

# Особенности адаптивного реагирования личности при фармакорезистентных депрессивных расстройствах

Абриталин Е.Ю., к. м. н., докторант при кафедре психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, г. Санкт-Петербург

Федоров Н.В., врач-психиатр психиатрического отделения СПбГУЗ «Городская поликлиника № 60», г. Санкт-Петербург

## Personality adaptive reacting peculiarities adaptive reacting peculiarities at drug-resistant depressive disorders

Abritalin E.Y., Fedorov N.V.

### Резюме

Социальное функционирование больных фармакорезистентными депрессиями на сегодняшний день изучено недостаточно полно, особенно влияние уровневой оценки состояния на социальную адаптацию и качество жизни, а также зависимость социального функционирования от особенностей адаптивного реагирования личности. Целью данной работы являлось изучение особенностей социального функционирования больных с разной выраженностью фармакорезистентных депрессивных состояний и разными типами приспособительного поведения. Материалом для настоящей работы явились результаты обследования 74-х больных (средний возраст  $32,6 \pm 15,7$  лет) с фармакорезистентными депрессивными состояниями. Проводилась оценка выраженности психических расстройств по шкалам HAM-D и GAFS, объективная оценка социальной адаптации и субъективная оценка качества жизни, а также исследование особенностей адаптивного реагирования личности с выделением типа приспособительного поведения. В результате проведенного исследования было установлено, что большинство средне-групповых показателей социальной адаптации и качества жизни у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами в группах с разной выраженностью депрессивных нарушений достоверно не отличались между собой ( $p > 0,05$ ), при этом больные с меньшей выраженностью психических расстройств имели, как правило, лучшие показатели социального функционирования. Наиболее высокие показатели социального функционирования среди больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами получены у пациентов с конструктивным типом приспособительного поведения (социальная адаптация –  $3,1 \pm 0,4$ , качество жизни –  $2,7 \pm 0,5$ ), но при этом у них выявлена тенденция к занижению самооценки своего качества жизни. У пациентов с другими типами приспособительного поведения показатели социального функционирования были ниже, причем, если пациенты с регрессивным (социальная адаптация –  $2,6 \pm 0,4$ , качество жизни –  $2,5 \pm 0,6$ ) и неопределенным (социальная адаптация –  $2,8 \pm 0,5$ , качество жизни –  $2,6 \pm 0,5$ ) типами приспособительного поведения достаточно критично оценивали свое социальное функционирование, то у больных с дезадаптивным типом приспособительного поведения (социальная адаптация –  $2,1 \pm 0,4$ , качество жизни –  $2,6 \pm 0,3$ ) отмечалась тенденция к превалированию субъективной оценки над объективной.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, фармакорезистентность, социальное функционирование, тип приспособительного поведения

### Summary

Social functioning of the patients with treatment-resistant depressions has not been under sufficient consideration at present, especially state estimation degree influence upon social adoption and life quality and social functioning dependence upon a personality adaptive reaction, as well require special investigation. The present item aims at social functioning peculiarities examination with the patients having treatment-resistant depressive disorders different manifestation and having different adaptive behavior types. Investigation results of 74 patients having treatment-resistant depressive disorders (average age of  $32,6 \pm 15,7$ ) served as basis for the present work. Psychiatric disorders manifestation estimation was held according to the HAM-D and GAFS, objective social adoption estimation, subjective social adoption and life quality, personality adaptive reacting peculiarities examination with the adaptive type behavior distinction were carried out as well. The investigation resulted at the following: major average group social adoption and life quality factors, with the patients having treatment-resistant depressive disorders, at the groups with different depressive disorders manifestation degree do not differ greatly ( $p > 0,05$ ), patients having less psychiatric disorder manifestation degree have, as a rule, better social functioning factors.

The best social functioning factors with the patients having treatment-resistant depressive disorders were obtained with the patients with the constructive behavior type (social adoption –  $3,1 \pm 0,4$ , life quality –  $2,7 \pm 0,5$ ), but they tended to life quality self-

underestimation. Social functioning factors with the patients having other behavior types, were worse, at that, the patients with the regressive (social adoption –  $2,6 \pm 0,4$  life quality –  $2,5 \pm 0,6$ ) and indefinite (social adoption –  $2,8 \pm 0,5$ , life quality –  $2,6 \pm 0,5$ ) adaptive behaviour types who rather critically assessed their social functioning, though patients with disadaptive adoption behavior type (social adoption –  $2,1 \pm 0,4$ , – life quality  $2,6 \pm 0,3$ ) tended to subjective assessment prevailing over the objective one.

**Key words:** depressive disorders, treatment-resistance, social functioning, adaptive behavior type

## Введение

По разным эпидемиологическим данным 19-34% пациентов остаются резистентными к лечению современными антидепрессантами [5, 10], причем ввиду тяжести заболевания многие из этих больных нередко практически «вычеркнуты» из полноценной жизни по разным позициям [6, 7]. Целью же лечебного процесса является не только купирование отдельных психопатологических симптомов, но и повышение качества жизни таких больных [2, 4].

Для совершенствования психиатрической диагностики нозоцентрическая диагностика дополняется уровневой, ориентированной на оценку выраженности нарушений [1], и функциональной, отражающей личностно-психологические особенности пациента [3, 8], оценками состояния. Несмотря на имеющиеся в литературе данные по исследованию социальной адаптации и качества жизни пациентов с депрессивными состояниями [4, 9], социальное функционирование больных депрессиями, резистентными к фармакотерапии, на сегодняшний день изучено недостаточно полно, особенно соотношение результатов феноменологической и уровневой оценок состояния, влияние последней на особенности социального функционирования, а также зависимость социального функционирования от особенностей адаптивного реагирования личности. В связи с этим целью данной работы являлось изучение особенностей социального функционирования больных с разной выраженностью фармакорезистентных депрессивных состояний и разными типами приспособительного поведения.

## Материал и методы

Материалом для настоящей работы явились результаты обследования 74-х больных (средний возраст  $32,6 \pm 15,7$  лет, средняя длительность заболевания  $7,8 \pm 7,2$  лет) с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках различных психических расстройств (органического поражения головного мозга, аффективных и шизоаффективных расстройств), проходивших стационарное лечение в период с 2004 г. по 2009 г.

Для оценки психического состояния больных проводилось клинико-психопатологическое обследование с использованием структурно-симптоматологического метода. Оценка выраженности депрессивной симптоматики (уровневая диагностика) выполнялась по шкале Гамильтона для оценки

депрессии – Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HAM-D) в модификации 21-го пункта, тяжесть психического состояния в целом определялась при помощи шкалы обобщенной оценки функционирования – Global Assessment of Functioning Scale (GAFS) от 1 балла (максимальная выраженность) до 100 баллов (отсутствие болезненных проявлений).

Оценка особенностей адаптивного реагирования личности (функциональная диагностика) проводилась по схеме, предложенной В.Воловиком (1985), позволявшей выделять конструктивный, регрессивный, дезадаптивный и неопределенный типы приспособительного поведения. Конструктивный тип характеризовался преимущественно социоцентрической направленностью личности, реалистическим отношением к действительности и преобладанием продуктивных форм поведения, направленных на удержание и развитие достигнутых социальных позиций. Для регрессивного типа была характерна эгоцентрическая направленность, высокая степень отрицания реальности, индифферентное отношение к социальной действительности, зависимая жизненная позиция и низкий уровень собственной продуктивной активности. Дезадаптивный тип проявлялся диссоциальными установками или нарушениями мотивационного мышления больных, вызванными актуальными патологическими переживаниями. И, наконец, неопределенный тип устанавливался при сочетании вышеуказанных особенностей, которое не позволяло диагностировать ни один из перечисленных типов приспособительного поведения.

Уровень социальной адаптации исследовался с помощью специальной схемы в основных сферах жизнедеятельности, таких как профессиональная область, семья, межличностные отношения, быт, досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей. Кроме того, особенности социального функционирования изучались с помощью самоопросника качества жизни, позволяющего оценить удовлетворенность и способность радоваться жизни – Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire short form (Q-LES-Q-SF). Обследуемые отвечали на 16 вопросов опросника, отмечая степень удовлетворенности в различных сферах жизни: физическое здоровье, настроение, работа, работа по хозяйству, отношения с окружающими людьми, семейные отношения, занятия в свободное время, способность справиться с повседневной жизнью, сексуальное влечение, финансовое положение, жилищная ситуация, способность передвигаться без головокращения и неустойчивости, зрение в плане способности работать и заниматься любимыми делами, общее ощущение благополучия, принимаемые медицинские препараты и удовлетворенность своей жизнью в целом. По каждой из исследованных сфер социальной адаптации и качества жизни проводилась оценка по пятибалльной шкале, затем рассчитывался интегральный показатель. После получения абсолютных значений социальной адаптации и каче-

Ответственный за ведение переписки -  
Абриталин Евгений Юрьевич,  
194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская 17,  
тел.: +7 (812) 329 71 89,  
моб. тел.: +7 921 323 24 31,  
e-mail: abritalin@rambler.ru.

ства жизни производится расчет индекса социального функционирования, представляющего собой отношение «объективной» оценки к «субъективной»: ИСФ = (СА × 80) / (КЖ × 30), где ИСФ – индекс социального функционирования, СА – социальная адаптация, КЖ – качество жизни.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2000» и «Statistica 6.0 for Windows» на ЭВМ типа IBM PC/AT. Применялись t-критерий значимости различий Стюдента (различия считались достоверными при вероятности равной и более 0,95 –  $p < 0,05$ ), статистическая значимость коэффициентов корреляции определялась по F-критерию Фишера, связанного функционально с t-критерием.

## Результаты и обсуждение

При поступлении в стационар оценка по GAFS колебалась от 23 до 61 балла, причем большинство больных (39,2%) имели выраженность психических расстройств в диапазоне 31–40 баллов (грубые нарушения в нескольких сферах функционирования), несколько реже (32,4%) выраженность расстройств оценивалась в диапазоне 41–50 баллов (любая отчетливо выраженная симптоматика или нарушение функционирования), еще меньше пациентов (20,3%) попали в группу более 50 баллов (умеренно выраженная симптоматика) и совсем были неспособны к деятельности почти во всех областях 8,1% больных (21–30 баллов по GAFS). Оценка социальной адаптации при поступлении в стационар была тем выше, чем выше был уровень функционирования по GAFS, в то время как качество жизни, отражающее субъективную оценку социального функционирования, статистически не отличалось у пациентов с разной выраженностью психических расстройств. Индексы социального функционирования были больше 1 во всех диапазонах, кроме «21–30 баллов», однако статистически отличия между различными диапазоновыми группами (по GAFS) были незначимы.

При количественной оценке выраженности депрессивной симптоматики, проводимой по HAM-D при поступлении, тяжесть состояния колебалась от 19 до 38 баллов, при этом у наибольшего количества больных (37,8%) оценка по HAM-D колебалась в диапазоне 19–25 баллов, несколько меньше пациентов (32,4%) имели выраженность депрессии более 30 баллов и еще меньше (29,7%) вошли в группу 26–30 баллов. Показатели социальной адаптации и качества жизни были схожи у пациентов с выраженной и очень выраженной депрессивной симптоматикой (диапазон 19–30 баллов по HAM-D) и статистически отличались от показателей больных с тяжелой депрессией (больше 30 баллов по HAM-D), индексы социального функционирования были практически одинаковы в различных диапазоновых группах (близки 1) и между собой статистически не различались ( $p > 0,05$ ).

В процессе стационарного лечения пациенты получали терапию с помощью различных методов, направленных на преодоление фармакорезистентности («зигзаг» терапии, эфферентная терапия, электросудорожная терапия). При выписке из стационара оценка по GAFS колебалась от 47 до 84 баллов, при этом большинство больных (47,3%) имели выраженность психических расстройств в диапазоне 61–70 баллов (незначительно выраженная симптоматика), значитель-

ная часть пациентов (24,3%) имели выраженность в диапазоне 71–80 баллов по GAFS (легкое нарушение функционирования). Несколько реже (17,6%) выраженность расстройств оценивалась в диапазоне 51–60 баллов (умеренно выраженная симптоматика) и две небольшие группы составили пациенты с отчетливо выраженной симптоматикой и нарушением функционирования (41–50 баллов) – 4,1% и с минимальным неблагополучием (больше 80 баллов по GAFS) – 6,8%. Таким образом, несмотря на фармакорезистентность, после стационарного лечения у большей части пациентов отмечалось значимое улучшение состояния ( $p < 0,001$ ), т.е., несмотря на то, что у больных продолжали сохраняться определенные затруднения в работе, учебе, межличностных взаимоотношениях и т.д., в целом, функционирование можно было оценить как вполне достаточное.

При выписке из стационара, также как и при поступлении, социальная адаптация была тем выше, чем выше был уровень функционирования по GAFS. В то же время качество жизни было максимально оценено пациентами с выраженностью психических расстройств по GAFS 61–70 баллов, несколько ниже пациентами в диапазонах «51–60 баллов» и «71–80 баллов» (статистически недостоверно –  $p > 0,05$ ) и существенно ниже больными в диапазонах «41–50 баллов» и «больше 80 баллов» (статистически достоверно –  $p < 0,05$ ). Индексы социального функционирования, как и при поступлении, были больше 1 почти во всех диапазонах (кроме «61–70 баллов»), причем статистически различались между собой значения диапазонов «51–60 баллов» и «71–80 баллов», «51–60 баллов» и «больше 80 баллов», а также «61–70 баллов» и «71–80 баллов» ( $p < 0,05$ ).

При количественной оценке выраженности депрессивной симптоматики, проводимой больным по HAM-D при выписке, тяжесть состояния колебалась от 8 до 32 баллов. Максимальное количество больных (51,4%) имели выраженность депрессии в диапазоне 11–15 баллов, треть пациентов (32,4%) вошли в группу 16–20 баллов, у десятой части больных (10,8%) выраженность остаточной депрессивной симптоматики составила менее 10 баллов и у небольшой части пациентов (5,4%) – более 20 баллов по HAM-D. Показатели социальной адаптации и качества жизни при легкой депрессии (до 15 баллов по HAM-D) были наибольшие и между собой практически не отличались. При умеренной (16–20 баллов) и выраженной (больше 20 баллов по HAM-D) депрессии показатели социальной адаптации также не отличались, в то время как свое качество жизни существенно хуже оценили пациенты с выраженностью депрессивной симптоматики более 20 баллов. Индексы социального функционирования были больше 1 во всех диапазонах, кроме «16–20 баллов», однако статистические различия между диапазоновыми группами (по HAM-D) были незначимы ( $p > 0,05$ ). И при поступлении, и при выписке между оценками по GAFS и HAM-D отмечалась значимая ( $p < 0,001$ ) отрицательная корреляционная связь (при поступлении  $r = -0,61$ ; при выписке  $r = -0,74$ ).

При оценке особенностей адаптивного реагирования личности наиболее часто встречался неопределенный тип приспособительного поведения (37,8%), реже – регрессивный (28,4%) и еще реже – конструктивный (25,7%). Деадаптивный тип отмечался у 8,1% больных. При оценке

Таблица. Показатели социального функционирования больных фармакорезистентными депрессиями при разных типах приспособительного поведения

	Типы приспособительного поведения			
	конструктивный	регрессивный	дезадаптивный	неопределенный
Социальная адаптация	3,1±0,4*^	2,6±0,4^	2,1±0,4^	2,8±0,5
Качество жизни	2,7±0,5	2,5±0,6	2,6±0,3	2,6±0,5
Индекс социального функционирования	1,2±0,3*	1,1±0,3^	0,8±0,2^	1,1±0,3

Примечания: достоверность различий  $p < 0,05$  между типами приспособительного поведения: & - конструктивным и неопределенным, & - регрессивным и дезадаптивным; достоверность различий  $p < 0,01$  между типами приспособительного поведения: # - конструктивным и дезадаптивным, £ - дезадаптивным и неопределенным; достоверность различий  $p < 0,001$  между типами приспособительного поведения: \* - конструктивным и регрессивным

социальной адаптации было установлено, что наиболее низкие значения были у пациентов с дезадаптивным типом, несколько лучше у больных с регрессивным и неопределенным типами и максимальные – с конструктивным типом приспособительного поведения. При этом статистически значимые различия были выявлены между конструктивным и регрессивным типами приспособительного поведения в следующих сферах: «работа» –  $p < 0,001$  ( $3,6 \pm 0,9$  и  $2,4 \pm 1$  соответственно), «межличностные отношения» –  $p < 0,01$  ( $2,8 \pm 0,5$  и  $2,3 \pm 0,8$  соответственно) и «досуг» –  $p < 0,01$  ( $2,7 \pm 0,5$  и  $2,2 \pm 0,5$  соответственно); между конструктивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения в следующих сферах: «работа» –  $p < 0,05$  ( $3,6 \pm 0,9$  и  $2 \pm 1,1$  соответственно), «межличностные отношения» –  $p < 0,001$  ( $2,8 \pm 0,5$  и  $1,5 \pm 0,6$  соответственно), «досуг» –  $p < 0,001$  ( $2,7 \pm 0,5$  и  $1,7 \pm 0,5$  соответственно) и «общее отношение к жизни» –  $p < 0,01$  ( $2,6 \pm 0,6$  и  $1,8 \pm 0,4$  соответственно); между конструктивным и неопределенным типами приспособительного поведения в сфере «работа» –  $p < 0,001$  ( $3,6 \pm 0,9$  и  $2,6 \pm 1$  соответственно); между регрессивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения в следующих сферах (везде  $p < 0,05$ ): «межличностные отношения» ( $2,3 \pm 0,8$  и  $1,5 \pm 0,6$  соответственно), «досуг» –  $p < 0,01$  ( $2,2 \pm 0,5$  и  $1,7 \pm 0,5$  соответственно) и «общее отношение к жизни» –  $p < 0,01$  ( $2,3 \pm 0,5$  и  $1,8 \pm 0,4$  соответственно); между дезадаптивным и неопределенным типами приспособительного поведения в следующих сферах: «семейные отношения» –  $p < 0,05$  ( $2,3 \pm 0,5$  и  $3 \pm 0,7$  соответственно), «межличностные отношения» –  $p < 0,01$  ( $1,5 \pm 0,6$  и  $2,6 \pm 0,6$  соответственно), «досуг» –  $p < 0,01$  ( $1,7 \pm 0,5$  и  $2,5 \pm 0,6$  соответственно) и «общее отношение к жизни» –  $p < 0,01$  ( $1,8 \pm 0,4$  и  $2,5 \pm 0,6$  соответственно).

При анализе результатов оценки пациентами своего качества жизни было установлено, что во всех группах разброс результатов был весьма значителен. Менее всего больные с дезадаптивным типом приспособительного поведения были удовлетворены своей работой ( $2,3 \pm 0,5$ ), финансовым положением ( $2 \pm 0,6$ ) и принимаемыми медицинскими препаратами ( $1,7 \pm 0,8$ ), при этом эти же больные, также как и пациенты с конструктивным типом приспособительного поведения, выше других оценили свою способность передвигаться, не чувствуя головокружения ( $3,5 \pm 0,6$ ). Статистически значимые отличия встречались в следующих субтестах: «удовлетворенность работой» между конструктивным и неопределенным

типами приспособительного поведения –  $p < 0,01$  ( $2,5 \pm 0,8$  и  $1,8 \pm 0,8$  соответственно); «удовлетворенность финансовым положением» между конструктивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения ( $3 \pm 0,7$  и  $2 \pm 0,6$  соответственно), между регрессивным и дезадаптивным ( $2,8 \pm 0,8$  и  $2 \pm 0,6$  соответственно) и между дезадаптивным и неопределенным типами приспособительного поведения ( $2 \pm 0,6$  и  $2,8 \pm 0,9$  соответственно) – везде  $p < 0,05$ ; «удовлетворенность принимаемыми медицинскими препаратами» между конструктивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения –  $p < 0,05$  ( $2,6 \pm 0,8$  и  $1,7 \pm 0,8$  соответственно).

В таблице представлены средние значения интегральных показателей социальной адаптации и качества жизни, а также и индексы социального функционирования больных с разными типами приспособительного поведения.

Наиболее высокие значения социальной адаптации, как следует из представленной таблицы, отмечались у пациентов с конструктивным, наиболее низкие – с дезадаптивным типом приспособительного поведения. Максимальные показатели качества жизни также были у пациентов с конструктивным типом, однако минимальные были зарегистрированы у больных с регрессивным типом приспособительного поведения. При этом статистически значимые отличия были между всеми показателями социальной адаптации у больных с разными типами приспособительного поведения, кроме значимых различий между регрессивным и неопределенным типами приспособительного поведения, а показатели качества жизни между собой отличались статистически недостоверно ( $p > 0,05$ ). Индексы социального функционирования у больных регрессивным и неопределенным типами приспособительного поведения были близки 1, а у пациентов с конструктивным и дезадаптивным типами приспособительного поведения были выше и ниже 1 соответственно ( $1,2 \pm 0,3$  и  $0,8 \pm 0,2$ ).

Анализ полученных данных показывает, что уравнивая и функциональная диагностические оценки психического состояния находятся между собой в вероятностной взаимосвязи, но отражают разные аспекты психического состояния больного. При поступлении в стационар у больных с фармакорезистентными депрессивными состояниями в большей степени отмечалось ухудшение общего функционирования, нежели выраженность депрессивной симптоматики, а после проведенного стационарного лечения, включавшего различ-

ные методы по преодолению фармакорезистентности, у значительной части больных состояние улучшилось как в плане уменьшения выраженности депрессивной симптоматики, так и в отношении повышения уровня общего функционирования.

В результате проведенного исследования выявлена определенная зависимость уровня социального функционирования, включающего объективную и субъективную оценки, от психического состояния у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами: пациенты с меньшей выраженностью психических расстройств имели, как правило, лучшие показатели социального функционирования. Исключение составили оценки качества жизни больными с разной выраженностью депрессивной симптоматики по HAM-D при поступлении (максимальные показатели в диапазоне «26-30 баллов») и с разной выраженностью психических расстройств по GAFS при выписке (максимальные показатели в диапазоне «61-70 баллов»).

На качество социального функционирования больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами отчетливое влияние оказывают особенности адаптивного реагирования больных – тип приспособительного поведения. Наиболее высокие показатели социальной адаптации и качества жизни обнаружены у пациентов с конструктивным типом приспособительного поведения и, кроме того, у них выявлена тенденция к занижению самооценки своего качества жизни. Показатели социального функционирования пациентов с другими типами приспособительного поведения были ниже, причем, если пациенты с регрессивным и неопределенным типами приспособительного поведения достаточно критично оценивали свое социальное функционирование (субъективная и объективная оценки были схожи), то у больных с дезадаптивным типом приспособительного поведения отмечалась тенденция к снижению критичности оценки своего социального функционирования.

## Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что большинство среднетяжелых

показателей социальной адаптации и качества жизни у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами в группах с разной выраженностью депрессивных нарушений достоверно не отличались между собой ( $p > 0,05$ ), при этом была выявлена зависимость уровня социального функционирования от психического состояния: больные с меньшей выраженностью психических расстройств имели, как правило, лучшие показатели социального функционирования. Исключение составили оценки качества жизни больными с разной выраженностью депрессивной симптоматики по HAM-D при поступлении (максимальные показатели в диапазоне «26-30 баллов») и с разной выраженностью психических расстройств по GAFS при выписке (максимальные показатели в диапазоне «61-70 баллов»).

Наиболее высокие показатели социального функционирования среди больных с фармакорезистентными депрессивными состояниями получены у пациентов с конструктивным типом приспособительного поведения (интегральные показатели социальной адаптации –  $3,1 \pm 0,4$ , качества жизни –  $2,7 \pm 0,5$ ), но при этом у них выявлена тенденция к занижению самооценки своего качества жизни. У пациентов с другими типами приспособительного поведения показатели социального функционирования были ниже, причем, если пациенты с регрессивным и неопределенным типами приспособительного поведения достаточно критично оценивали свое социальное функционирование (индексы социального функционирования  $1,1 \pm 0,3$  в обоих случаях), то у больных с дезадаптивным типом приспособительного поведения отмечалась тенденция к превалированию субъективной оценки над объективной (индекс социального функционирования  $0,8 \pm 0,2$ ).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости использования многомерного подхода для характеристики состояния больных и оценки социального функционирования, так как учет каждой из применявшихся диагностических осей способствует оптимизации лечебно-диагностических мероприятий, а также выработке индивидуальных критериев социального и клинического прогноза. ■

## Литература:

1. Александровский Ю.А. Состо ни психической дезадаптации и их компенсации (Пограничные нервно-психические расстройства). М.: Наука, 1976.
2. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. СПб; 1998.
3. Воловик В.М. О функциональной диагностике психических заболеваний. В: Новое в теории и практике реабилитации психически больных: Сборник научных трудов ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева. Л; 1985. 26-32.
4. Захарова К.В. Качество и стойкость ремиссии при применении антидепрессантов у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами. Российский психиатрический журнал 2008; 1: 53-58.
5. Иванов М.В., Мазо Г.Э., Чомский А.Н. К проблеме антидепрессантов первого выбора при терапии депрессивного расстройства. Психиатри и психофармакотерапи 2009; 11 (5): 6-9.
6. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни. Социальна и клиническа психиатри 2001; 1: 19-22.
7. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии и резистентность. Журнал психиатрии и медицинской психологии 2002; 1: 118-124.
8. Семичов С.Б. О соотношении между нозологическим и функциональным диагнозами. В: Новое в теории и практике реабилитации психически больных: Сборник научных трудов ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева. Л; 1985. 54-59.
9. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни диспансерного контингента психически больных. В: Материалы XIII съезда психиатров России. М; 2000. 41-42.
10. 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; 67: 688-695.