

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ. СООБЩЕНИЕ 1

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»

В разрабатываемых в настоящее время психиатрических диагностических классификациях главенствует внеконцептуальный подход, направленный на механическое группирование различных по своей сути, но внешне сходных состояний. Это связано с известным разочарованием исследователей в нозологической диагностике психических расстройств.

Нозологический принцип классификации, во-первых, в значительной степени оказался конвенциональным и лишеным единого подхода при выделении различных форм психических расстройств. Во-вторых, сами критерии нозологического разграничения менялись с течением времени даже в рамках одной психиатрической школы, не говоря о неодинаковом их понимании представителями различных школ. В-третьих, он оказался недостаточным для целостной оценки состояния больного, и с этой точки зрения – прогностически неполноценным.

В результате специалисты службы психического здоровья оказались лицом к лицу с тем фактом, что «феноменологическая оценка, составляющая основу нозологической диагностики, не раскрывает полностью уровень и потенциал сохранности или степень декомпенсации личностных возможностей в той или иной сфере жизнедеятельности человека» [22, 29].

Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей [2]. Это становится особенно актуальным при апробированных в последнее время бригадных формах курации психически больных.

В связи с этим внимание исследователей все в большей степени привлекает многоосевой (многомерный, мультиаксиальный) подход к психиатрической классификации.

Первые попытки многомерного рассмотрения психических расстройств принадлежат Э.Кречмеру, который в рамках многомерного диагноза предложил описание состояния пациента в равно включенных биологических, психологических и социальных параметрах.

Это направление получило дальнейшее развитие в современных классификациях. Так, в настоящее

время во многих странах Европы и в нашей стране используется многоосевая классификация психических расстройств МКБ-10, однако она не является теоретически обоснованной [19]. Кроме того, в практической работе российские специалисты используют лишь первую (клиническую) ось, а «при отсутствии (других) осей потеряна направленность выбора лечения: биологического, социального или психотерапии» [27].

В значительной мере недостатки МКБ-10 нивелируются в классификациях психических расстройств (DSM), применяемых в США [11]. Эта многоосевая диагностика предусматривает удобный формат для описания гетерогенности индивидуумов с одним диагнозом. Однако и в этом подходе можно выделить ряд недостатков. Так, классификация DSM-IV также не опирается на теоретическое обоснование.

Кроме того, наличие в DSM-IV четвертой оси («психосоциальные и межличностные проблемы») не покрывает собой всего содержания, определяющего функциональное состояние пациента [8]. Б.С.Фролов и А.В.Рустанович [29] обращают внимание на отсутствие в этой диагностической системе общепринятого методического аппарата функциональной оценки психического состояния, а рекомендуемая в рамках DSM «шкала обобщенной оценки» (Global Assessment Scale – GAS), предполагающая суммарную оценку уровня функционирования, выраженную в единственном цифровом показателе, является чрезмерно упрощенной и недостаточно дифференцированной.

Спору нет, создателями новых классификационных систем проведена колоссальная работа. Однако, как отмечает В.А.Точилов [27], «...объем собираемой в соответствии с требованиями DSM-IV и МКБ-10 информации, касающейся жизненного пути, – только верхушка айсберга, представляющего необходимые сведения».

В связи с этим в последние годы возникла необходимость в таком многоосевом диагностическом подходе, который бы базировался на определенных те-

оретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья.

С одной стороны, в нем должна быть четко обозначена природа заболевания с однозначным отношением его к тому или иному классу психических расстройств. С другой стороны, должны быть подчеркнуты индивидуальные клинические и психологические особенности пациента, а также важные характеристики его социума, поскольку только совокупность санирующих факторов – усилий самого пациента, правильного поведения его семьи и квалифицированной помощи специалистов службы психического здоровья и социальных институтов – составляет максимальный потенциал восстановления пациента.

Соотношение биологического, психологического и социального в формировании человека, а также в развитии и динамике его заболеваний вновь и вновь привлекает интересы философов, педагогов, врачей. При этом подчеркивается, что подлинное понимание сущности болезней человека возможно только с учетом единства и взаимодействия определяющих их факторов, при «целостном» подходе к вопросам этиопатогенеза и компенсации любой патологии.

Этим запросам времени отвечает холистический подход.

Под холизмом понимают «философию целостности», разработанную южноафриканским философом Я.Смэтсом, который ввел в философскую речь термин «холизм» в 1926 году [17, 28]. В настоящее время под холизмом понимается любой подход, где акцент делается на целостной личности, а не на ее составных частях [21].

Холистическому подходу в психиатрии отвечает наиболее общепринятая в настоящее время биопсихосоциальная концепция психических расстройств, первоначально обозначенная еще В.Н.Бехтеревым и получившая терминологическое оформление в работах G.Engel [36]. Базовым положением данной концепции является обязательное участие в возникновении и развитии психопатологии трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологического, психологического и социального.

Биопсихосоциальная концепция психических расстройств предполагает учет следующих положений:

1) уязвимость-диатез-стрессовой модели возникновения и течения психических заболеваний, в соответствие с которой уязвимость – это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, скрытый (латентный) фактор риска развития заболевания, который при определенных обстоятельствах может проявиться в форме психического диатеза – субклинических расстройств, характеризующих предрасположенность к психической патологии;

2) системной адаптационной парадигмы развития психической патологии, базирующейся на основном постулате теории функциональных систем [1, 26, 34]: системой можно назвать только такой комплекс изби-

рательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие составляющих направлено на получение фокусированного полезного результата. В случае психического заболевания системообразующим фактором являются адаптационно-компенсаторные механизмы больного, играющие ведущую роль как в возникновении и течении, так и в восстановлении психически больных и характере их функционирования [15]. Эта концепция сделала более осмысленным и продуктивным изучение механизмов взаимодействия внешних и внутренних стрессорных факторов, вызывающих изменения в транзиттерных системах мозга, что, безусловно, способствовало развитию нового направления в изучении патофизиологических основ патогенеза заболевания.

Однако в ней явно недостаточно разработанными (хотя и не отвергаемыми) являются представления об участии в эндогенном процессе личностных механизмов адаптации, в значительной степени определяющих психологические функциональные возможности пациентов. Отсюда вытекает несомненный и оправданный интерес к содержательным характеристикам личностных механизмов адаптации. Это направление, развиваемое в клинике как пограничных состояний, так и эндогенных психических расстройств, получило интенсивное развитие в работах сотрудников института им. В.М.Бехтерева, отражающих: а) различные аспекты психологической защиты, копинга, внутренней картины болезни [5–7, 12]; б) специфику ценностного сознания личности, стержневой характеристикой чего являются «личностные смыслы», их генез и динамику [6], сложный мультифакториальный характер патологии, комплексный подход, смещая акцент с поиска главного фактора на установление характера их взаимодействий [16].

Современная диагностическая процедура должна формулироваться в присущих ей компактных диагностических категориях и завершаться соответствующим диагнозом: биологическим, психологическим и социальным.

В биологическом диагнозе, как нам представляется, целесообразно различать базовые биологические характеристики, а также формирующиеся на их основе преморбидные и морбидные характеристики (рисунок).

Базовые характеристики являются основой биологической адаптации индивида и в той или иной степени задействованы во всех звеньях этиопатогенеза психических заболеваний. К ним относятся:

1. Генетический фактор – наследственно детерминированный, определяющий вероятность возникновения заболевания.

2. Органический фактор. Исследования резидуальных церебрально-органических поражений (органическое поражение центральной нервной системы; травма; соматическая патология; длительная интоксикация, связанная с употреблением психоактивных веществ; воздействие инфекционных агентов и



Биологический диагноз

др.) свидетельствуют, что органическая «почва» может выступать в качестве:

- патогенетического фактора (имеющего самостоятельное значение (например, при выраженных формах органической парциальной психической незрелости);

- патопластического или патокинетического фактора (видоизменяющего основные клинко-динамические параметры заболевания при нерезко выраженных психоорганически-церебрастенических расстройствах);

- «предиспонирующего» («преципитирующего») фактора, способствующего формированию иной патологии.

3. Иммунно-эндокринный фактор. Установлено, что нарушения биологической адаптации могут быть связаны с недостаточностью врожденного иммунитета, что приводит к прорыву «порога уязвимости» и появлению признаков психопатологического диатеза, а в дальнейшем – к появлению манифестных форм заболевания [4]. Имеются также наблюдения, свидетельствующие, что тяжелая эндокринная патология при эндогенных психических заболеваниях является редкостью, а преобладают транзиторные, рудиментарные и полиморфные расстройства, которые занимают промежуточное положение между нормой и патологией и выявляются с помощью опреде-

ленных функциональных проб и нагрузок [10]. Это позволяет говорить о неблагоприятной эндокринной почве у данной группы больных, которая может играть роль триггера, запускающего сложный биологический процесс, ведущий к манифестации психической патологии.

Базовые характеристики обуславливают взаимосвязь нервной (генетически детерминированной с возможными, при определенных условиях, органическими «наслоениями»), иммунной и эндокринной систем, интегрированных в функциональную общность, обеспечивающую поддержание динамического гомеостаза и целостности организма. Однако тесная взаимосвязь этих систем означает высокий риск нарушения функции всех трёх систем независимо от локализации первичного патологического процесса в одной из них.

Преморбидные характеристики отражают те предболезненные особенности пациентов, которые рассматриваются в рамках психического диатеза. Двумя его специфическими вариантами являются психопатологический и психосоматический диатез.

К психопатологическому диатезу [15, 30–33] относят различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адапционно-компенсаторных возможностей орга-

низма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы. Выдвигаемое нами положение о психопатологическом диатезе является логическим продолжением не только идей об «уязвимости» будущих психически больных [38], предшествующей манифестации психоза [35], но и представлений о нем как о состоянии предболезни, определяемом нервно-психической дезинтеграцией (дефицитарностью и диссоциированностью) различных сфер психики [13].

Критерии, позволяющие диагностировать психопатологический диатез, следующие: 1) наличие психопатологической симптоматики непсихотического уровня, находящегося в регистре от нормы до пограничных расстройств личности; 2) наличие различной степени психической дезадаптации обратимого характера; 3) наличие признаков тропности, но не специфичности по отношению к эндогенным психозам.

По признаку динамики мы выделяем три основные формы психопатологического диатеза: эпизодическую, фазную и константную.

Относительно психосоматического диатеза данные литературы [24] и собственные клинические наблюдения позволяют предположительно сделать следующие выводы.

1. Существует категория лиц с конституционально (биологически) обусловленной уязвимостью к психосоматическим заболеваниям, под которой мы понимаем клинически не выявляемое снижение толерантности определенных соматических систем организма к стрессовым воздействиям.

2. Под влиянием стрессовых (психических и/или соматических) воздействий у таких лиц развиваются различные психосоматические реакции (сопровождающиеся соматовегетативными, эндокринными и иммунными функциональными сдвигами), для которых характерно отсутствие морфологических изменений, соответствующих соматическим жалобам пациентов. Эти дисфункциональные состояния могут быть квалифицированы как проявления психосоматического диатеза; их появление знаменует наступление этапа предболезни [23].

3. В случае продолжения действия стрессоров психосоматические дисфункциональные состояния трансформируются в соматоформные расстройства и психосоматические заболевания.

Мы полагаем, что психосоматический диатез, как и психопатологический, может быть эпизодическим (реакции), фазным и константным.

Выявление особенностей психического диатеза важно для практики здравоохранения, поскольку дает основания для решения вопроса о степени риска развития психического заболевания и о целесообразности превентивного вмешательства при их выявлении, а также позволяет рассматривать эти феномены в качестве предикторов дальнейшего течения процесса на ранних его этапах, поскольку являются одной из характеристик прогноза дальнейшего течения заболевания и социального восстановления психически больных.

Морбидные характеристики должны отражать клинико-психопатологические и клинико-соматические особенности больного.

1. Клинико-психопатологические характеристики определяют нозологическую принадлежность заболевания, основной и факультативные синдромы, тип течения болезни, характер состояния, обусловившего необходимость обращения за психиатрической помощью.

В последнее время в психиатрии используется так называемая дименсиональная модель, которая позволяет рассматривать отдельные симптомокомплексы эндогенного заболевания в качестве независимых размерностей (дименсий), имеющих собственные стереотипы развития [25]. Как и большинство исследователей, мы выделяем когнитивные, негативные, аффективные и позитивные симптомокомплексы.

2. Клинико-соматические характеристики, учитывающая сложные взаимоотношения между психосоматическими и соматопсихическими факторами, определяющими состояние пациентов, приобретают при холистическом подходе важное значение.

Психологический диагноз. Предпосылки содержательного подхода к определению психологического диагноза были намечены Л.С.Выготским и развивались позднее Д.Б.Элькониным, Л.А.Венгером, Н.Ф.Тальзиной и др. Однако до сих пор понятие психологического диагноза нельзя считать достаточно разработанным. На практике этот термин часто применяется в очень широком и неопределенном смысле как констатация количественной и/или качественной характеристики того или иного признака.

Психологический диагноз в клинике – это результат исследования различных аспектов структуры личности пациента и особенностей его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клинико-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления. Как нам представляется, в настоящее время следует приблизить его содержательно к активно разрабатываемому психологами в последние годы понятию «личностный адаптационный потенциал» [3, 9, 14, 20], центральной инстанцией которого является структура «Я», обеспечивающая согласование многообразных психических функций, управления ими, сохранение индивидуальности человека на всем протяжении его жизненного пути [18].

Для определения того, что личность утратила в результате заболевания, психологу необходимо выяснить не только уровень нарушений в познавательной и эмоционально-волевой сферах психологического функционирования, но и дифференцировать характер этих расстройств, что позволяет уточнить определенные аспекты процесса дифференциальной диагностики состояния пациента.

А для анализа психологических ресурсов больного надо исследовать следующие параметры: 1) особенности структуры личности; 2) наличие и харак-

тер интрапсихических конфликтов (или «структурного дефицита» по терминологии психодинамически ориентированных авторов); 3) особенности личностных адаптационно-компенсаторных образований (форм психологической защиты, механизмов совладания, внутренней картины болезни), которые носят «сквозной» характер, отражаясь на некоторых феноменах клинического диагноза, с одной стороны, и характеристиках социального диагноза – с другой [15].

Социальный диагноз. Реабилитация психически больных в наше время понимается как их ресоциализация, возможно более полное восстановление их индивидуальной и общественной ценности, лично-го и социального статуса.

Социальный диагноз включает характеристики социальной компетенции и внешних социальных ресурсов индивидуума.

Понятие «социальная компетенция» все еще остается слабо разработанной научной конструкцией, несмотря на растущее признание ее значимости практически во всех областях жизнедеятельности человека. В психиатрии под социальной компетенцией понимается имеющаяся у индивидуума потенциальная способность к эффективному взаимодействию с социальной средой [37]. Как известно, снижение или нарушение социальной компетенции приводит к вытеснению психически больных из сферы производства, утрате ими социальных связей; это обстоятельство требует значительных усилий по организации системы социальной поддержки людям с нарушениями психики, с привлечением к оказанию помощи специалистов по социальной работе и социальных работников.

Наиболее существенными в психиатрической клинике представляются следующие факторы, отражающие социальную компетентность пациентов: а) особенности социального статуса (в преморбидный пе-

риод и в настоящее время); б) наличие и особенности межличностных (интерперсональных) конфликтов в семье, на работе, в партнерских отношениях и других сферах деятельности.

Внешние социальные ресурсы, отражаемые в социальном диагнозе, касаются характеристик так называемой «социальной поддержки» – семьи и внесемейного окружения.

В результате формулирования клинического, психологического и социального диагнозов определяются параметры психического состояния больного, его психологические характеристики и особенности личностных психодинамических механизмов, важные характеристики социума, структура и выраженность личностной проблематики.

Однако полученный массив данных не дает достаточной информации о характере и уровне функционирования больного и его потенциальных адаптационных возможностях. Кроме того, оказываются неучтенными самоощущения пациента, мера его страдания, его ожидания и пожелания относительно своего здоровья и функционирования. В то же время, в современной медицине, связанной с развитием гуманистического направления, справедливо утвердилась точка зрения, согласно которой существенной целью терапии является хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие, что выражается в удовлетворении его потребностей и адаптации в физической, психологической и социальной сферах.

Такая ситуация в значительной степени способствовала возвращению интереса исследователей к понятию «функциональный диагноз» [15], системообразующим фактором которого является процесс адаптации и его осмысления как главенствующего показателя жизнедеятельности, уровня здоровья индивида.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Наука, 1980. 196 с.
2. Беляева Г.Г., Тарасова Л.А. Междисциплинарная интеграция как организационная форма новых технологий промышленной психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2000. № 5. С. 32–35.
3. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. 2008. № 1. С. 67–73.
4. Бутома Б.Г. Расстройства психонейроиммунного взаимодействия у больных эндогенными психическими заболеваниями: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 2008. 42 с.
5. Вассерман Л.И., Березин М.Н., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
6. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности // Сибирский психологический журнал. 2011. № 40. С. 129–135.
7. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2008. 512 с.
8. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4. С. 5–20.
9. Добряк С.Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. 24 с.
10. Жислин С.Г. К вопросу о роли эндокринного фактора в клинике шизофрении и психозов позднего возраста // Проблемы психиатрии. М., 1962. Т. 2. С. 3–19.
11. Каплан Г.И., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. 512 с.
12. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л.: Медицина, 1982. 272 с.
13. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1986. Т. 86, № 10. С. 1534–1538.
14. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2000. 229 с.
15. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: Гиппократ плюс, 2004. 336 с.
16. Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В.Лиманкина. СПб., 2009. Т. 1. С. 32–36.
17. Никифоров А.Л. Холизм // Новая философская энциклопедия. Том 4. М., 2001. (ISBN 5-244-00961-3. Интернет-версия статьи).
18. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В. Психическая предпатоология (превентивная диагностика и коррекция). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. 368 с.
19. Петрюк П.Т., Шевелев В.Н., Емельянов В.П., Петрюк А.П. МКБ-9 и МКБ-10: сходство, различия и трудности понимания // Таврический журнал психиатрии. 2005. Т. 9, № 3. С. 84–87.
20. Посохова С.Т. Настольная книга практического психолога. М.: АСТ, 2008. 671 с.

21. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р.Корсини, А.Аузрбаха. СПб.: Питер, 2006. 1996 с.
22. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. Юбилейная научная конференция с международным участием, посвященная 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. СПб., 2000. С. 58–60.
23. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 182 с.
24. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, КЖ, медико-социальная помощь б-ным. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 1.
25. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б.Ганнушкина. 2005. Т. 7, № 4. С. 3.
26. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем. М.: Медицина, 1984. 224 с.
27. Точиллов В.А. Классификация психических расстройств // Психиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 291–305.
28. Философский энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1983. 836 с.
29. Фролов Б.С., Рустанович А.В. О феноменологической и функциональной оценке состояния в психиатрии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1998. № 1. С. 66–68.
30. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 95, № 2. С. 114–118.
31. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. 1998. № 4. С. 5–8.
32. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М.: БИНОМ, 2012. 288 с.
33. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П. и соавт. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний). СПб.: Гиппократ+, 2008. 128 с.
34. Bertalanffy L. General System Theory – A Critical Review // General Systems. 1962. Vol. 7. P. 1–20.
35. Chung R., Langeluddecke P., Tennant C. Threatening life events in the onset of schizophrenia, schizophreniform psychosis and hypomania // Br. J. Psychiatry. 1986. Vol. 148. P. 680–685.
36. Engel G.L. Biopsychosocial model and medical education: who are to be the teacher? // N. Eng. J. Med. 1982. Vol. 306. P. 802–805.
37. Schröder H., Vorweg M. Sozial W. Kompetenzals Zielgrösse für Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensmodifikation / M.Vorweg (Hrsg.). Probleme der Persönlichkeitsforschung. Leipzig, 1978.
38. Zubin J., Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 1977. Vol. 86. P. 103–126.

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ. СООБЩЕНИЕ 1

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

В статье с позиций биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств рассматривается холистический (целостный) подход к диагностике психических расстройств. Холистический подход ориентирует исследователей не только на учет, но и на понимание взаимодействия физических, психических и социальных факторов, которые определяют функциональное состояние пациентов. В этом контексте авторы рассматривают роль, место и содержатель-

ные характеристики биологического, психологического, социального и функционального диагнозов. Указывается, что учет вышеперечисленных характеристик делает диагностический процесс наиболее всеобъемлющим.

Ключевые слова: биопсихосоциальная концепция, холистический подход, биологический диагноз, психологический диагноз, социальный диагноз, функциональный диагноз.

HOLISTIC DIAGNOSTIC APPROACH IN PSYCHIATRY. PAPER 1

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

The authors consider holistic approach towards diagnosis within framework of biopsychosocial concept of mental disorders development. Holistic approach orients researchers at understanding the interactions between physical, mental and social factors that determine patients' functional condition. In this perspective, the authors discuss the role, the

place and essential characteristics of biological, psychological, social and functional diagnoses. They emphasize that looking into mentioned characteristics makes diagnostic process more comprehensive.

Key words: biopsychosocial concept, holistic approach, biological diagnosis, psychological diagnosis, social diagnosis, functional diagnosis.

Коцюбинский Александр Петрович – доктор медицинских наук, профессор, 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