

## ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ. СООБЩЕНИЕ 2

А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутома, Ю.В. Мельникова,  
А.Н. Еричев, Р.Г. Саврасов

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»*

Понятие «функциональный диагноз» ввел в клинический обиход С.П.Боткин для оценки приспособительных реакций и компенсаторных возможностей больного. М.П.Кончаловский [16], много сделавший для разработки функционального диагноза в клинике внутренних болезней, рассматривал его в качестве одного из элементов клинического диагноза. М.С.Вовси [6] считал применение функциональной диагностики даже более важным, чем выявление анатомического диагноза, «...так как при ее помощи намечается прогноз заболевания, его дальнейшее течение и исход».

Представление о функциональном диагнозе в психиатрии первоначально появилось в 30-е годы прошлого столетия в нашей стране и рассматривалось в рамках задач врачебно-трудовой экспертизы [9, 24]. В этом случае функциональный диагноз оказывался необходимым для определения правильного социально-трудового прогноза и базировался на изучении структуры, динамики и путей компенсации психического дефекта в конкретных условиях трудовой деятельности.

Реабилитационное направление в психиатрии в значительной степени способствовало повышению интереса исследователей к понятию «функциональный диагноз» [4, 10, 13, 17]. Вместе с тем концепция функционального диагноза оказалась не лишеной недостатков. На практике реальное содержание «функционального диагноза» превратилось в «функциональную диагностику» и стало представлять собой обширный набор самых разных феноменов, в принципе отражавших очень доброкачественную, но и непосильную для практического врача историю болезни.

Мы полагаем, что функциональный диагноз содержит три составляющие: 1) характеристику биологической адаптации – показатель динамики психического состояния; 2) характеристики психологической адаптации – особенности приспособительного поведения и качество жизни; 3) характеристику социальной адаптации – особенно-

сти функционирования в различных социальных сферах.

### **Характеристика биологической адаптации – показатель динамики психического состояния**

Как известно, психическое состояние каждого конкретного больного с течением времени претерпевает ряд изменений, как «спонтанных» (т.е. вызванных непосредственным действием пока неизвестной нам «ноксы», самодвижением болезни), так и обусловленных различными причинами: лечением, влиянием психотравмирующих факторов, соматическим состоянием и т.д.

При этом принципиально важным обстоятельством является тот факт, что психические расстройства представлены в населении преимущественно в виде ремиссионных состояний, и диагностическое определение состояния больного как ремиссии (вместо постоянного и неизменного диагноза психического заболевания) существенно меняет положение пациента по отношению к болезни и способствует оптимизации процесса социального восстановления, не на словах, а на деле демонстрируя прогресс в состоянии пациента, его продвижении по пути избавления от симптомов; дифференцированная оценка ремиссии (полная или неполная, стабильная или нестабильная и т.д.) поддерживает установку на возможность и необходимость «управления болезнью».

В западной литературе при описании динамики психического состояния широко используется термин «реакция/ответ» [response]. С нашей точки зрения [19], реакция/ответ на лечение (или изменение состояния, не зависящее от терапии) может быть в форме:

1) ухудшения (worsening): а) эндоформной реакции, б) пререцидива (при незначительно выраженной симптоматике) или в) непосредственно рецидива;

2) улучшения (improvement), которое по прошествии некоторого времени, разного для различных вариантов течения заболевания, через этап «становления ремиссии» сменяется: а) ремиссией, б) интермиссией или в) выздоровлением.

### Характеристика психологической адаптации

Психологическую адаптацию определяют особенности приспособительного поведения, качество жизни и удовлетворенность лечением, а также согласием и следованием больных лечебным назначениям, предписанным врачом, что в отечественной литературе принято обозначать термином «комплаенс».

*Приспособительное поведение.* Первоосновой представления о приспособительном поведении в психиатрии является концепция отношений В.Н.Мясищева, который подчеркивал, что «выражением личности и ее отношений является, прежде всего, практическое действие» [25]. Приспособительное поведение представляет собой «биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью» [8] и отражает стиль функционирования пациента в социуме.

К представлению о приспособительном поведении близко понимание некоторыми авторами термина «копинг». Нередко понятия «копинг» и «приспособительное поведение» вообще используются синонимично [12], что представляется спорным. На наш взгляд, копинг (наряду с другими интрапсихическими механизмами) является лишь одной из составляющих сложного феномена приспособительного поведения. Кроме того, при диагностировании копинга используется психологический, а приспособительного поведения – клинический метод исследования.

В отечественной литературе различными исследователями уже предпринимались попытки классификации типов приспособительного поведения [2, 11, 20, 26]. Предлагаемая нами систематика типов приспособительного поведения базируется на многолетних клинических исследованиях основных адаптационно-компенсаторных тенденций личности в формировании социального поведения. При этом выделены следующие типы приспособительного поведения психически больных [18]:

- конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты);
- регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты);
- морбидный.

*Качество жизни.* Медицинское определение «качества жизни» – это субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем. К настоящему времени стало общепризнанным, что при выборе любых мер лечебного воздействия следует учитывать изменение субъективного ощущения благополучия пациента, то есть его качество жизни. С точки зрения А.Б.Шмуклера [27], качество жизни является надежной субъективной характеристикой социального функционирования больных, которую необходимо использовать в практическом здравоохранении. Но, несмотря на многочисленные методики измерения качества жизни, ни

одну из них нельзя признать оптимальной в отношении информации о больном и/или технологичности самого инструмента.

В связи с этим был создан новый инструмент качества жизни – КЖ2Ф [3], которому присущи следующие особенности:

- 1) использование в качестве исходных материалов несколько созданных ранее инструментов измерения качества жизни;
- 2) двуформатность методического подхода, предполагающая использование как обычных вопросов опросника, так и подходов, характерных для семантического потенциала;
- 3) компактность методики (36 вопросов для определения морбидного качества жизни и 4 вопроса для определения глобального качества жизни);
- 4) информативность (древовидное рассмотрение структуры качества жизни).

С помощью 36 вопросов вычисляются 18 исходных двухвопросных показателей-фасет, унаследованных от трех ранее созданных инструментов (ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44 и КЖСД-46).

На основе этих 18 «исходных» показателей-фасет с помощью процедур многомерной статистики сформировано 12 основных новых показателей. Результаты, полученные с помощью шкалы КЖ2Ф, позволяют увидеть уникальное строение древовидной структуры качества жизни у отдельного индивидуума.

*Удовлетворенность лечением.* Оценка субъективной удовлетворенности лечением практически важна тем, что является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного влияния на комплаенс пациента после выписки. В связи с громоздкостью или, напротив, слишком большой упрощенностью в ущерб информативности, Н.Б.Лутовой, А.В.Борцовым и В.Д.Видом [21] был создан опросник субъективной удовлетворенности лечением (СУЛ) в психиатрическом стационаре, характеризующийся компактностью, информативностью, соответствием современным психометрическим стандартам [5, 21, 22]. Шкала позволяет получить дифференцированные данные об удовлетворенности результатами лечения, взаимоотношениями с врачом, бытовыми условиями и окружающей обстановкой учреждения, а также о степени стигматизации больного контактом со сферой психиатрии, которая может серьезно повлиять на его социальную ситуацию и жизненные планы.

*Комплаенс.* Хотя задачи адекватной оценки комплаенса затрудняются отсутствием адекватного инструмента целостной его оценки, современная парадигма оказания психиатрической помощи во всем мире направлена на последовательное долгосрочное лечение больных преимущественно не в стационарных, а в амбулаторных условиях. Это придает ведущее значение в процессе терапии улучшению уровня ком-

паенса, так как последний в значительной мере обуславливает предупреждение обострений психических расстройств и максимально возможную для этих пациентов социальную адаптацию. Разработанная в институте им.В.М.Бехтерева шкала оценки медикаментозного комплаенса в психиатрии [23], которая кардинально отличается от зарубежных аналогов тем, что заполняется не больным, а его лечащим врачом на основании достаточной полноты имеющейся информации. Существенным отличием является и то, что, выходя за пределы самоотчета больного, оценка комплаенса становится системной, опираясь на все основные группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии.

### **Характеристика социальной адаптации – особенности функционирования в различных социальных сферах**

Уровень социальной адаптации рассматривается в литературе как показатель степени ее соответствия жизненным требованиям или как выражение искаженных болезнью взаимоотношений с окружающей действительностью [1, 7, 15]. При этом имеется в виду прежде всего количественная ее характеристика. Следует согласиться с замечанием В.И.Кашкарова, С.В.Днепровской и В.Д.Вида [14] о том, что оценка уровня социальной адаптации в значительной мере отражает степень социального приятия этого уровня и соотносится, главным образом, с существующими в обществе критериями социальной приемлемости человека. Таким образом, количественная оценка социальной адаптации – это мера успешности функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общественных норм.

Социальное функционирование психически больных может быть оценено с помощью различных социометрических шкал (PSP, SOFAS, GARF, GAF). Однако к недостаткам этих шкал следует отнести то, что одновременно является и их достоинством – слишком обобщенную оценку функционирования пациента, фактически сводящуюся к одной цифре.

В то же время известно, что уровень социального функционирования может быть различным в разных сферах деятельности. Например, пациент может быть вполне успешным в профессиональной деятельности, но не способным к созданию семьи или самообслуживанию; и в таком случае однозначно определить уровень его социального функционирования представляется затруднительным. В связи с этим, нами [18] разработана категориально валидизированная шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах, в которой успешность социального функционирования в каждой из сфер (профессиональная, межличностных отношений, супружеских отношений, воспитания детей, отношений с родителями, организации быта, сексуальных отношений) ранжируется по 5-балльной системе.

При использовании этих двух подходов социальная адаптация психически больных может быть оценена не только по степени ее интенсивности, но и по ее успешности в различных социальных сферах.

Итак, потребность современной психиатрии в целостной оценке состояния больного и его потенциальных возможностей восстановления может быть удовлетворена с помощью холистического подхода к диагностике, который предусматривает постановку клинического, психологического, социального и функционального диагнозов и позволяет разработать действенную программу реабилитации каждого пациента.

Схематическое отображение содержательных характеристик, фиксируемых при холистическом подходе, представлены на рисунке.

*Биологический диагноз* направлен на определение стратегии в отношении клинического прогноза и направления психофармакологических воздействий.

*Психологический диагноз* ориентирован на анализ психологических характеристик пациента, уточнение особенностей функционирования психодинамических личностных механизмов, выявление структуры и выраженности личностной проблематики больного, что позволяет определить психотерапевтические приоритеты и стратегию (общую направленность) психотерапевтических программ.

*Социальный диагноз* обозначает конкретные проблемы пациентов, наличие и особенности межперсонального конфликта (или конфликтов) у исследуемого больного, что позволяет определить стратегию и оптимальные способы воздействия социотерапевтических мероприятий.

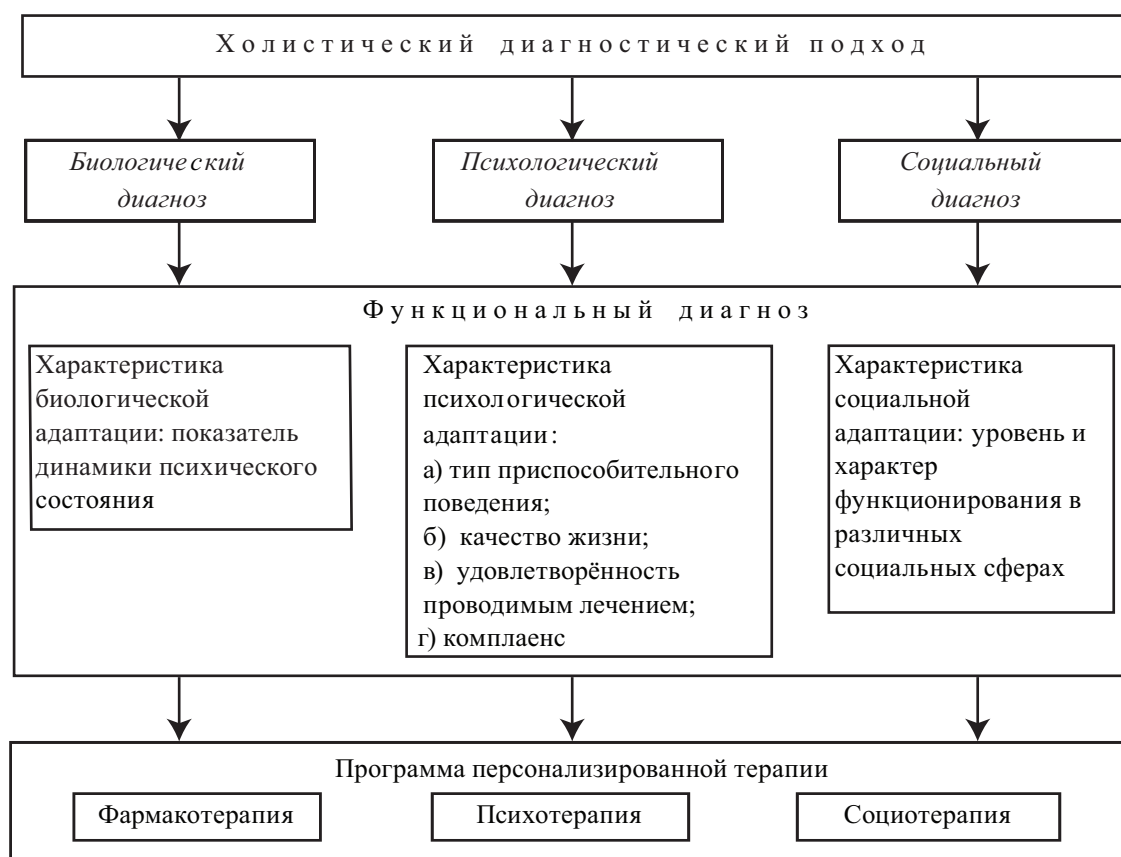
Показатели *функционального диагноза* обусловлены параметрами клинического, психологического и социального диагнозов и определяют тактику терапии:

1) данные о динамике психического состояния помогают клиницисту выбрать тактику психофармакотерапии, руководствуясь определением текущего этапа заболевания;

2) данные о психологической адаптации позволяют выбрать тактику психотерапевтического лечения, учитывающего: а) тип приспособительного поведения, который определяет стиль жизни, способ деятельности пациента; б) качество жизни, которое показывает степень удовлетворенности больного своим состоянием и жизнью в целом;

3) данные о социальной адаптации позволяют выбрать тактику социотерапевтических мероприятий, учитывающих уровень функционирования в различных социальных сферах и объективный результат социальной успешности больного.

Таким образом, данные функционального диагноза являются обобщающими показателями, определяющими тактику фармако-, психо- и социотерапии в реабилитационной программе пациента на каждом этапе заболевания, и могут служить надеж-



*Холистический диагностический подход*

ными индикаторами эффективности терапевтических вмешательств.

В целом холистический подход к диагностике в психиатрии позволяет объективно оценить индивидуальную структуру системы психической адаптации больного с выявлением её проблемных областей («терапевтических мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума.

Такое положение в известной степени соотносится с замечанием В.С.Ястребова и соавт. [28] о том, что «в качестве необходимого условия оказания психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами все больше утверждается холистический подход, который предполагает проведение комплексных мер, дифференцированных на разных уровнях воздействия – индивидуальном, семейном, институциональном или общества в целом».

В результате такого подхода формируются концептуальные положения, направленные на замещение бытовавшего ранее представления о «линейных» закономерностях процессов, участвующих в формировании психической патологии, на «объёмное», «стереоскопическое», многомерное видение сложных механизмов этиопатогенеза и динамики психических расстройств.

Кроме того, холистический диагностический подход позволяет использовать индивидуализированно обоснованные психофармакологические препараты, виды психотерапевтических интервенций и социо-

терапевтических мероприятий, а также определить адекватное соотношение различных форм специализированной медицинской помощи в зависимости от этапов течения психических расстройств. Это дает возможность целенаправленной работы для каждого из членов терапевтической бригады и служит надежным инструментом взаимодействия различных специалистов в области психического здоровья, определяя персонализированную реабилитационную программу пациента на каждом этапе заболевания и являясь надежным индикатором эффективности терапевтических вмешательств.

Таким образом, в целом холистический диагностический подход больного делает возможным объективно оценить индивидуальную структуру системы психической адаптации с выявлением её проблемных областей («терапевтических мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума.

Предлагаемая нами диагностическая процедура обеспечивает научно обоснованную постановку целей и задач реабилитационной работы с психически больными. При этом она достаточно лаконична, определяет как изменения в психическом состоянии и функционировании пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения, что позволяет конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман А.Л. Социально-клиническая характеристика шизофренических ремиссий // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1965. Вып. 2. С. 434–437.
2. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1981. С. 35–49.
3. Бурковский Г.В., Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П. Новый инструмент для оценки психотикозависимого качества жизни (ПКЖ2Ф) в психиатрической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2011. № 3. С. 32–35.
4. Вайзе К., Воловик В.М. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М.: Медицина, 1980. С. 152–206.
5. Вид В.Д., Лутова Н.Б. Способ оценки субъективной удовлетворенности больных лечением в психиатрическом здравоохранении // Современные медицинские технологии. 2010. № 5. С. 63–68.
6. Вовси М.С. Руководство по внутренним болезням. Болезни системы мочеполового тракта. 1-е изд. М.: Медгиз, 1960 (1936). 252 с.
7. Воловик В.М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации больных: Дисс. ... докт. мед. наук. Л., 1980. 571 с.
8. Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. С. 39–46.
9. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. М.: Биомедгиз, 1933. С. 106–111.
10. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 18, № 4. С. 5–20.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.
12. Залуцкая Н.М. Взаимодействие в семьях больных эндогенными психозами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. 23 с.
13. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1978. 232 с.
14. Кашкаров В.И., Днепровская С.В., Вид В.Д. Многопрофильная квалификация больных эндогенными психозами при восстановительном лечении: методические рекомендации. Л., 1985. 47 с.
15. Кельмишкейт Э.Г. Приспособляемость студентов – больных шизофренией как критерий прогноза их обучаемости в вузах // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных (краткое содержание докладов). Л., 1974. С. 272–275.
16. Кончаловский М.П. Клиника внутренних болезней. М.-Л.: Государственное изд-во биологической и медицинской литературы, 1935. 982 с.
17. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2004. Т. 1, № 1. С. 7–10.
18. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: Гиппократ плюс, 2004. 336 с.
19. Коцюбинский А.П., Скорик А.И. Оценка динамики психического состояния // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2006. Т. 3, № 2. С. 4–7.
20. Логвинович Г.В. Факторы социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1990. Т. 90, Вып. 1. С. 110–116.
21. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре. Новая медицинская технология // НИПНИ им. В.М.Бехтерева. СПб., 2006. 16 с.
22. Лутова Н.Б. Удовлетворенность лечением: пациент и врач – поиски консенсуса // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 2011. № 1. С. 65–66.
23. Лутова Н.Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 2013. 49 с.
24. Мелехов Д.Е. Проблема дефекта в клинике и реабилитации больных шизофренией // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. М., 1977. С. 27–41.
25. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. 426 с.
26. Семке А.В. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофрении: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Томск, 1995. 50 с.
27. Шмуклер А.Б. Особенности и динамика социального функционирования и качества жизни психически больных, находящихся под диспансерным наблюдением // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 18, № 4. С. 21–29.
28. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.Н. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2008. Т. 108, № 6. С. 4–10.

## ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ. СООБЩЕНИЕ 2

А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутوما, Ю.В. Мельникова, А.Н. Еричев, Р.Г. Саврасов

Авторы предлагают концепцию современной диагностики психически больных, основанную на холистическом подходе и биопсихосоциальной модели заболевания. Холистический подход позволяет всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и функционировании пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения, что помогает конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически

больных и дает надежный инструмент бригадного взаимодействия различных специалистов в области психического здоровья.

**Ключевые слова:** функциональный диагноз, биологическая адаптация, психологическая адаптация, социальная адаптация, холистический подход, биологический диагноз, психологический диагноз, социальный диагноз, персонализированная терапия, реабилитация, биопсихосоциальный потенциал.

## HOLISTIC DIAGNOSTIC APPROACH IN PSYCHIATRY. PAPER 2

A.P. Kotsyubinsky, N.S. Sheinina, B.G. Boutoma, Yu.V. Melnikova, A.N. Erichev, R.G. Savrasov

The authors propose a concept of modern diagnostics for mental patients, based on holistic approach and biopsychosocial model of disease. Holistic approach allows to evaluate both changes in mental condition and functioning of the patient caused by disease and individual compensatory potential of the person affected and his surrounding, thus helping to develop up-to-date rehabilitation and resocialization programs for mental patients.

It also serves as a reliable instrument for multidisciplinary teamwork in the field of mental health.

**Key words:** functional diagnosis, biological adaptation, psychological and social adjustment, holistic approach, biological diagnosis, psychological diagnosis, social diagnosis, personalized therapy, rehabilitation, biopsychosocial potential.

**Коцюбинский Александр Петрович** – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «СпбНИПНИ им.В.М.Бехтерева»; e-mail: ak369@mail.ru

**Шейнина Нина Семеновна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «СпбНИПНИ им.В.М.Бехтерева»; e-mail: sheinini@yandex.ru

**Бутوما Борис Георгиевич** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «СпбНИПНИ им.В.М.Бехтерева»; e-mail: butbor08@gmail.com

**Мельникова Юлия Владимировна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «СпбНИПНИ им.В.М.Бехтерева»; e-mail: m\_juliya@bk.ru

**Еричев Александр Николаевич** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «СпбНИПНИ им.В.М.Бехтерева»; e-mail: erichevalex@gmail.com

**Саврасов Роман Григорьевич** – младший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «СпбНИПНИ им.В.М.Бехтерева»; e-mail: savr0@hotmail.com