

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ. СООБЩЕНИЕ 1

А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

Среди основных функций нозологического диагноза в медицине выделены и являются общепризнанными следующие – определение причины патологического состояния и его типа течения, отграничение от других патологических состояний, нахождение предпочтительного способа терапии и дополнительных путей достижения здорового или компенсированного состояния заболевшего человека, установление исходного клинического прогноза. При этом в психиатрии в одних случаях нозологический диагноз вытекает непосредственно из этиологического фактора (например, при прогрессивном параличе), в других – определяется закономерностями течения и наиболее вероятного исхода (как в случае шизофрении и аффективных психозов), в третьих – отражает историю развития характера либо психогенных и экзогенных типов реакции.

Несмотря на разницу исходных положений, которые лежат в основе постановки нозологического диагноза, общим является то, что К.Ясперс (22) обозначил как «попытку ответить на вопрос, каким именно образом сочетаются симптомы в каждом отдельном случае... Клинические картины заболеваний, вызванных одинаковыми причинами, имеющих одинаковую фундаментальную психологическую форму, одинаковое развитие и течение, одинаковый исход и одинаковую мозговую патологию – то есть картины, в полной мере согласующиеся друг с другом – представляют собой настоящие, естественные нозологические единицы».

В то же время большинство психиатров столкнулись 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» (20). На это же обращали внимание и западные исследователи. Так, родоначальник динамической психиатрии Г.Аммон настоятельно обращал внимание на понимание жизни человека как процесса, «состоящего не только из здоровья и болезни, но из

повседневной жизни, работы, любви, то есть психического, биологического и социального функционирования» (цит. по 1).

По мнению Ю.Л.Нуллера (14), например, «нозологическая парадигма Э.Крепелина в психиатрии столкнулась с непреодолимыми трудностями», так как она не позволила провести четкой грани ни между эндогенными психозами, ни между психозами и пограничными состояниями. Возможно, поэтому в последнем пересмотре Международной классификации болезней (1994) с грустной иронией подчеркивается, что «понятие невроза было сохранено ... в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по-прежнему считать невротическими в их собственном понимании этого термина».

Причины отсутствия серьезного продвижения в психиатрии за последние полвека связываются в литературе с тем, что «в клинической психиатрии доминировала нозоцентрическая, клинко-биологическая доктрина с переоценкой значения синдромологических и нозологических схем» (15). Рассматривая это положение применительно к опыту отечественной психиатрии, можно отметить, что присущий отечественной психиатрии нозологический догматизм проявился даже в нормативных актах, сориентированных на нозологический диагноз, а не на целостную оценку больного.

Указанные выше тенденции «способствовали, – как полагает Ю.И. Полищук (15) – обезличиванию и десубъективизации пациента, дегуманизации психиатрии».

Обобщая накопившиеся противоречия, ряд ведущих отечественных психиатров считают, что в последние годы «психиатрический диагноз стал рассматриваться как абстракция, поскольку отдельные заболевания существуют лишь в воображении врача» (14).

Необходимость преодоления односторонности синдромально-нозологического диагноза в психиатрии отмечалась еще К.Ясперсом (22), который, рассматривая «триединую природу» основной

задачи – постижения души человека во всем ее объеме, выделял три цели: обнаружение конкретного заболевания (наука – нозология); обнаружение того, в чем именно состоит «свойство» данного индивида во всей совокупности его соматических, психических и духовных аспектов (наука – эйдология); изучение течения жизни во всей ее целостности (наука – биографика). Автор указывал, что «три подхода находятся в неразрывной связи; аналогично, три соответствующие им науки суть ответвления единой научной дисциплины».

Современный системный подход вместе со значительными достижениями в области нейрофизиологии, психофармакологии, психологии, психотерапии и математической статистики породил надежду на возможность достижения качественно нового уровня интеграции знаний о природе психических заболеваний и, следовательно, создание методов эффективной помощи пациентам.

Наиболее распространенными и известными универсальными многоосевыми психиатрическими систематиками, безусловно, являются последовательно сменяющие друг друга версии принятой в США классификации DSM. Изучение двух последних версий этих классификаций (DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1995) показывает, что многоосевая структура обеих систематик предусматривает выделение 5 диагностических осей. При этом I (клинические проявления), II (личностные расстройства и задержка умственного развития), III (соматические расстройства), V оси (обобщенная оценка функционирования) являются аналогичными. По IV оси в классификации DSM-III-R количественно (по 6-балльной шкале) оценивалась выраженность психотравмирующих воздействий, предшествовавших развитию (рецидиву) заболевания. В последней версии американской классификации (DSM-IV) эта диагностическая ось была исключена и заменена оценкой «психосоциальных и межличностных проблем», предполагающей качественную характеристику проблем в следующих сферах жизнедеятельности: ближайшее микроокружение, социальное окружение, образование, работа, жилище, материальное положение, оказание медицинской помощи, взаимоотношения с системой правосудия, другие значимые события.

Но в этих классификациях, несмотря на мультиаксиальность диагностической оценки, можно выделить ряд недостатков, отмеченных А.Е.Личко (11). Говоря о DSM-III-R, Б.С.Фролов и А.В.Рустанович (20) обращают внимание на отсутствие в этой диагностической системе общепринятого методического аппарата функциональной оценки психического состояния, а рекомендуемая в рамках DSM-III-R «Шкала обобщенной оценки» (GAS), предполагающая единственный цифровой показатель, является чрезмерно упрощенной и

недостаточно дифференцированной. Наличие в DSM-IV четвертой оси («психосоциальные проблемы и проблемы ближайшего окружения») не покрывает собой всего содержания, определяющего функциональное состояние пациента (9). Не разрешается эта задача и в многоосевой международной классификации МКБ-10: отсутствие единой теоретической концепции и учета выполнения больным социальной роли, а также определенная эклектичность МКБ-10 снижает ее научную ценность, хотя в ряде случаев она может успешно служить для прагматического решения некоторых проблем.

Возможно, именно вышеперечисленные факты породили в среде российских ученых естественный эвристический энтузиазм, который создал отдельное направление и, одновременно, проблему в клинической психиатрии – «функциональный диагноз». В этой новой системе взглядов общая психопатология оказалась лишь частью характеристики состояния пациента. Для целостного понимания того, как создать эффективную систему реабилитации больного, стало необходимым представление о его психологических и психосоциальных особенностях, а также об особенностях его окружения.

Концепция функционального диагноза в определенной мере совпадает с концепцией многомерного диагноза Э.Кречмера, при котором состояние пациента описывается в понятиях равно включенных (помимо биологических) психологических и социальных факторов. При этом, однако, Э.Кречмером не учитывались специфика и категориальные различия биологических явлений, с одной стороны, и психологических и психосоциальных – с другой.

Первоначально функциональная оценка состояния пациента рассматривалась в рамках задач врачебно-трудовой экспертизы (8, 13). В этом случае функциональный диагноз оказывался необходимым для определения правильного социально-трудового прогноза и базировался на основе изучения структуры, динамики и путей компенсации психического дефекта в конкретных условиях трудовой деятельности. Д.Е.Мелехов (12) по этому поводу писал следующее: «Трудовая деятельность должна изучаться как своего рода жизненный эксперимент, подобный проведенному в свое время А.А.Лазурским изучению детей в условиях школьного обучения как педагогического эксперимента». Похожей точки зрения в настоящее время придерживается группа американских ученых чикагской школы (23), разрабатывающих концепцию «реабилитационного диагноза». Последний, с точки зрения авторов концепции, состоит из трех частей: 1) общей реабилитационной цели, определяемой местом, которое пациент выбирает для работы и проживания в ближайший (от 6 до 24 мес.) период; 2) количественной (объем различных трудовых про-

цессов, с которыми больной может справиться) и качественной (успешность выполнения им различных трудовых процессов) оценки имеющихся у пациента социальных навыков; 3) ресурсов социальной поддержки больного.

Таким образом, на определенном этапе своего теоретического и практического развития «функциональный диагноз» имел вполне ограниченные и прагматичные цели. При этом идеи функционального диагноза (под названием «реабилитационный диагноз») не получили своего развития среди зарубежных исследователей.

В дальнейшем принятие «адаптационной» парадигмы в психиатрии, с которой несомненно связан интерес исследователей к изучению психосоциальных аспектов медицины, обусловило развитие реабилитационного направления, в рамках которого появилась необходимость в представлении о психологических особенностях пациента, а сами больные должны были рассматриваться как члены общества, а не как индивидуумы с этикеткой «сумасшедшие».

Так, Н. van Praag (26) в своей статье, посвященной тревожно-депрессивным расстройствам, акцентирует необходимость учета при постановке диагноза психологических особенностей пациента. С этой целью автор предлагает для решения проблемы иерархического доминирования более тяжелого диагноза (используемого в американской классификации психических расстройств) и проблемы первичности и вторичности при коморбидных состояниях ввести принципы «функционализации» и «вертикализации» психиатрической диагностики. При этом если «функционализация» позволяет детально, даже количественно определить, в каком компоненте психологического аппарата имеются отклонения от нормы, то «вертикализация» – ранжировать нарушения психологической функции по отношению к лежащему в их основе биологическому субстрату.

Другой автор – А. Antonovsky (24) – указывал на связь психологических адаптационно-компенсаторных механизмов не только с психопатологической симптоматикой, но и с ситуацией приспособления человека к окружающему миру, например, при потере работы, нарушении супружеских отношений, изменении места работы. В рамках этой концепции А. Antonovsky создал шкалу когеренции, которую определял как присущее любому человеку чувство уверенности, для формирования которого имеют существенное значение следующие составляющие: 1) структурированность и предсказуемость внешнего стимула; 2) доступность ресурсов, необходимых для того, чтобы справиться с этим стимулом; 3) возможность динамической смены внешней ситуации. При этом автор утверждает, что пациенты с высоким показателем по шкале когеренции оказываются способными для конструктивного использования копинг-стратегий не только по отношению

к психопатологической симптоматике, но и для приспособления человека к окружающему миру; в то же время у пациентов с низкими показателями по шкале когеренции такие возможности представлены в значительно меньшей степени.

В результате развития реабилитационного направления произошло принципиальное изменение в понимании «функционального диагноза», который стал центрироваться на личности самого больного и ситуации, в которой он существует (2–4, 7, 16, 17, 20, 21, 25, 27).

Среди работ, посвященных вопросам функциональной диагностики, заслуживают внимания исследования, проведенные В.М. Воловиком, позволившие ему рассматривать в качестве системообразующего фактора функционального диагноза адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие в конечном счете его биологический, психологический и социальный уровни адаптации. Это положение принципиально отличает функциональный диагноз от диагноза многомерного.

Вместе с тем концепция функционального диагноза в понимании В.М. Воловика оказалась не лишеной недостатков, приведя на практике к тому, что реальное содержание «функционального диагноза» стало представлять собой набор самых разных феноменов, в принципе отражавших очень доброкачественную, но и непосильную для практического врача историю болезни. Возможно, именно с этим связано изменение термина «функциональный диагноз» на термин «функциональная диагностика» в одной из последних работ В.М. Воловика (6). В то же время диагностика — это процесс сбора данных, а диагноз, по справедливому замечанию С.Б. Семицова (18), представляет собой «необходимость систематизировать явления». А вот как раз какого-либо способа или направления в сторону систематизации все более расширявшихся частей «функционального диагноза» В.М. Воловиком не предлагалось. В результате функциональный диагноз постепенно превращался в чрезвычайно обширный набор феноменов. Например, в монографии В.Д. Вида (3) он состоит из 560 различных признаков. Систематика, разработанная В.Д. Видом, предполагает оценку состояния больных по трем диагностическим измерениям: психопатологическая ось, психодинамическая ось («отражает нормализацию функционирования психодинамических личностных механизмов») и психосоциальная ось («отражает актуальное приспособление больного в различных областях социальной активности»).

Интересной представляется разработанная на кафедре психиатрии Военно-Медицинской академии многоосевая систематика психических расстройств, включающая и «нефеноменологические» (19) диагностические оси: 1) феноменологическая (психопатологический анализ со-

стояния); 2) уровневая (анализ выраженности психических расстройств); 3) функциональная (анализ особенностей адаптивного реагирования организма и личности, то есть оценка индивидуальных личностно-психологических характеристик и особенностей поведенческого реагирования больного); 4) психосоциальная (анализ качества социального функционирования, то есть изучение качества социальной адаптации) (21).

Каждая из перечисленных диагностических осей является, в свою очередь, многомерной и предполагает возможность квалификации состояния в разном объеме.

Многомерность феноменологической диагностики обеспечивается дополнением нозологических формулировок уточняющими синдромальными (а иногда и симптоматологическими) описаниями; указанием типов течения, фаз и стадий заболевания; квалификацией преморбидных или обусловленных болезнью изменений личности; оценкой качества ремиссии. Причем, перечисленные «дополнительные» характеристики состояния иногда имеют для выработки экспертного решения большее значение, чем «основной» диагноз. Такой подход согласуется с традициями отечественной психиатрии, в соответствии с которыми диагностический процесс всегда осуществляется на разных уровнях – симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом.

Использование в полном объеме уровневой диагностики базируется на данных экспертной (врачебной) оценки, осуществляемой с помощью «Шкалы обобщенной оценки функционирования» (GAF), используемой в классификации психических расстройств DSM-III-R (1987) и DSM-IV (1995) для интегральной характеристики тяжести состояния больных с психическими нарушениями.

При проведении функциональной диагностики выносится заключение о типе приспособительного поведения (5), который является основной диагностической категорией функционального диагноза в психиатрии и отражает устойчивые индивидуальные личностно-психологические особенности пациентов и, соответственно, специфику их поведенческого реагирования. Выделяется 4 типа приспособительного поведения: конструктивный, регрессивный, дезадаптивный и неопределенный (в тех случаях, когда особенности поведенческого реагирования не соответствуют ни одному из вышеуказанных типов либо проявляются сложным сочетанием характерных для них признаков).

Заключение об уровне социальной адаптации выносится по данным изучения сведений объективного и субъективного анамнеза. Качество социальной адаптации определяется в соответствии со специально разработанными критериями в основных сферах жизнедеятельности, к которым большинство авторов относят профессиональную деятельность, семью и межличностные отношения, быт и досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей. По каждому из указанных направлений уровень адаптации оценивается по пятибалльной шкале (10). Рассчитывается также интегральный показатель уровня социальной адаптации (как среднееарифметическое значение показателей в перечисленных выше сферах социального функционирования).

Как представляется, подобного рода подход, заключающийся в разрозненном рассмотрении различных факторов, окончательно размывает границы функционального диагноза и превращает его в систему тщательно фиксируемых различных вненозологических характеристик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон М. Динамическая психиатрия как интегративная концепция терапии психических расстройств // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 6. – С. 4–7.
2. 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.
3. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. – СПб., 1993. – 236 с.
4. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. – Л., 1975. – С. 79–90.
5. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией // Реабилитация больных психозами. – Л., 1981. – С. 62–71.
6. Воловик В.М. Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути ее практического решения // Ранняя реабилитация психически больных. – Л., 1984. – С. 5–15.
7. 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.
8. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. – М.: Биомедгиз, 1933. – С. 106–111.
9. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 5–20.
10. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. – СПб.: Гиппократ, 2004. – 336 с.
11. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л: Медгиз, 1989. – 216 с.
12. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М.: Медицина, 1963. – 198 с.
13. 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.
14. Нуллер Ю.Л. Смена парадигм в психиатрии // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1992. – № 1. – С. 13–19.
15. Полищук Ю.И. Должны ли психиатры отвергать экзистенциальный анализ? (обсуждение) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1991. – Вып. 6. – С. 130–132.
16. 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, 14–16 июня 2000 года. – СПб., 2000. – С. 58–60.
17. Рустанович А.В., Марченко А.А., Костюк Г.П. Многоосевая диагностика как методологическая основа прогноза в психиатрии //

Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Материалы конференции. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, 27–28 ноября 2003 года. – СПб., 2003. – С. 59–60.

18. Семичов С.Б. Антипсихиатрическое движение, его современное состояние // Медицина и идеология. – М., 1985. – С. 170–185.

19. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 182 с.

20. Фролов Б.С., Рустанович А.В. О феноменологической и функциональной оценке состояния в психиатрии // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1998. – № 1. – С. 66–68.

21. Шамрей В.К., Рустанович А.В., Мишуровский Э.Э. К вопросу о многоосевой оценке психического состояния // Психиатрические аспекты общемедицинской практики. Сборник тезисов научной конференции с международным участием 26–27 мая 2005г. – СПб., 2005. – С. 242–245.

22. Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – С. 680–740.

23. Anthony W., Cohen M., Farkas M. Psychiatric Rehabilitation. – Boston, 1992. – P. 59–73.

24. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale // Soc. Sci. Med. – 1993. – Vol. 36. – P. 725–733.

25. Kreyssig M. Die funktionale Diagnose als aktueller diagnostischer Ansatz in der Psychiatrie // Wiss. Z. Karl-Marx-Univ. – 1982. – Bd. 31, N 2. – S. 150–158.

26. van Praag H.M. Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать Gordiev узел // Медикография. – 1998. – Т. 57 (20; 2). – С. 27–34.

27. Weise K. Funktionale Diagnose bei chronisch psychisch Kranken // Rehabilitation chronisch-psychiatrisch Kranken – Diagnose, Prognose, Therapie. – Hannover, 1984. – S. 36–56.