

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ. СООБЩЕНИЕ 2

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

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

Если попробовать разобраться в том, действительно ли существует возможность интегрировать какие-то ключевые биографические, психологические и социальные сведения о больном в единую функционально-диагностическую систему, то прежде всего нужно ответить на вопрос, чего же недостает в информации, содержащей разнообразные и разнородные сведения о больном.

Очевидно, что наиболее существенным дефицитом будет отсутствие данных об особенностях его психологических защитных сил и об особенностях социальной поддержки, на которую может рассчитывать врач.

Рассмотрим эти блоки применительно к шизофрении.

А. Особенности психологических защитных сил пациента, обусловленные индивидуальными личностно-психологическими характеристиками (психологическая защита, копинг, внутренняя картина болезни), которые влияют на формирование типа приспособительного поведения и качества жизни в целом.

Под типом приспособительного поведения (качественные особенности социальной адаптации) понимается «биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью» (2). Наши исследования позволили считать клинически различающимися и достаточными как для практических, так и научных целей, следующие три типа приспособительного поведения больных шизофренией: конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты); регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты); морбидный.

В. Особенности социальной поддержки пациента заключаются во влиянии на клиническое и социальное восстановление больного различных семейных и внесемейных (производственно-формальных и дружески-неформальных) характеристик. Социальными ресурсами являются эмоциональная, материальная и информационная поддержка социального окружения.

Нами, с учетом новых данных, были пересмотрены подходы, осуществляемые В.М.Воловиком по отношению к функциональной диагностике. Проведенное исследование позволило выделить более компактные и, по большей части, квантифицированные характеристики, каждая из которых является суммирующей отдельных внешне-психологических признаков (психологических и психосоциальных), определяющих в конечном счете характер адаптационно-компенсаторных возможностей пациента.

Как представляется, функциональный диагноз должен состоять из 4 блоков и включать данные об особенностях:

1. Преморбидного биологического адаптационного потенциала.
2. Психологического блока психической адаптации.
3. Социального блока психической адаптации.
4. Блока социальной поддержки.

Рассмотрим эти блоки последовательно.

1. Преморбидный биологический блок адаптационного потенциала.

Наиболее важной является чувствительность индивидуума, то есть его когнитивная, психодинамическая, психофизическая и биогенетическая готовность реагировать развитием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода чувствительность существует в форме клинически скрытой уязвимости (8) и может проявляться вовне в форме психопатологического диатеза (3, 5).

2. Психологический блок психической адаптации.

Наиболее существенными являются четыре характеристики:

1) копинг – механизм адаптации, при помощи которого человек осознанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь обстоятельств, которые невозможно устранить;

2) психологическая защита – бессознательный процесс, регулирующий уровень эмоционального напряжения (главным образом тревогу);

3) внутренняя картина болезни – важнейшая подсистема психологической регуляции поведения человека, рассматриваемая в рамках вторичной психологической защиты (1);

4) личностный потенциал (личностные копинг-ресурсы) – совокупность психологических характеристик: особенности личностных функций, коммуникативные возможности, самооценка, субъективный контроль над жизненно важными ситуациями, потребностно-мотивационные и волевые характеристики, уровень притязаний и т.д.

По нашим данным эти психологические характеристики интегрируются в определенные стили защитно-совладающего поведения (конструктивность, девиантность, дефензивность, зависимость и морбидность) и являются психологическим обеспечением качественной характеристики социальной адаптации (характера приспособительного поведения), что подтверждает правомерность выделенных нами вариантов приспособительного поведения и свидетельствует, что последние есть результат сложного комплекса интрапсихических процессов, которые не исчерпываются только копингом или только психологической защитой. Так, определяемый с помощью психологических методик конструктивный защитно-совладающий стиль оказался связанным с клинически верифицируемым конструктивным типом приспособительного поведения, девиантный – с искаженно-деятельным типом приспособительного поведения, дефензивный – с защитно-ограждающим типом приспособительного поведения, зависимый – с зависимым вариантом приспособительного поведения, морбидный – с морбидным вариантом приспособительного поведения.

5) качество жизни – это, по определению ВОЗ, «восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (6, 7). С этой точки зрения, медицинское определение «качества жизни» – это субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем.

3. Социальный блок психической адаптации.

Наиболее существенными являются следующие характеристики:

1) характеристика преморбидного социального статуса – а) уровень образования пациента, имевшийся до манифестных проявлений заболевания; б) наличие у него квалифицированной профессии;

2) уровень достижения в различных сферах социального функционирования.

Под уровнем достижения в различных социальных сферах понимается количественная оценка социальной адаптации – мера успешности функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общественных норм. Нами при изучении количе-

ственной характеристики (уровня) социальной адаптации фиксировалось 7 сфер социального функционирования: производственная; межличностных отношений; воспитания детей; отношений с родителями; организации быта; сексуальных отношений.

4. Блок социальной поддержки (социальные копинг-ресурсы).

При определении блока социальной поддержки наиболее существенными являются две характеристики:

1) «семейные» характеристики блока социальной поддержки (всего их шесть), а именно – а) более ригидные (гиперпротективность, симбиоз/эмоциональная дистанция, социальная дистанция); б) более «реактивные», «динамичные» (характер ожиданий, эмоциональная экспрессия, семейная нагрузка);

2) внесемейные характеристики блока социальной поддержки (всего их три), а именно – а) позиция индивидуума в формальной и неформальной среде; б) отношение к нему со стороны формального и неформального окружения; в) влияние, оказываемое на него формальным и неформальным окружением.

Какое же место в диагностической системе психического состояния должен занять «функциональный диагноз»? С точки зрения системной теории Л.Берталанфи любая система, во-первых, состоит из подсистем, во-вторых, определяется как набор связанных между собой объектов, причем каждый из объектов является компонентом системы, имеет свои атрибуты (или свойства) и связи, скрепляющие систему в определенную целостность.

С этой точки зрения «функциональный диагноз» – это подсистема клинического диагноза, системообразующим фактором которого являются адаптационно-компенсаторные возможности больного. В противном случае функциональный диагноз является лишь способом найти общий язык между представителями разных специальностей (врачами, психологами и социальными работниками). Целостность функционального подхода, при котором семиотика расстройств определяется большей частью с помощью тестов, позволяет выделить своеобразные «синдромы» адаптационной несостоятельности больных.

Развиваемые в рамках функционального диагноза представления об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе как клинического, так психологического и социального восстановления, позволяют:

- точнее оценить потенциально имеющиеся адаптивно-компенсаторные возможности пациентов;

- конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения, направленные на: 1) устранение актуальных факторов, которые способствуют снижению адаптивных возможностей больных, хронизации болезни и инвалидизации пациентов; 2) оказание помощи больному в его адап-

тации к микросоциальной среде (производственной, семейной, бытовой) и адаптации среды к нему, то есть на максимальное восстановление уровня функционирования пациента в значимых социальных сферах;

- достичь хорошего или удовлетворительного качества жизни.

Как представляется, с этой точки зрения функциональный диагноз – это прежде всего диагноз особенностей адаптации больного в предболезненном и реконвалесцентном периодах.

Анализ связи характеристик внутри блоков функционального диагноза, а также между блоками функционального диагноза, с одной стороны, а также связи между функциональным диагнозом и синдромом синдромально-нозологическим и психотерапевтическим – с другой, могло бы уточнить концепцию «функционального диагноза», сделать его возможным для практического использования и превратить в реальную структуру со своими границами и местом в клинической психиатрической диагностике.

При этом важно представлять, что функциональный диагноз нацелен на уточнение адаптационно-компенсаторных возможностей пациента и той ситуации, в которой он находится (что определяет прежде всего представление о социальном прогнозе пациента и направлении конструируемой реабилитационной программы), нозологический – на выявление особенностей проявления заболевания (что определяет прежде всего клинический прогноз и направление психофармакологических воздействий), а психотерапевтический – на уточнение внутренних и внешних конфликтов (что определяет особенности функционирования психодинамических личностных механизмов и направление психокоррекционных воздействий). Разумеется, как синдромально-нозологический, так и психотерапевтический диагнозы также оказывают влияние на социальный прогноз пациента.

Распространенным аргументом противников использования функционального диагноза, равно как и многоосевых классификаций вообще, является их

якобы «антиклинический» характер. Такой подход, по мнению А.В.Рустановича (4), наоборот, обусловлен недооценкой возможностей клинического психиатрического метода. Действительно, в последние годы термин «клинический метод» иногда рассматривается как синоним понятий «психопатологическая оценка состояния», «клинико-психопатологический метод», то есть ассоциируется с феноменологическим, направленным на выявление и распознавание болезненных проявлений, подходом. В то же время диагностические возможности этого метода в психиатрии, безусловно, значительно шире и позволяют оценивать не только болезненно измененные стороны психической деятельности и выраженность этих изменений, но и «здоровую», «сохранную» часть личности, ее адаптационный потенциал.

Обобщая изложенные выше представления, можно отметить, что включение в клиническую методологию функционального диагноза предполагает его использование в полном, первоначальном, а не в усеченном и редуцированном виде и способствует проведению углубленного и дифференцированного анализа различных (а не только болезненно измененных) аспектов жизнедеятельности человека. Это представляется особенно важным, так как известно, что даже при аналогичных феноменологических проявлениях заболевания (и, соответственно, одинаковых диагнозах) социальное функционирование оказывается у разных больных совершенно разным. Комплексный учет характеристик функционального состояния человека позволяет индивидуализировать диагностическую оценку, оптимизировать на этой основе тактику лечебных и реабилитационных мероприятий, индивидуализировать социальный прогноз а, значит, способствует преодолению «ярлыкового» характера психиатрической диагностики и, в конечном счете — повышению качества жизни лиц с психическими расстройствами (4). Это позволяет рассматривать функциональный диагноз в русле гуманистических тенденций современного этапа развития психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. – СПб., 1993. – 236 с.
2. 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.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обозр. психiatr. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 203–212.
4. 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.
5. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 5–8.
6. Kuyken W., Orley J., Hudelson P., Sartorius N. Quality of life assessment across cultures // Int. J. Ment. Health. – 1994. – Vol. 23, N 2. – P. 5–27.
7. WHOQOL: Study protocol. Division of mental health. – Geneva, 1993.
8. Zubin J., Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. – 1977. – Vol. 86. – P. 103–126.