIES OF SOCIAL ADAPTATION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH TREATMENT-RESISTANT DEPRESSIVE DISORDERS

Abritalin E.Y.*, Fedorov N.V.** , Shamrey D.V.*

*Military Medical Academy named after S.M. Kirov,
Department of Psychiatry, Department of Ophthalmology
6, Akademika Lebedeva street, Saint-Petersburg, 194044, Russia

** City Polyclinic № 60, Department of Psychiatry,
15, Moskovskaya street, Pushkin district, Saint-Petersburg, 194044, Russia

Abstract. We investigated 74 patients with treatment-resistant depressive disorders in the framework of various (F06, F20, F25, F31-F33 on ICD-10). We estimated the expression of depressive semiology on HAM-D, the general gravity of alienations on GAFS and the adaptive behavior type. We also executed objective research of social adaptation and subjective research of life qualities. We have found out a discord between assessments of social adaptation and quality of life in patients with treatment-resistant depressions at schizoaffective disturbances. The results of research of patients with treatment-resistant depressions at an organic lesion and at affective distresses were similar enough between bunches. Patients with a different expression of depression had similar indicators of social functioning. Thus patients with a smaller expression of alienations had the best indicators of social adaptation and quality of life. Patients with constructive type of adaptive behaviour also had most an appreciation of social functioning.

Key-words: treatment-resistant depressive disorders, social adaptation, quality of life, social functioning, adaptive behavior type

Введение. По разным эпидемиологическим данным около 4-10% населения в мире страдают депрессивными расстройствами [1-3], причем, несмотря на значительные успехи современной психофармакологии, не менее 19-34% пациентов остаются резистентными к лечению современными антидепрессантами [4-7]. Ввиду тяжести заболевания многие из

этих больных практически «вычеркнуты» из полноценной жизни [8-9]. Вместе с тем, главной целью лечебного процесса является не только купирование психопатологических проявлений, но и повышение качества жизни таких больных [10-12], во многом определяющимся сохранным потенциалом личности [13-14].

Совершенствование диагностики психических расстройств ряд авторов связывает с дополнением нозоцентрического подхода, направленного на выявление болезненных проявлений, уровневой [15-18] и функциональной [19-21] оценками состояния пациентов [13, 22, 23]. Наиболее распространенным «инструментом» уровневой оценки, при этом, является шкала «Global Assessment of Functioning Scale» (GAFS), используемая в классификации DSM-IV (1995) для количественного измерения тяжести состояния лиц с психическими расстройствами, наряду с которой применяются также различные специализированные шкалы (в частности, «HAMilton Depression scale» (HAM-D) – для оценки выраженности депрессии). Функциональный подход позволяет учитывать индивидуальные особенности личностно-психологического реагирования больных [24], интегральной характеристикой которого является «тип приспособительного поведения» [25]. Для более полной диагностической оценки состояния больных, помимо прочего, необходимо учитывать особенности социального и межличностного функционирования, определяющие, в конечном итоге, качество жизни больных [26].

Уровень социальной адаптации традиционно исследуется в основных сферах жизнедеятельности, к которым некоторые авторы [22, 27] относят профессиональную область, семью и межличностные отношения, быт и досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей. Несмотря на имеющиеся в литературе данные по исследованию социальной адаптации и качества жизни больных депрессиями [12, 28], социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами на сегодняшний день изучено недостаточно.

Целью исследования явилось изучение особенностей социального функционирования больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами.

Материал исследования. Объектом исследования явились 74 пациента с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках различных психических расстройств. Возраст обследованных лиц составил от 18 до 65 лет (в среднем 32.6 ± 15.7 лет), длительность заболевания варьировала от 1 до 38 лет (в среднем, 7.8 ± 3.2 лет). Депрессивные состояния диагностировались в рамках органического поражения

головного мозга (F06) – 1-я группа (31.1%), шизоаффективных нарушений (шизофрении (F20) и шизоаффективного расстройства (F25)) – 2-я группа (29.7%) и аффективных расстройств (биполярного аффективного расстройства (F31), депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33)) – 3-я группа (39.2%).

Методы исследования. Для оценки психического состояния больных проводилось клинико-психопатологическое обследование. При этом количественная оценка выраженности депрессивной симптоматики выполнялась по шкале Гамильтона для оценки депрессии HAM-D₂₁ (от 0 до 65 баллов), а общая тяжесть психического состояния определялась при помощи шкалы обобщенной оценки функционирования GAFS (от 1 до 100 баллов). При изучении особенностей адаптивного реагирования личности (функциональная диагностика) выделялись конструктивный, регрессивный, дезадаптивный и неопределенный типы приспособительного поведения [25]. Конструктивный тип характеризовался преимущественно социоцентрической направленностью личности, для регрессивного типа была типична эгоцентрическая ориентированность, дезадаптивный тип проявлялся диссоциальными установками и, наконец, неопределенный тип устанавливался при сочетании перечисленных особенностей.

Под термином «социальная адаптация» в данной работе подразумевалась объективная оценка способности больного адаптироваться в основных сферах жизнедеятельности, а под понятием «качество жизни» – субъективная удовлетворенность пациента основными областями своей жизни. Термин «социальное функционирование» включал в себя и субъективную и объективную оценки адаптированности пациента к повседневной социальной действительности.

Уровень социальной адаптации определялся врачом с помощью специального алгоритма оценки [23] в основных сферах жизнедеятельности пациента: профессиональная область, семья, межличностные отношения, быт, досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей. Качество жизни изучалось с помощью самоопросника Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire short form [29]. При этом пациенты отмечали степень удовлетворенности в различных областях жизни: физическое здоровье, настроение, работа, отношения с окружающими людьми, семейные отношения, занятия в свободное время и т.д., а также общую удовлетворенность своей жизнью в целом. По каждому из указанных направлений (как при анализе социальной

адаптации, так и при изучении качества жизни) проводилась оценка по пятибалльной шкале, после чего рассчитывался интегральный показатель.

После получения абсолютных значений социальной адаптации и качества жизни производился расчет индекса социального функционирования, представляющего собой отношение «объективной» оценки к «субъективной». Для этого использовались отношения абсолютных значений к максимально возможным по данным шкалам: $Y = 80 \cdot X_1 / 30 \cdot X_2$, где Y – индекс социального функционирования, X_1 – оценка социальной адаптации, X_2 – оценка качества жизни. При получении индекса социального функционирования больше 1 можно было говорить о заниженной самооценке пациентами своего качества жизни, а при индексе социального функционирования меньше 1 делался вывод о недостаточной критичности осознания больными своего социального функционирования.

Статистическая обработка результатов исследований выполнялась с использованием пакетов статистических программ «Statistica 6.0 for Windows» и «Microsoft Excel 2003». Данные представлены в виде средних арифметических значений с указанием стандартных квадратических отклонений ($M \pm \sigma$). Поскольку результаты исследований в основном соответствовали нормальному распределению, применялся t-критерий значимости различий Стьюдента, при отличии распределения выборок от нормального использовался непараметрический «U»-критерий Манна-Уитни; различия считались достоверными при вероятности равной и более 0.95 ($p \leq 0.05$). Корреляционный анализ проводился по методу Пирсона для параметрических данных и Спирмена – для непараметрических, сила связи оценивалась: слабая – при $|r| < 0.3$, умеренная – при $0.3 \leq |r| \leq 0.7$, сильная – при $|r| > 0.7$. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность рассчитывались по стандартным формулам.

Результаты исследования. Результаты исследования социальной адаптации больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами в разных нозологических группах показаны на рисунке 1.

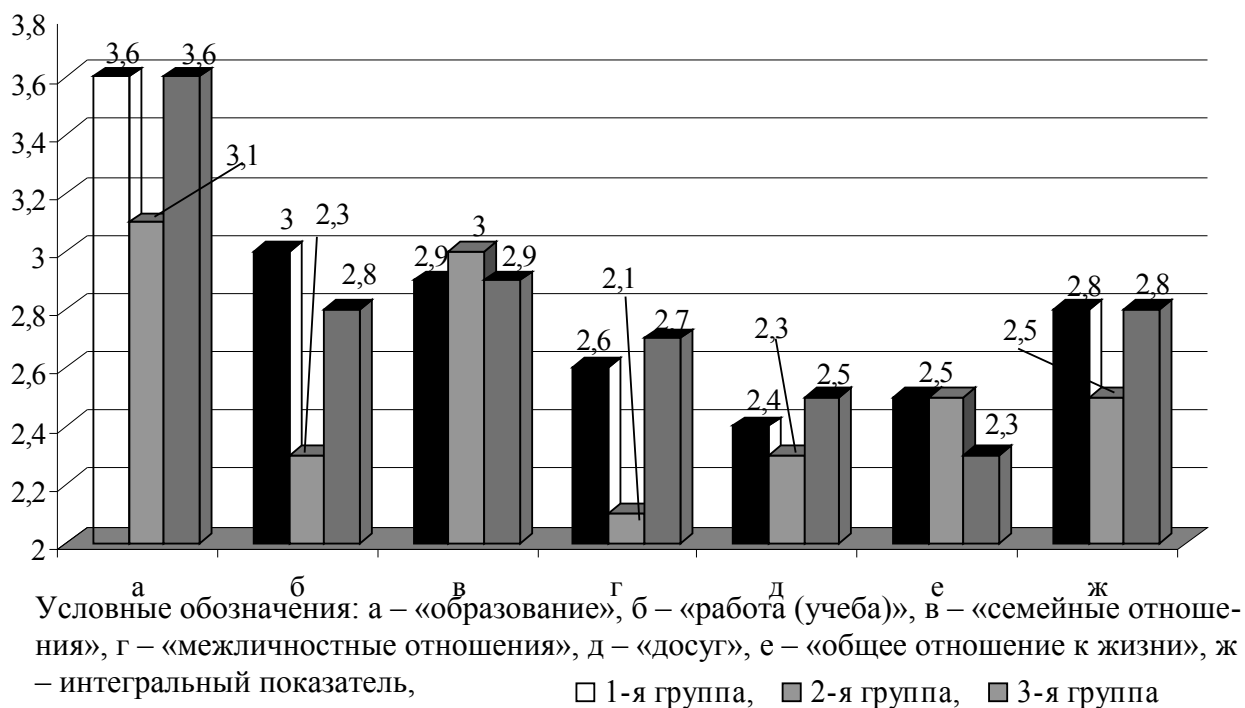


Рис. 1. Уровень социальной адаптации больных с депрессивными расстройствами различного генеза

Как следует из представленных данных, наименьшие показатели по большинству сфер социальной адаптации отмечались у пациентов 2-ой группы, причем самые низкие значения у них определялись в области «межличностных отношений». Наиболее высокие значения были у пациентов 3-ей группы (кроме «работы» и «общего отношения к жизни»). Некоторые оценочные показатели в разных группах были практически одинаковыми (например, в 1-ой и 3-ей группах – «образование», «семейные отношения» и интегральный показатель, а в 1-ой и 2-ой группах – «общее отношение к жизни»). Статистически достоверные различия ($p < 0.05$) были выявлены в сферах «образования», «работы», «межличностных отношений» и по интегральному показателю между 1-ой и 2-ой и между 2-ой и 3-ей группами, в то время как результаты 1-ой и 3-ей групп ни по одному из анализируемых значений достоверно не отличались ($p > 0.05$).

Показатели качества жизни пациентов с депрессивными расстройствами различного генеза показаны на рисунке 2.

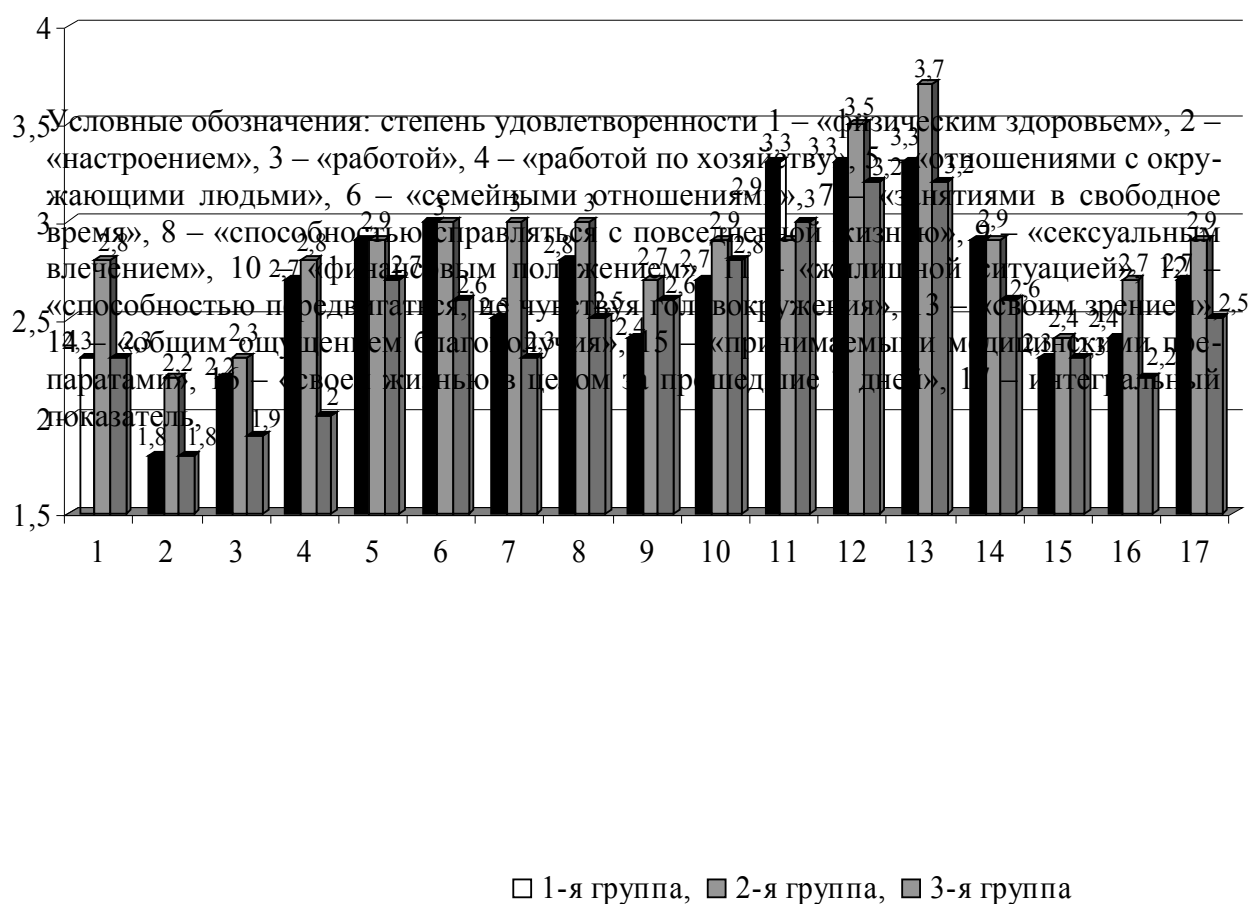


Рис. 2. Показатели качества жизни больных с депрессивными расстройствами различного генеза

Из данных, представленных на рисунке, следует, что по большинству показателей удовлетворенности в различных сферах жизни преобладали результаты 2-ой группы (максимальные значения по удовлетворенности «способностью передвигаться, не чув-

ствуя головокружения» и «своим зрением»), в то время как результаты 1-ой и 3-ей групп по многим показателям были практически одинаковыми (например, по «физическому здоровью», «настроению» и «принимаемым медицинским препаратам»). Наиболее значимые различия были между показателями 2-ой и 3-ей групп в удовлетворенности «работой по хозяйству» ($p < 0.001$) и «занятиями в свободное время» ($p < 0.01$).

Анализ полученных результатов показал наличие существенных различий между субъективным восприятием социального функционирования (качеством жизни) и его объективной оценкой (социальной адаптацией) у пациентов с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений. Наибольшие сложности у больных этой группы отмечались в таких областях социальной адаптации, как «межличностные отношения», «работа» и «организация досуга». Вместе с тем, данные пациенты более других были удовлетворены показателями своего качества жизни в сферах «физического здоровья» и «настроения», а также «занятий в свободное время» и «работы» («общественной» и «по хозяйству»). Результаты исследования социального функционирования пациентов с депрессивными состояниями, обусловленными органическим поражением головного мозга и в рамках аффективных расстройств, в большинстве своем были достаточно схожи (достоверно отличались лишь по степени удовлетворенности «работой по хозяйству», $p < 0.01$).

При проведении корреляционного анализа было установлено, что у больных 1-ой и 3-ей групп выраженность депрессии по HAM-D значимо ($p < 0.05$) отрицательно умеренно коррелировала с показателями качества жизни ($r = -0.46$ и $r = -0.41$ соответственно), а у пациентов 2-ой группы – с показателями социальной адаптации ($r = -0.44$). Иными словами, чем более выраженной была депрессивная симптоматика, тем ниже оценивали свое качество жизни пациенты с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и аффективных расстройств, и тем ниже оценивалась врачом социальная адаптация у больных с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений.

Индексы социального функционирования у пациентов 1-ой и 3-ей групп были больше 1 (1.1 ± 0.2 и 1.2 ± 0.4 соответственно), а у больных 2-ой группы – меньше 1 (0.9 ± 0.2), при этом у пациентов 1-ой и 3-ей групп индексы социального функционирования статистически не различались ($p > 0.05$) в отличие от 1-ой и 2-ой групп ($p < 0.01$) и от 2-ой и 3-ей групп ($p < 0.001$). Полученные данные указывают на то, что больные с депрес-

сивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений менее критичны к своему состоянию, чем пациенты других групп.

Поскольку социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами определяется не только нозологической принадлежностью депрессивного состояния, было проанализировано соотношение результатов уровневой оценки состояния (тяжести психических расстройств) и особенностей социального функционирования, а также зависимость социального функционирования от типа приспособительного поведения.

Для изучения тяжести психических расстройств применялись шкалы HAM-D и GAFS. Оценка всей группы больных по GAFS колебалась от 23 до 61 балла, причем у большинства больных (39.2 %) выраженность психических расстройств отмечалась в диапазоне 31-40 баллов («грубые нарушения в нескольких сферах функционирования»). Несколько реже (32.4 %) выраженность расстройств оценивалось в диапазоне 41-50 баллов по GAFS («отчетливо выраженная симптоматика»), еще меньшее количество пациентов (20.3 %) попали в группу более 50 баллов по GAFS («умеренно выраженная симптоматика»). Наконец, полностью «неспособными к деятельности почти во всех областях» были 8.1 % больных (21-30 баллов по GAFS). Таким образом, чаще всего у пациентов отмечались «грубые нарушения в нескольких сферах функционирования, таких как работа или семейные взаимоотношения, обусловленные отчетливой патологией мышления или настроения».

Тяжесть депрессивного состояния (по HAM-D) у всех пациентов колебалась от 18 до 38 баллов, при этом в большинстве случаев (37.8 %) отмечалась выраженность в диапазоне 19-25 баллов («умеренная» депрессия), тогда как тяжесть более 30 баллов («очень тяжелая» депрессия) имела место в 32.4 %, а 26-30 баллов («тяжелая» депрессия) – в 29.8 %. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами в большей степени отмечалось ухудшение общего функционирования, чем выраженность депрессивной симптоматики, при этом, корреляционный анализ выявил значимую ($p < 0.001$) умеренную отрицательную корреляционную связь ($r = -0.59$) между оценками по GAFS и HAM-D.

Средние значения интегральных показателей социальной адаптации, качества жизни и индексов социального функционирования у больных с разной выраженностью психических расстройств по GAFS и HAM-D показаны в таблице 2.

Показатели социального функционирования больных с разной выраженностью психических расстройств

Шкалы	Диапазоны оценок (в баллах)	Составляющие социального функционирования		
		социальная адаптация	качество жизни	индексы социального функционирования
HAM-D	19-25	2.8±0.4 ¹	2.7±0.5 ¹¹	1.1±0.3
	26-30	2.8±0.5 ²	2.8±0.5 ²²	1±0.3
	> 30	2.5±0.6	2.3±0.6	1.1±0.3
GAFS	21-30	2.3±0.6 ¹	2.5±0.6	0.9±0.3
	31-40	2.6±0.6 ²	2.6±0.6	1.1±0.3
	41-50	2.9±0.4	2.7±0.4	1.1±0.2
	> 50	3±0.3 ³³	2.7±0.5	1.2±0.4

Примечания: достоверность различий $p < 0.05$ между результатами в диапазонах: ¹ - «19-25 баллов» и «>30 баллов» по HAM-D и между «21-30 баллов» и «>50 баллов» по GAFS, ² - «26-30 баллов» и «>30 баллов» по HAM-D и между «31-40 баллов» и «41-50 баллов» по GAFS; достоверность различий $p < 0.01$ между результатами в диапазонах: ¹¹ - «19-25 баллов» и «>30 баллов» по HAM-D, ²² - «26-30 баллов» и «>30 баллов» по HAM-D; ³³ - «31-40 баллов» и «>50 баллов» по GAFS

Как следует из представленных данных, при оценке выраженности депрессивной симптоматики по HAM-D показатели социальной адаптации и качества жизни были схожи у пациентов с «умеренной» и «тяжелой» депрессивной симптоматикой (19-30 баллов по HAM-D) и статистически отличались от показателей больных с «очень тяжелой» депрессией (больше 30 баллов по HAM-D). Чем выше был уровень функционирования по GAFS, тем больше были показатели социального функционирования, при этом индексы социального функционирования были больше 1 во всех диапазонах, кроме «26-30 баллов» по HAM-D и «21-30 баллов» по GAFS, что свидетельствует о склонности к заниженной самооценке своего качества жизни большинством больных.

Таким образом, пациенты с меньшей выраженностью психических расстройств имели, как правило, более высокие показатели социального функционирования. Исключение составили оценки качества жизни больными с разной выраженностью депрессивной симптоматики по HAM-D (максимальные показатели в диапазоне «26-30 баллов»).

При изучении особенностей адаптивного реагирования личности у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами наиболее часто встречался неопределенный тип приспособительного поведения (37.5 %), в то время, как регрессивный тип отмечался в 28.6 %, конструктивный – в 25.6 %, а дезадаптивный – в 8.3 %. Результаты исследования социальной адаптации больных с разными типами приспособительного поведения показаны на рисунке 3.

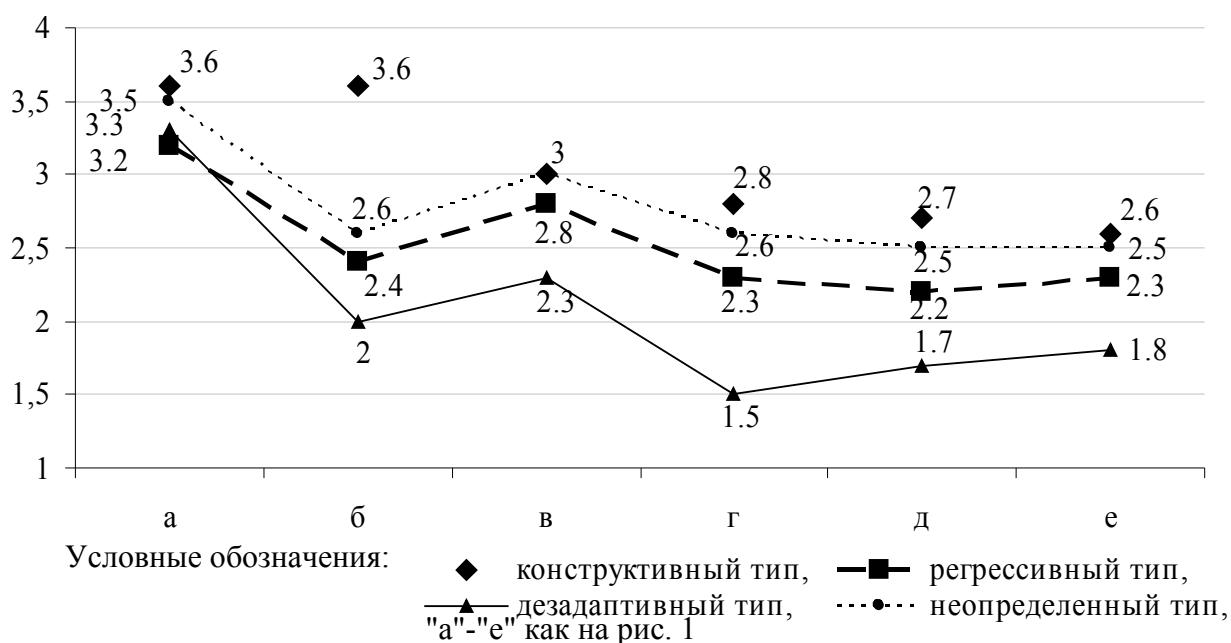


Рис. 3. Результаты исследования социальной адаптации больных с разными типами приспособительного поведения

Как следует из представленных данных, наиболее низкие значения были у пациентов с дезадаптивным типом, в то время как максимальные – у больных с конструктивным типом приспособительного поведения. В целом, профили социальной адаптации у больных с разными типами приспособительного поведения были схожи «по контуру», за исключением высокой оценки «работы» у пациентов с конструктивным типом (3.6 ± 0.9) и низкой – «межличностных отношений» у больных с дезадаптивным типом приспособительного поведения (1.5 ± 0.6).

На рисунке 4 представлены результаты исследования качества жизни больных с разными типами приспособительного поведения.

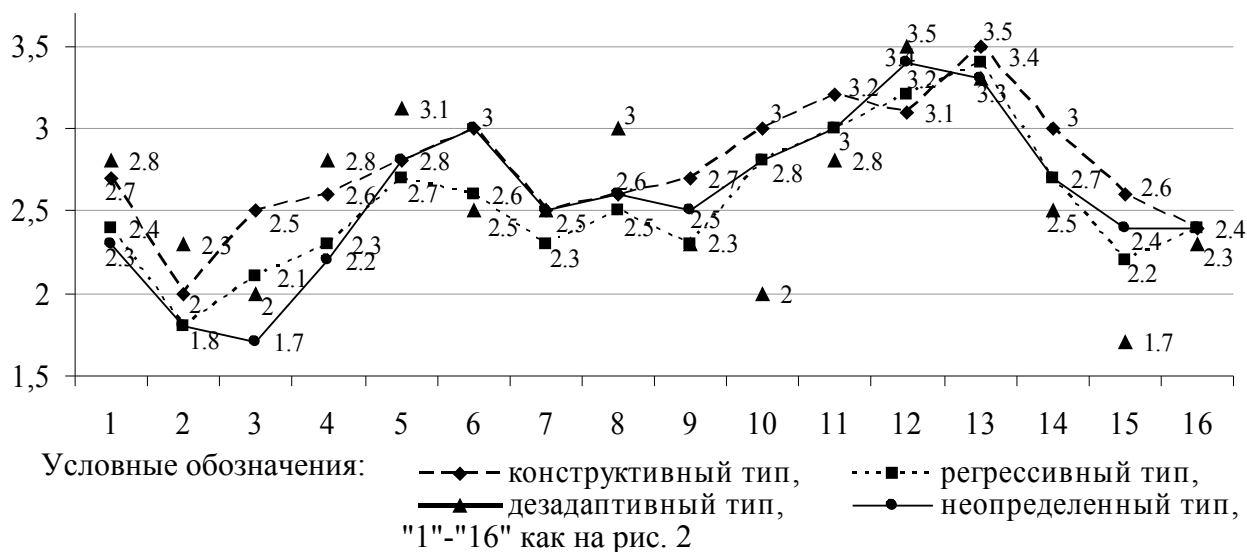


Рис. 4. Показатели качества жизни больных с разными типами приспособительного поведения

Из представленных данных следует, что во всех группах разброс показателей был весьма значителен. Минимальные оценки отмечались в сфере удовлетворенности «работой» у больных с неопределенным типом и «принимаемыми медицинскими препаратами» – у пациентов с дезадаптивным типом. Наиболее высокие показатели были в сфере удовлетворенности «способностью передвигаться, не чувствуя головокружения» у больных с дезадаптивным типом степени и «своим зрением» – у пациентов с конструктивным типом.

Средние значения показателей социального функционирования больных с разными типами приспособительного поведения представлены в таблице 4, из данных которой следует, что наиболее высокие значения социальной адаптации и качества жизни отмечались у пациентов с конструктивным типом, в то время как наиболее низкие показатели социальной адаптации были у больных с дезадаптивным типом, а качества жизни – у больных с регрессивным типом приспособительного поведения.

Таблица 3

Показатели социального функционирования больных с разными типами приспособительного поведения

Типы приспособительного поведения	Составляющие социального функционирования		
	социальная адаптация	качество жизни	индексы социального функционирования
конструктивный	3.1±0.4 ¹¹¹	2.7±0.5	1.2±0.3 ²²

регрессивный	2.6±0.4 ⁴	2.5±0.6	1.1±0.3 ⁴
дезадаптивный	2.1±0.4 ⁵⁵	2.6±0.3	0.8±0.2 ⁵⁵
неопределенный	2.8±0.5 ³	2.6±0.5	1.1±0.3

Примечания: достоверность различий между типами приспособительного поведения: ³ - конструктивным и неопределенным, ⁴ - регрессивным и дезадаптивным ($p<0.05$); ²² - конструктивным и дезадаптивным, ⁵⁵ - дезадаптивным и неопределенным ($p<0.01$); ¹¹¹ - конструктивным и регрессивным ($p<0.001$)

Индексы социального функционирования у больных регрессивным и неопределенным типами приспособительного поведения были близки к 1 ($p>0.05$), что может свидетельствовать о достаточной критике в оценке социального функционирования данными пациентами. У больных с конструктивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения индексы социального функционирования были выше и ниже 1 соответственно ($p<0.05$), что говорит о снижении самооценки своего качества жизни пациентами с конструктивным типом и о недостаточном осознания своего социального функционирования больными с дезадаптивным типом приспособительного поведения.

Заключение. Таким образом, у больных с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках шизоаффективных нарушений отмечались существенные различия между субъективным восприятием социального функционирования и его объективной оценкой. Наименее социально адаптированы больные этой группы были в «межличностных отношениях», «работе» и «организации досуга». Вместе с тем, данные пациенты более других были удовлетворены показателями своего качества жизни в сферах «физического здоровья» и «настроения», а также «занятий в свободное время» и «работы» («общественной» и «по хозяйству»). Результаты исследования социального функционирования пациентов с депрессивными состояниями, обусловленными органическим поражением головного мозга и в рамках аффективных расстройств, в большинстве своем были достаточно схожи (достоверно отличались лишь по степени удовлетворенности «работой по хозяйству», $p<0.01$).

Показатели социального функционирования определялись общей тяжестью психического состояния (больные с меньшей выраженностью психических расстройств, как правило, имели более высокие показатели социальной адаптации и качества жизни). Максимальные оценки социального функционирования были у пациентов с конструктивным типом приспособительного поведения, но при этом у них отмечалось занижение самооценки своего качества жизни. У пациентов с другими типами приспособительного поведения показатели социального функционирования были ниже, причем, если больные с ре-

грессивным и неопределенным типами достаточно критично оценивали свое социальное функционирование, то у больных с дезадаптивным типом показатели качества жизни были выше оценок социальной адаптации.

Полученные данные позволяют индивидуализировать клинический и социальный прогноз и, с учетом выраженности депрессивных проявлений и характера приспособительного поведения, оптимизировать мероприятия по социальной реабилитации больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами.

Список литературы

- 1 Мосолов С.Н., Вертоградова О.П., Пантелеева Г.П. и др. Эффективность и переносимость длительного применения тианептина (коаксила) при рекуррентной депрессии (российское многоцентровое исследование) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 20-26.
- 2 Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 3. – С. 4-10.
- 3 Crown W.H., Finkelstein S., Berndt E.R. et al. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63. – P. 963-971.
- 4 Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 4 – С. 132-136.
- 5 Иванов М.В., Мазо Г.Э., Чомский А.Н. К проблеме антидепрессантов «первого выбора» при терапии депрессивного расстройства // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11, № 5. – С. 6-9.
- 6 Dunner D.L., Rush A.J., Russell J.M. et al. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67. – P. 688-695.
- 7 Rush A.J., Trivedi M.H., Wisniewski S.R. et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report // Am. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 163. – P. 1905-1917.
- 8 Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 19-22.
- 9 Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и

- медицинской психологии. – 2002. – № 1. – С. 118-124.
- 1 Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использо-
0 ние опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие
. для врачей и психологов.– СПб., 1998. – 53 с.
- 1 Захарова К.В. Качество и стойкость ремиссии при применении антидепрессантов у
1 больных с непсихотическими депрессивными расстройствами // Российский психиа-
. трический журнал. – 2008. – № 1. – С. 53-58.
- 1 Emsley R. Влияние расстройств сна на течение депрессии (расширенный реферат) //
2 Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9, № 4. – С. 27-31.
.
- 1 Вид В.Д. Многомерный диагноз и оценка эффективности групповой психотерапии
3 при шизофрении и шизотипальном расстройстве // Обозрение психиатрии и меди-
. цинской психологии – 1994. – вып. 1. – С. 46-53.
- 1 Вертоградова О.П., Степанов И.Л., Банников Г.С., Коньков С.А. Роль личности в со-
4 цио-психической дезадаптации при депрессиях // Матер. междунар. конф. психиа-
. тров, Москва 16-18 февр., 1998. – М., 1998. – С. 76-77.
- 1 Фролов Б.С. Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массо-
5 вых психопрофилактических обследованиях. – Л.: ВМедА, 1982. – 62 с.
.
- 1 Семичов С.Б. О соотношении между нозологическим и функциональным диагнозами
6 // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – С. 54-
. 59.
- 1 Арбузов А.Л. Многоосевая оценка психического состояния военнослужащих с де-
7 прессивными расстройствами: Дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2001. – 162 с.
.
- 1 Захаров Н.Б. Социальная адаптация молодых женщин, больных параноидной формой
8 шизофрении: Дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2004. – 195 с.

- 1 Вайзе К.В., Воловик В.М. Функциональный диагноз как клиническая основа восста-
9 новительного лечения и реабилитации психически больных // Клинические и органи-
. зационные основы реабилитации психически больных. – М., 1980. – С. 152-206.
- 2 Краснов В.Н. Классификация психических расстройств и психопатология: Соответ-
0 ствия и расхождения // Материалы международной конференции психиатров. – М.:
. РЦ “Фармединфо”, 1998. – С. 192.
- 2 Kreibig M. Konzeption und Methode der funktionalen Diagnose // Psychologie Praxis. –
1 1984. – № 2. –S. 80.
.
- 2 Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункцио-
2 нального состояния личности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. –
. 1994. – № 1.- С. 6-13.
- 2 Рустанович А.В., Фролов Б.С. Многоосевая диагностика психических расстройств у
3 военнослужащих. – СПб.: ВМедА, 2001. – 40 с.
.
- 2 Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об адаптации психически больных (уточнение
4 основных понятий) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 1996. – №
. 1-2. – С. 203-212.
- 2 Воловик В.М. О функциональной диагностике психических заболеваний // Новое в
5 теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – С. 26-32.
.
- 2 Дмитриева Т.Д., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления
6 и перспективы развития // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 1994.
. – № 2. – С. 39-49.
- 2 Дмитриева Т.Д. Динамика основных вариантов девиантного поведения у детей и
7 подростков по данным клинико-динамического и клинико-катамнестического иссле-

- дования // Социальная и клиническая психиатрия – 1995. – Т.95, № 1. – С. 54-61.
- 2 Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни диспансерного
- 8 контингента психически больных // Материалы XIII съезда психиатров России. – М.,
. 2000. – С.41-42.
- 2 Endicott J., Nee J., Harrison W. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire:
- 9 A New Measure // Psychopharmacol. Bull. – 1993. – Vol. 29, № 2. – P. 321-326.
- .