ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ

Санкт-Петербург
СпецЛит

УДК 616.89
Ф94

Авторы:

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева;

Шейнина Нина Семеновна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева;

Бурковский Георгий Васильевич — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева;

Аристова Татьяна Алексеевна — кандидат психологических наук, доцент, медицинский психолог психо-неврологического диспансера № 10 Санкт-Петербурга;

Бутома Борис Георгиевич — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева

Рецензенты:

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;

Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ

Функциональный диагноз в психиатрии / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Г. В. Бурковский [и др.]. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 231 с.
Ф94 ISBN 978-5-299-00504-2

Монография посвящена современной разработке функционального диагноза, позволяющего всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и функционировании пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения. Анализ характеристик клинико-биологического, психологического и социального блоков функционального диагноза и его интегративных показателей позволяет конструировать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных. Это особенно актуально при бригадных формах курации психически больных, поскольку позволяет специалистам разного профиля сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из членов бригады.

Книга ориентирована на врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников.

УДК 616.89

ISBN 978-5-299-00504-2

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения 5

Предисловие 7

Введение 8

Глава 1. Методологическое обоснование функциональной диагностики при эндогенных психических заболеваниях 12

Глава 2. Клинико-биологический блок функционального диагноза 27

2.1. Показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала 27

2.2. Психопатологические расстройства 37

2.3. Тип течения заболевания 54

2.4. Скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность заболевания) 54

2.5. Острота состояния 55

2.6. Результирующий показатель биологического функционирования — клинический диагноз 55

Глава 3. Психологический блок функционального диагноза 57

3.1. Адаптационный потенциал личности 57

3.2. Основные характеристики психологической адаптации психически больных 76

3.2.1. Особенности различных сфер психологического функционирования 77

3.2.2. Личностные особенности пациента 81

3.2.3. Механизмы психологической адаптации 83

3.2.4. Психологические внутриличностные конфликты 85

3.2.5. Результирующий показатель психологического функционирования – психологический диагноз 88

Глава 4. Социальный блок функционального диагноза 89

4.1. Социальный статус больного 91

4.2. Характеристики социальной поддержки 91

4.2.1. Семья 92

4.2.2. Внесемейное окружение 94

4.3. Результирующий показатель социального функционирования — социальный диагноз 95

4.3.1. Социальные проблемы 95

4.3.2. Межличностные конфликты 96

Глава 5. Интегративные характеристики функционального диагноза 97

5.1. Характеристика биологической адаптации — динамика психического состояния 98

5.2. Характеристика психологической адаптации 115

5.2.1. Особенности приспособительного поведения 115
5.2.2. Особенности качества жизни 125
5.3. Характеристика социальной адаптации — уровень функционирования в различных социальных сферах 164
Заключение 178
Литература 185
Приложения 211
Приложение 1. Кодировочная карта 211
Приложение 2. Анкета шкалы ПКЖ2Ф 223
Приложение 3. Расчетные формулы шкалы ПКЖ2Ф 227

Глава 1

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Первые попытки расширения нозологически центрированной диагностики принадлежат Э. Кречмеру. Концепция многомерного диагноза Э. Кречмера предполагает описание состояния пациента в равно включенных биологических, психологических и социальных параметрах.

В настоящее время во многих странах Европы и в нашей стране используется многоосевая классификация психических расстройств МКБ-10. Эта классификация основывается на опыте практической работы, ограничивается относительно легко определяемыми признаками, оперирует категориями, которые часто выражаются одним словом или 3—5-значным числом.

Согласно ее положениям, диагностика ориентируется на отдельного больного, диагнозы формулируются подробно и состоят из многих частей, учитывающих нозологическую принадлежность (где это возможно), основной синдром, факультативные синдромы, характер течения болезни, состояния, обусловившие необходимость обращения за психиатрической помощью, преморбидные, в том числе конституционально-личностные особенности, сопутствующие соматические заболевания.

При этом **первая ось** психиатрического раздела МКБ-10 включает клинические диагнозы психического заболевания и расстройства личности.

Вторая ось предназначена для определения нетрудоспособности; она разбита на четыре специфических ранга, оценивающих:

1) самообслуживание;
2) трудовую деятельность;
3) деятельность в семье и дома;
4) жизнедеятельность в широком социальном смысле.

Третья ось отмечает факторы окружающей среды и образа жизни, влияющие на патогенез и течение заболевания пациента (так называемые контекстуальные факторы), которые в некоторой степени призваны заменить этиологические факторы. К контекстуальным факторам относятся:

1) негативные события детства;
2) образование и воспитание;
3) первичная поддержка окружающих, включая семью;
4) социальное окружение;

5) трудовая деятельность;
6) домашние и экономические обстоятельства;
7) физическая окружающая среда;
8) определенные психосоциальные обстоятельства;
9) юридические обстоятельства;
10) семейные болезни и инвалидность;
11) образ жизни или трудности организации жизнедеятельности.

По мнению П. Т. Петрюка [и др.] (2005), МКБ-10, являясь многоосевой диагностикой (описание индивидуума может осуществляться по нескольким осям, каждая из которых характеризуется специфическим содержанием), отражает чаще всего разные аспекты классифицируемого параметра и во многом не является теоретически обоснованной.

Не случайно во введении к МКБ-10 указывается, что «настоящие описания и указания не несут в себе теоретического смысла, и они не претендуют на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах. Они представляют собой просто группы симптомов и комментарии, относительно которых большое число советников и консультантов во многих странах мира договорились как о приемлемой основе определения границ категорий и классификации психических расстройств».

Следует отметить, что в практической работе российские специалисты всегда используют лишь первую ось, а «при отсутствии (других) осей потеряна направленность выбора лечения: биологического, социального или психотерапии» (Точилов В. А., 2009). Действительно, без многоосевого подхода смысл классификации теряется, так как отсутствует нацеленность на оказание помощи.

Как отмечает В. А. Точилов (2010), разработчики МКБ-10 исходили из того, что международная классификация необходима для взаимопонимания врачей при обсуждении состояния пациента, его прогноза и лечения, сравнения результатов исследований, проводимых в разных странах. При этом решались следующие задачи.

1. *Поиск метода клинического (психопатологического) обследования*, необходимого для единообразного понимания больных. Обычная клиническая беседа не отвечала этому запросу. Нередко специалист получает от больного только ту информацию, которую ищет. Для преодоления этого за рубежом были созданы стандартизированные схемы опроса **(**«Present State Examination» («Обследование статуса») — PSE; «Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia» («Каталог аффективных расстройств и шизофрении») — SADS; «Diagnostic Interview Schedule» («Диагностический опросник») — DIS и др.**)**. Все они содержат наборы симптомов (признаков), которые необходимо выявить, их определения и инструкции по оценке степени тяжести состояния.

Применение опросников носило механический характер. Пользоваться ими могли и неспециалисты. Таким образом, исследование психического статуса и процесс сбора анамнеза, которые в психиатрии всегда являлись основными методами оценки, заменили на стандартные опросники. Опыт показал, что такой подход препятствует глубокому изучению пациента. По мнению N. C. Andreasen (2007), это способствовало дегуманизации психиатрической практики.

2. *Повышение надежности диагностики.* В процессе пересмотра симптоматики психических заболеваний упразднили общую психопатологию: в большинстве современных американских и европейских руководств такого раздела нет. Вместо этого предложены «диагностические критерии», которые отнюдь не являются синонимами симптомов. Критерии — это не просто характерные, специфические симптомы, а дискриминирующие признаки. Они, как правило, наблюдаются при данном заболевании и редко встречаются при других. Они могут быть не особенно важны для пациента в субъективном отношении и даже несущественны для выбора терапии, но имеют большое значение для установления диагноза.

На наш взгляд, диагностические критерии могут быть представлены описательными формулировками, как в МКБ-10, или более точными операциональными определениями, как в DSM-III-R, но их нельзя путать с симптомами, а тем более — с синдромами.

А. Б. Смулевич [и др.] (1992) полагают, что МКБ-10 (как и другие современные классификации) отражает сложные преобразовательные процессы в клинической психиатрии, вступающей в «постнозологический период своего развития». Признание психиатрической общественностью МКБ-10, как пишет Н. А. Корнетов (1998), означает переход на единый с западноевропейскими странами диагностический язык во имя продвижения интеллектуальной части реформы психиатрии, интеграции с мировым психиатрическим сообществом. Однако, как отмечает В. А. Точилов (2010), это «переход к уровню анозологичному, сугубо описательному, причем основанному не на принципах клинической медицины, но — медицины доказательной».

«При наличии претензий на исчерпывающее описание патологических явлений, — подчеркивает В. А. Точилов (2009), — в ней нет теоретического смысла и научности, при этом основная цель заключается в сведении к минимуму произвольных диагностических заключений и обеспечении высокой воспроизводимости результата. <...> Возможно, следует разделить сферы влияния и оставить для психиатров концептуальную, научную классификацию, а МКБ-10 применять лишь для статистических исследований». Кроме того, при разработке МКБ-10 было продекларировано, что она не должна под-

менять собой существующие национальные классификации, но у нас об этом, к сожалению, абсолютно забыли.

Таким образом, отсутствие единой теоретической концепции, а также определенная эклектичность и клиническая недостаточность МКБ-10 (Макушкин Е. В., 2007) снижает ее научную ценность, хотя в ряде случаев она может успешно служить для прагматического решения некоторых, в основном статистических, проблем.

В значительной мере недостатки МКБ-10 нивелируются в классификациях психических расстройств, применяемых в США (Каплан Г. И., Сэдок Б., 1994).

Согласно DSM-IV, ближе подошедшей к биопсихосоциальному рассмотрению психических расстройств, цель мультиаксиального подхода — систематизировать оценку больного с привлечением внимания к различным аспектам имеющихся у него психических расстройств, общему медицинскому состоянию и психосоциальным характеристикам, что позволяет рассматривать состояние пациента более широко и полно. Эта многоосевая диагностика предусматривает удобный формат для описания гетерогенности индивидуумов с одним диагнозом.

Однако и в этом подходе можно выделить ряд недостатков. Так, Б. С. Фролов и А. В. Рустанович (1998) 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 of Functioning Scale — GAF), предполагающая суммарную оценку уровня функционирования, выраженную в единственном цифровом показателе, является чрезмерно упрощенной и недостаточно дифференцированной.

В DSM-IV существует **пять осей**, включенных в мультиаксиальную классификацию.

Ось I. Клинические нарушения (за исключением личностных расстройств и психических задержек, которые описываются по оси II). Сюда включаются разнообразные в этиопатогенетическом смысле состояния.

Ось II. Личностные расстройства и задержки умственного развития. Используется для диагностики личностных расстройств и психических задержек. Эта ось также может быть использована для описания выраженных нарушений адаптации и защитных механизмов. Учет по отдельной оси личностных расстройств и психической ретардации, часто не диагностируемых и не замечаемых врачами (в силу их «перекрывания» более яркой и/или грубой симптоматикой, относящейся к оси I), является важным и необходимым для целостного понимания состояния больного.

Ось III. Соматические расстройства. Ось предназначена для описания соматического состояния в настоящий момент и содержит коды, заимствованные из МКБ-9 (Международной классификации болезней, травм и причин смерти). Изменение психического состояния может быть физиологически обусловлено соматическим расстройством (например, расстройство настроения в клинической картине гипотиреоидизма), а может представлять собой реакцию пациента на тяжелое соматическое заболевание. Включаются также особенности соматического состояния, которые могут иметь значение при проведении психофармакологической терапии (например, при лечении депрессивного расстройства у больного с аритмией). Эклектичность содержания этой оси не вызывает сомнений, что делает ее сложной для трактовки и единообразного понимания.

Ось IV. Психосоциальные и межличностные проблемы. Психосоциальные и межличностные проблемы, которые могут повлиять на диагностику, прогноз и лечение психических заболеваний — это негативные жизненные события, семейные проблемы или какой-либо другой интерперсональный стресс, неадекватная социальная поддержка и т. д.

Следует, однако, отметить, что наличие в DSM-IV четвертой оси («психосоциальные и межличностные проблемы») не покрывает собой всего содержания, определяющего функциональное состояние пациента (Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 1998).

Ось V. Обобщенная оценка функционирования. Позволяет клиницисту судить об индивидуальном общем уровне функционирования пациента. С этой целью используется глобальная оценка по шкале функционирования (Global Assessment of Functioning Scale — GAF), представляющая собой оценку психологической, социальной и профессиональной деятельности по гипотетическому континууму «психическое здоровье — болезнь» (Endicott J. [et al.], 1976). В нее не включаются нарушения, вызванные физическими ограничениями или ограничениями, связанными с обстоятельствами жизни.

В большинстве случаев оценка по шкале GAF касается момента измерения, но может относиться и к наименьшему уровню функционирования пациента за последнюю неделю. В ряде случаев полезно измерять уровень функционирования на момент поступления и выписки. GAF может быть отнесена и к другому временному периоду (например, наиболее высокий уровень функционирования за последние несколько месяцев в течение года). Однако недостатком этой оси является излишне обобщенная оценка целостного (психологического и социального) функционирования пациента.

Таким образом, одним из достоинств многоосевого способа оценки состояния пациента является его более дифференцированное изучение (относительно одномерного рассмотрения). В то же время такое, су-

губо прагматическое, направление оказалось связанным с некоторыми теоретическими потерями. Отсутствие четкого представления об «удельном весе» фиксируемых параметров приводит к эклектичности и недостаточной структурированности данных, с помощью которых необходимо разрабатывать программы восстановления психически больных. Как подчеркивает В. А. Точилов (2009), «... объем собираемой в соответствии с требованиями DSM-IV и МКБ-10 информации, касающийся жизненного пути, — только верхушка айсберга, представляющего необходимые сведения». Кроме того, следует отметить, что классификация DSM-IV также не опирается на теоретическое обоснование.

Спору нет, создателями новых классификационных систем проведена колоссальная работа. Как отмечает В. А. Точилов (2010), «результат достигнут, но какой ценой? Можно не замечать наших утрат, делать вид, что ничего не произошло. Но дальше положение в российской (теперь — американизированной) психиатрической науке будет только усугубляться». Можно согласиться с неудовлетворенностью, недавно высказанной N. C. Andreasen (2007): «Применение высоких технологий без сочетания с благоразумным клиническим подходом, которым должны владеть специалисты в области психопатологии, будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище».

Национальная классификация лишь отчасти должна служить целям статистики. Основной ее задачей является систематизация различных видов психических расстройств в соответствии с господствующими в определенный период научными представлениями, а также взглядами психиатров данной страны (научной школы) на природу болезненных нарушений психической деятельности. Она обязательно должна носить концептуальный характер, поскольку на ее основе строится преподавание психиатрии и проводятся научные исследования как фундаментального, так и прикладного характера (Котов В. П. [и др.], 2010).

В соответствии с этим диагноз, как считают В. П. Котов [и др.] (2010), должен отражать творческую работу врача. С одной стороны, в нем должна быть четко обозначена природа заболевания с однозначным отнесением его к тому или иному классу психических расстройств. С другой стороны, должны быть подчеркнуты индивидуальные клинические особенности пациента и отражена степень нарушения функций (функциональный диагноз), особенно имеющих социальное значение. Выполнение этих требований не должно быть связано с соблюдением формальностей, позволяющих правильно кодировать поставленный диагноз в рамках предложенной систематики, но ничего не дающих для выработки диагностической,

лечебно-реабилитационной, экспертной стратегии в отношении данного пациента.

Сказанное обусловило то, что в последние годы возникла необходимость в многоосевом диагностическом подходе, который бы базировался на определенных теоретических концепциях.

Мак-Клэйн и коллеги отмечают, что благодаря публикации в 1977 г. работы Энгела «Потребность в новой медицинской модели: вызов медицине» в психиатрии была признана необходимость интегративного подхода, сейчас известного как **биопсихосоциальная модель развития заболевания** (McClain T., O'Sullivan P. S., Clardy J. A., 2004; Коцюбинский А. П. [и др.], 2004; Незнанов Н. Г., Акименко М. А., Коцюбинский А. П., 2007). «Отражая сложный мультифакториальный характер патологии, — считает Н. Г. Незнанов (2009), — биопсихосоциальная модель формирует комплексный подход к изучению и лечению психических расстройств, смещая акцент с поиска главного фактора на установление характера их взаимодействий».

Возникновение реабилитационного направления, в рамках которого пациенты стали рассматриваться как члены общества, а не как индивидуумы с этикеткой «сумасшедшие», явилось необходимой основой для формирования современной биопсихосоциальной парадигмы психических расстройств и способствовало появлению интереса исследователей к изучению психологических особенностей пациентов и характеру их социального приспособления.

По мнению К. В. Ягнюк (2009), в данный момент биопсихосоциальная модель считается широко принятым способом синтеза информации в психиатрии. Обзор литературы и исследование МакКлэйн и коллег демонстрируют, что, хотя владение современной методикой диагностики считается важнейшим навыком практикующих психиатров, начинающие специалисты явно недостаточно владеют способностью создавать биопсихосоциальную «формулировку случая» на достаточно компетентном уровне, особенно в части ее психологической и социальной составляющих.

В то же время все большее распространение получает **«адаптационная» концепция в психиатрии**, с которой связано диатез-стрессовое (уязвимость-диатез-стрессовое) понимание механизмов многих психических расстройств. В рамках этой концепции ключевую роль играет представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, определяющих течение заболевания.

Рассмотрим содержание понятий «адаптация» и «компенсация».

Адаптация — это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как слож-

ной системы) во взаимодействии со средой (Воложин А. И., Субботин Ю. К., 1987).

Психическая адаптация — это процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды, позволяющий устанавливать оптимальные с ней соотношения и вместе с тем удовлетворять свои актуальные потребности (Александровский Ю. А., 1976; Березин Ф. Б., 1988).

Компенсация — реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов (Ануфриев А. К., 1974). Можно сказать, что при компенсации используются ресурсы, выходящие за пределы адаптивной системы, но вместе с тем входящие в защитную (приспособительную) систему организма.

Адаптацию и компенсацию мы понимаем как перманентно существующие процессы, составляющие сущность жизнедеятельности любого организма и представляющие составные элементы единого процесса — приспособления, направленного на выживание и развитие индивидуума. При этом следует подчеркнуть, что категории «адаптация» и «компенсация» приложимы как к нормальным, так и к патологическим явлениям (Давыдовский И. В., 1962). Т. Б. Дмитриева (2007) рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функций, направленной на поддержание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой. С точки зрения В. Д. Трошина (2007), «Приспособительные реакции конкретного организма зависят от того, насколько защитные механизмы приспособлены к патологическому взаимодействию с патогеном. <...> Они выражаются в изменении определенных характеристик организма при сохранении его жизнедеятельности».

A. Antonovsky (1993) 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 A. 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 конструктивно использовать копинг-стратегии не только по отношению к психопатологической симптоматике, но и для приспособления к окружающему миру; у пациентов с низкими показателями по шкале когеренции такие возможности представлены в значительно меньшей степени.

Адаптационно-компенсаторная парадигма, с одной стороны, сделала более осмысленным и продуктивным изучение механизмов взаимодействия внешних и внутренних стрессорных факторов, вызывающих изменения в трансмиттерных системах мозга, что, безусловно, способствовало развитию нового направления в изучении патофизиологических основ патогенеза заболевания. С другой стороны, в этой концепции явно недостаточно разработанными (хотя и не отвергаемыми) являются представления об участии в эндогенном процессе личностных механизмов адаптации. Результаты взаимодействия патофизиологических и психологических адаптационно-компенсаторных механизмов отражаются на формировании социальной компетенции пациента, определяющей особенности его социального функционирования.

Адаптационная концепция вместе со значительными достижениями в области нейрофизиологии, психофармакологии, психологии, психотерапии и математической статистики породила не только надежду на возможность достижения качественно нового уровня интеграции знаний о природе психических заболеваний и, следовательно, создание методов эффективной помощи пациентам, но и сделала необходимым использование **системного подхода**.

С точки зрения автора общей теории систем Л. Берталанфи (Bertalanffy L. von, 1962), любая система состоит из подсистем и определяется как набор связанных между собой объектов, причем каждый из них является компонентом системы, имеет свои свойства и связи, скрепляющие систему. Как полагает П. К. Анохин (1980), системная теория Л. Берталанфи не фокусирует внимание ученых на необходимости вскрытия того фактора, который из множества компонентов с беспорядочным взаимодействием организует «упорядоченное множество» — систему. Отсутствие же системообразующего фактора не дает возможности установить изоморфность (аналогичность по виду или форме) между явлениями различного класса и в силу этого не может сделать теорию общей.

Согласно П. К. Анохину (1975), **теория функциональных систем** должна строиться на следующих положениях:

1) теория может получить право быть общей только в том случае, если она вскрывает и объединяет в себе такие закономерности

процессов или механизмов, которые являются изоморфными для различных классов явлений;

2) изоморфизм явлений различных классов может быть выявлен только в том случае, если мы найдем достаточно убедительный критерий изоморфности;

3) для принятия «общей теории систем», пригодной для различных классов явлений, наиболее важной является изоморфность системообразующего фактора.

В силу этого системой можно назвать только такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, взаимодействие составляющих которых направлено на получение фокусированного полезного результата. Приспособительный результат, полезный для организма, и непрерывное поступление в регуляторный аппарат информации о степени его достижения являются неотъемлемыми и решающими компонентами системы, инструментами, обеспечивающими взаимодействие между всеми периферическими и центральными ее составляющими (Анохин П. К., 1975, 1980; Судаков К. В., 2003; Шанин В. Ю., Кропотов С. П., 1997; Шанин В. Ю., 2003).

Таким образом, основным постулатом теории функциональных систем является положение о том, что ведущим системообразующим фактором является полезный для системы и организма приспособительный результат. В качестве полезных приспособительных результатов, определяющих нормальные условия деятельности различных факторов системы, выступают функциональные подсистемы разного уровня: от показателей молекулярных реакций гомеостаза, характеристик течения метаболических процессов организма до результатов сложных поведенческих актов. Целый организм, таким образом, представляет собой чрезвычайное множество слаженно взаимодействующих функциональных систем биологического, поведенческого и психического уровней. При этом функциональные системы организма представляют собой динамические, самоорганизующиеся и саморегулирующиеся построения (Анохин П. К., 1980, Судаков К. В., 1984).

Теория функциональных систем (Bertalanffy L. von, 1962; Анохин П. К., 1975, 1980; Судаков К. В., 1984) явилась теоретической базой для построения современных представлений о функциональном диагнозе.

Понятие **функциональный диагноз** как средство, раскрывающее механизм болезней, ввел в клинический обиход С. П. Боткин для оценки приспособительных реакций и компенсаторных возможностей больного. М. П. Кончаловский (1935), много сделавший для разработки функционального диагноза в клинике внутренних болезней, рассматривал его в качестве одного из элементов клинического

диагноза. М. С. Вовси (1936) 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 (Гейер Т. А., 1933; Мелехов Д. Е., 1977). 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 (1963) по этому поводу писал: «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». На определенном этапе своего теоретического и практического развития функциональный диагноз имел вполне ограниченные и прагматичные цели.

Адаптационная концепция в психиатрии в значительной степени способствовала возвращению интереса исследователей к понятию «функциональный диагноз». В этой новой системе взглядов для целостного понимания больного и представлений о том, как создать эффективную систему его реабилитации, стал необходимым учет не только особенностей психопатологических проявлений заболевания, но и психологических и социальных характеристик пациента, а также данных о его окружении (Вайзе К., Воловик В. М., 1980; Кабанов М. М., 1978; Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., 1998; Коцюбинский А. П., Зайцев В. В., 2004).

Начиная с работ В. М. Воловика (1981), в качестве системообразующего фактора в функциональном диагнозе фактически рассматривались адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие, как показали дальнейшие исследования, его клинико-биологический, психологический и психосоциальный уровень адаптации (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004). Это положение принципиально отличает функциональный диагноз от диагноза многомерного.

К. Вайзе и В. М. Воловик (1980) рассматривали функциональный диагноз как системный анализ уровня и характера дисфункции, под которой понимается нарушение адаптивного поведения и социальной деятельности пациента.

Вместе с тем концепция функционального диагноза в понимании В. М. Воловика оказалась не лишенной недостатков. На практике реальное содержание функционального диагноза превратилось в функциональную диагностику и стало представлять собой обшир-

ный 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 (1984). В результате функциональный диагноз постепенно превращался в чрезвычайно обширный набор феноменов. Например, в монографии В. Д. Вида (2008) он состоит из 560 различных признаков. Систематика этих признаков проводилась по трем диагностическим измерениям, которые, как базовые составляющие функционального диагноза, сохранились (хотя дополнялись, уточнялись и расширялись) в диагностических моделях, предлагаемых другими авторами: психопатологическая ось, психодинамическая ось («отражает нормализацию функционирования психодинамических личностных механизмов») и психосоциальная ось («отражает актуальное приспособление больного в различных областях социальной активности»).

Так, интересной представляется разработанная на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова многоосевая систематика психических расстройств, в которой использованы некоторые параметры функциональной диагностики В. М. Воловика и В. Д. Вида. Она включает следующие диагностические оси (Рустанович А. В., Фролов Б. С., 2001; Шамрей В. К., Рустанович А. В., Мишуровский Э. Э., 2005):

1) феноменологическая;
2) уровневая;
3) функциональная;
4) психосоциальная.

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

Феноменологическая ось — психопатологический анализ состояния. 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.

Уровневая ось — анализ выраженности психических расстройств. Использование в полном объеме уровневой диагностики базируется на данных экспертной (врачебной) оценки, осуществляемой с помо-

щью шкалы обобщенной оценки функционирования (GAF) по классификации психических расстройств DSM-IV (1995) для интегральной характеристики тяжести состояния больных с психическими нарушениями и некоторых других методик.

Функциональная ось — анализ особенностей адаптивного реагирования организма и личности, т. е. оценка индивидуальных личностно-психологических характеристик и особенностей поведенческого реагирования больного. При проведении функциональной диагностики выносится заключение о типе приспособительного поведения, который, с точки зрения авторов, является основной диагностической категорией функционального диагноза в психиатрии и отражает устойчивые индивидуальные личностно-психологические особенности пациентов и, соответственно, специфику их поведенческого реагирования (Воловик В. М., 1984). 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 характеризуются сложным сочетанием характерных для них признаков).

Психосоциальная ось — анализ качества социального функционирования, т. е. изучение качества социальной адаптации. 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, а также выделяемые авторами особенности индивидуальных и общественных ценностей. По каждому из указанных направлений уровень адаптации оценивается по 5-балльной шкале, разработанной в Институте им. В. М. Бехтерева (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004). Рассчитывается также интегральный показатель уровня социальной адаптации (как среднее арифметическое значение показателей в перечисленных выше сферах социального функционирования).

Однако эта систематика психических расстройств, успешно применяемая в военной психиатрии (Сметанникова Е. А., 2008), представляется несколько «усеченной», так как в ней не получил должного освещения ряд психологических характеристик, связанных с функциональной осью, равно как и ряд социальных характеристик, имеющих отношение к психосоциальной оси. Кроме того, авторы не стремились к теоретическому обоснованию предлагаемой многоосевой диагностики, что превращает ее в набор тщательно фиксируемых различных вненозологических характеристик.

Столь же узко направленной на решение экспертных задач представляется концепция функционального клинико-экспертно-реабилитационного диагноза, разрабатываемая Р. М. Войтенко и В. Н. Синкевич (2009).

Итак, современное представление о функциональном диагнозе обусловлено тремя основными теоретическими положениями: **биопсихосоциальной моделью психических заболеваний**, **адаптационной концепцией** в психиатрии и **теорией функциональных систем**.

Цель функционального диагноза — выявление факторов, обусловливающих функциональную недостаточность индивида.

В данном контексте рассматриваются три ряда характеристик: болезнь (биологический аспект функционального диагноза), личность (психологический аспект), социальный статус и окружение больного (социальный аспект).

Биологический аспект отражает активность болезни, фазу ее развития, характер и выраженность базисной дезинтеграции, наличие признаков дизонтогенеза, т. е. соматобиологической предпосылки формирования компенсаторно-приспособительных процессов. Психологический аспект функционального диагноза выявляет нарушения познавательных и эмоционально-волевых процессов и характеризует личность больного: индивидуальные особенности, ценностные ориентации, структуру потребностей, способы разрешения трудных и конфликтных ситуаций и предпочтительные формы психологической компенсации. Социальный аспект функционального диагноза раскрывает особенности социального статуса больного и внешние условия адаптации, обусловленные воздействием со стороны значимого окружения (семьи, профессиональной среды, микросоциальных групп и общественных институтов).

В результате было сформулировано представление о функциональном диагнозе как о системе целостной клинической оценки психического состояния больного, описываемой в рамках триединого подхода (клинико-биологический блок, психологический блок, психосоциальный блок), каждая составляющая которого формулируется в присущих ей компактных диагностических категориях. Характер их определяется в конечном счете особенностями адаптационно-компенсаторных возможностей пациента (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Пенчул Н. А., 2005, 2006). Целостная картина функциональной недостаточности в общем виде отображается в интегративных характеристиках биопсихосоциального функционирования пациентов.

Предлагаемая авторами система функциональной диагностики позволяет углубленно рассматривать различные аспекты психического состояния пациентов как на биологическом, так и на психологическом

и социальном уровне, т. е. является системой многосторонней оценки состояния больного, основанной на единых теоретических позициях. При этом функциональный диагноз позволяет точнее оценить потенциально имеющиеся адаптационно-компенсаторные возможности пациентов и конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения. Общая схема функционального диагноза представлена на рис. 1.



Рис. 1. Схема функционального диагноза

Глава 2
КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

В клинико-биологическом блоке, отражающем особенности проявления заболевания, фиксируются шесть характеристик:

1) показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала;

2) психопатологические расстройства;

3) тип течения заболевания;

4) скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность) заболевания;

5) острота состояния;

6) результирующий показатель биологического функционирования — клинический диагноз.

Одни из этих параметров представляются достаточно ясными, определенными и общепринятыми, другие же нуждаются в более подробном изложении.

2.1. Показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала

Как подчеркивает Т. Б. Дмитриева (2007), «статическое понимание клиники психических расстройств давно признано недостаточным и даже ошибочным. <...> Любое психическое заболевание протекает на фоне продолжающегося психобиологического созревания, которое, с одной стороны, нарушается под влиянием болезненного процесса, а с другой — определяет ресурсы психики, влияя на клиническое оформление». С этой точки зрения понятно включение в биологические параметры функционального диагноза показателей нарушенного развития (психического дизонтогенеза) в форме асинхроний развития (включая личностный инфантилизм в его «мягком» клиническом проявлении), аномалий развития (включая диссоциированное развитие) и дефектов развития (варианты задержек и поврежденного развития в виде грубых необратимых нарушений) (Макушкин Е. В., 2007а). По наблюдению М. В. Вандыша (2008), выраженность психического дизонтогенеза в раннем детстве, схожего с начальными симптомами шизотипического расстройства, достигает 74,7 %. Оправдано также и стремление большинства исследователей при изложении клинических параметров психических расстройств указывать на преморбидные (в том числе личностные) особенности, характеризующие состояние пациентов в этот период.

Мы исходим из того, что наиболее существенная информация, свидетельствующая о преморбидных адаптационных возможностях пациентов, входит составной частью в содержание так называемого **психопатологического диатеза**.

Под психопатологическим диатезом мы понимаем различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы.

Истоки представления о диатезе лежат во введенном А. В. Снежневским (1972) определении *pathos* (гр. *pathos* – страдание болезнь)и развиваемой С. Б. Семичовым (1987) концепции предболезни.

Понятие диатеза связано с представлениями о сенситивности индивидуума, т. е. его психобиологической готовности реагировать развитием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода сенситивность существует в форме клинически скрытой уязвимости (Zubin J., Spring B., 1977) и может проявляться вовне в форме психопатологического диатеза (Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1996; Циркин С. Ю., 1995, 1998). С этой точки зрения психопатологический диатез — это аномалия психической конституции, обусловленная генетической уязвимостью пациента. Последняя представляет собой скрытый (латентный) фактор риска развития психического заболевания, который при определенных обстоятельствах может проявиться в форме психопатологического диатеза, приобретая качество признака риска психического расстройства.

Долгое время «уязвимость» была, скорее, постулируемым, чем обнаруживаемым феноменом. В качестве косвенного признака уязвимости рассматривались различные анатомо-физиологические маркеры, особенности биохимии мозга, электрофизиологические изменения и т. п. В последние годы наметилась тенденция рассматривать в качестве маркера уязвимости явления нейрокогнитивного дефицита. Существует обоснованная точка зрения, что многие (но не все) параметры дефицита когнитивной сферы, скорее всего, отражают биологическую предрасположенность к самой болезни. Представление о когнитивном дефиците как организменной недостаточности позволяет рассматривать его в качестве своеобразного «ключа» к мозговым структурам, с которыми связано нарушение той или иной когнитивной составляющей. Это стало особенно очевидным с появлением современных методов нейровизуализации, позволивших соотнести находки когнитивных тестов с изменениями той или иной области головного мозга.

Консенсус по поводу существования когнитивного дефицита как маркера уязвимости был достигнут после исследования его парамет-

ров в так называемых «пограничных популяциях» непсихотических пациентов с предполагаемым шизофреническим диатезом (Kasper S., Resinger E., 2003) и шизотипическим расстройством личности (Смулевич А. Б., 2007). При этом А. Б. Смулевич указывает, что когнитивный дефицит при шизотипическом расстройстве личности выступает в «редуцированном виде» и касается прежде всего своеобразия мыслительной сферы. Если принять во внимание тот факт, что не страдающие психозами родственники больных шизофренией тоже обнаруживают нейрокогнитивный дефицит (Cannon M. [et al.], 2002; Faraone S. V. [et al.], 2000), то можно предположить, что нейрокогнитивные нарушения, наблюдаемые у взрослых пациентов с шизофренией, имеют преморбидное нейроморфологическое происхождение. Таким образом, можно сказать, что нейрокогнитивный дефицит сигнализирует о генетической предрасположенности к заболеванию.

На сегодняшний день можно согласиться с утверждением о том, что пока еще ни один фактор не может быть безоговорочно признан в качестве маркера уязвимости в отношении эндогенных заболеваний (Jablensky A., 1984). Это обстоятельство делает тем более актуальным дальнейшее изучение преморбидных проявлений психических расстройств, включая не только маркеры уязвимости, но и весь комплекс преморбидных проявлений, ограниченных симптоматикой пограничных нарушений и рассматриваемых нами в рамках психопатологического диатеза.

Вопрос о прогностическом значении этих расстройств и о степени риска развития психического заболевания при их выявлении остается одним из наиболее спорных в психиатрии. Клиническая сущность этих феноменов и их отношение к развивающемуся впоследствии заболеванию трактуются весьма противоречиво в силу неоднозначного понимания структуры доболезненного периода и определения собственно начала заболевания. Это обстоятельство способствовало поляризации точек зрения: одни авторы рассматривают эти нарушения как выражение уже начавшегося психоза, другие же полностью отрицают их связь с развившимся впоследствии заболеванием.

Н. С. Шейниной (1985) было показано, что эпизодические неврно-психические дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией не являются нозоспецифическими феноменами, поскольку сходные расстройства были обнаружены в контрольных группах больных неврозами и практически здоровых лиц. Вместе с тем у больных шизофренией дисфункциональные состояния в анамнезе встречались достоверно чаще и в ряде случаев отличались качественным своеобразием и относительно более грубыми проявлениями. Разделяя «ранние» и «поздние» проявления дисфункциональных состояний у больных шизофренией, Н. С. Шейнина выявила, что

в периоде ремиссии у больных с «ранними» дисфункциональными состояниями отмечалась достоверно меньшая выраженность негативной симптоматики, чем у больных с поздними дисфункциональными состояниями. Таким образом, группа более редких «поздних» дисфункциональных состояний имела худший прогноз, чем группа более частых «ранних». Также статистически достоверна и большая представленность лиц, имевших по два и более дисфункциональных состояния, в группе больных шизофренией по сравнению с контрольными группами.

То обстоятельство, что дисфункциональные состояния не являются нозоспецифическими нарушениями, представляется веским аргументом в пользу неправомочности их отнесения в разряд процессуальных расстройств. Кроме того, психопатологические дисфункции нельзя признать проявлениями болезни, поскольку они не выходят за рамки субклинических, донозологических расстройств, однако отнести их к вариантам нормы также не представляется возможным, так как нарушение адаптации все же происходит, а в части случаев следует даже обращение к врачу и констатация патологического состояния.

Следовательно, нервно-психические дисфункции занимают промежуточное положение между нормой и болезнью. Они свидетельствуют о повышенном риске психического заболевания, но не дают оснований для диагностирования текущего процесса. Совокупность этих особенностей соответствует понятию «предболезнь». Это состояние может стать «переходным» от нормы к болезни, но может и остаться максимальным проявлением нервно-психических нарушений, если повышенный риск заболевания так и не будет реализован на протяжении всей жизни индивидуума.

Количественные и качественные отличия нервно-психических дисфункций в анамнезе больных шизофренией и в контрольных группах и установление статистических отношений зависимости между различными типами дисфункциональных состояний и некоторыми клиническими характеристиками процесса позволили верифицировать изучаемые расстройства как показатель активизации ранее скрытых патогенетических механизмов в стадии предболезни — т. е. как проявления диатеза.

Таким образом, в 1980-х годах впервые была обоснована (доказана с применением адекватных математических моделей) концепция клинической и патогенетической сущности эпизодических психопатологических дисфункций как проявлений диатеза, представляющего собою предболезнь.

Позднее диатез стал изучаться не только относительно шизофрении, но и других эндогенных расстройств. В частности, этому посвя-