

Абрамов В.А.

**ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР

Современную психиатрию характеризует интегративное понимание психических расстройств, основанное на взаимодействии биологических, психологических и социальных аспектов любого психического заболевания [1,2]. Это находит отражение не только в мультидисциплинарном подходе к организации психиатрической помощи [3], но и в многоосевом подходе к диагностике психических расстройств, декларируемом международными требованиями.

В середине прошлого века А. Мейер [4, с. 212] утверждал, что каждый пациент уникален и не может быть классифицирован в категориях нозологических единиц. Он постулировал сочетание психологического и биологического во всех без исключения случаях психического расстройства. Такой подход (с акцентом на изучении каждого конкретного пациента) был обозначен как идиографический метод, в противоположность номотетическому методу, для которого основным объектом рассмотрения являются различия между определенными группами пациентов. Эта точка зрения нашла отражение в биопсихосоциальной модели психических расстройств G. Engel [5], требующей включения социальных и психологических факторов в диагностику заболеваний человека.

Таким образом, постановка психиатрического диагноза предполагает сочетание номотетического и идиографического процессов.

Номотетический (буквально «законополагающий», от греч. *nomos* - закон, *thesis* - положение, утверждение) процесс означает, что все случаи, входящие в соответствующую диагностическую категорию, объединены одним или несколькими общими свойствами.

Идиографический (от греч. *idio* - индивидуальный, своеобразный; *grapho* - пишу) процесс в диагностике охватывает уникальные характерные особенности заболевания у

каждого больного, которые необходимо учитывать для выработки эффективной тактики лечения и реабилитации. Таким образом, если номотетические процессы - это путь к совершенствованию наших знаний о болезнях, то идиографические методы используются для того, чтобы понять или изучить индивидуума. Такой подход к диагностике психических расстройств созвучен с критериями психического здоровья и болезни, принятыми ВОЗ.

Традиционная для отечественной медицины и психиатрии, в частности, нозологическая систематика болезней, отражая стремление к дифференциации патологических состояний, уточнению этиопатогенетических механизмов различных заболеваний, способствовала научному анализу, статистическому учету патологии и решению различных вопросов клинической практики. Однако, характеризуя только клиническую составляющую проблемы, нозологическая систематика не учитывала многообразие индивидуальных особенностей болезни, влияния на ее динамику и исход личностных особенностей пациента, актуальной жизненной ситуации и в целом специфически человеческого взаимодействия человека с социальной средой.

Наибольшие трудности при использовании нозологического подхода к диагностике возникали при решении вопросов медико-социальной экспертизы и реабилитации больных. За пределами клинической оценки оставались различные компоненты жизнедеятельности пациента, спектр его личностных переживаний, компенсаторных возможностей и реабилитационного потенциала.

Первые попытки преодоления недостаточности формально-абстрактного нозологического диагноза принадлежат Г.А. Захарьину и С.П. Боткину. Они обосновали клиническую необходимость использования двойственного диагноза, в котором отвлеченный диагноз бо-

лезни (*diagnosis morbi*) дополнялся и конкретизировался диагнозом больного (*diagnosis aegroti*) или «диагнозом по существу». Последний вошел в клиническую практику как патогенетический диагноз, который устанавливает индивидуальные специфические особенности конкретного пациента. В отличие от нозологического, патогенетический диагноз не только описывает патологический процесс, но и объясняет, интерпретирует его сущность.

Практической целью диагностики в каждом случае заболевания, - указывает В.Х. Василенко [6, с.137], - является определение болезни в качестве конкретной особенности истории развития индивидуума (индивидуальный диагноз как предпосылка индивидуализированной терапии). Только при этих условиях диагноз приобретает свое полное, конкретное значение, т.к. из абстрактного определения болезни диагноз превращается в конкретную оценку действительной сущности болезни и специфического состояния пациента. Этим выявляется не только предметное, но и более глубокое смысловое значение и, что самое важное, практическое значение болезни в данных обстоятельствах. Диагноз больного является наиболее высокой степенью врачебного диагноза, хотя его оформление не имеет точно обрисованной схемы.

К.Е. Тарасов и соавт. [7, с.96] полагают, что завершением диагностического процесса является переход от абстрактно-формального диагноза болезни к конкретному диагнозу (диагнозу больного), в котором находят отражение индивидуальная реактивность больного, степень нарушения его жизнедеятельности, конституциональная и социально-бытовая основа заболевания. Развернутый диагноз, таким образом, должен быть дополнен сведениями об индивидуальных (возраст, конституция, наследственность, перенесенные болезни и т.д.) и социальных особенностях больного (профессия, общественное и семейное положение и т.д.). Учет этих особенностей позволяет более точно диагностировать характер заболевания и на этой основе более адекватно его обозначить. Наиболее полный диагноз составляет совокупность симптоматического, анатомического, функционального, этиологического, патогенетического, конституционального и социального распознавания, т.е. - установление единства различных сторон состояния данного больного, его индивидуальности.

Концептуализация «индивидуального», «патогенетического» диагноза или «диагноза больного» послужила основанием для становления функционального направления в диагностике различных заболеваний. Впервые функциональная диагностика была использована в клинической практике С.П. Боткиным, как метод оценки приспособительных реакций и компенсаторных возможностей организма и установления патогенетических зависимостей, сведения о которых не вытекают из нозологического определения болезни. С тех пор в отечественной медицинской науке стало общепризнанным понимание болезни как сложного и противоречивого процесса приспособления, который определяется не только соматобиологическими процессами, но и психосоциальными факторами. Их взаимодействие составляет два аспекта общей концепции болезни, от которых зависит методологически правильное толкование клинических феноменов. При этом психологические факторы не только участвуют в этиопатогенетических механизмах заболевания, но и играют качественно особую регулирующую роль в приспособительном поведении человека. Их следует учитывать всегда, поскольку есть болезни, и есть больные люди. Исследование болезни как соматобиологического процесса требует применения естественно-научных методов и соответствующих теоретических концепций, а больной человек требует применения также социопсихологических методов и концепций на уровне взаимоотношений индивидуум-личность-общество. Даже при тяжелых соматических заболеваниях оформление «остаточной жизни» зависит не только от объема и характера телесных изменений, но и от личности, ее общественной ситуации, психических и социальных влияний, в т.ч. от изменений социального статуса в связи с «ролью больного».

Таким образом, синтез информации, относящейся к различным сторонам заболевания и характеризующей различные уровни жизнедеятельности человека, ведет к всеобъемлющей, отражающей все стороны заболевания многомерной диагностике. Как отмечает В.М. Воловик [8], определение формы болезни - нозологический диагноз - отражает закономерности и формы проявления патологического процесса на уровне организма, присущую ему динамику и соответственно тип течения, и общий клинический прогноз. В то же время

диагностические определения, отражающие индивидуальные особенности патодинамической структуры (связанные с реактивностью организма и его компенсаторно-приспособительными возможностями), а также личность больного в ее взаимодействии с социальной ситуацией и соответственно индивидуальный (психологический) и социальный прогноз в каждый данный момент целесообразнее всего обозначать как функциональный диагноз. В отличие от нозологического, сохраняющего относительную стабильность минимального числа привлекаемых обозначений на протяжении всей болезни, функциональный диагноз представляет собой понятие динамическое, охватывающее широкий круг изменчивых признаков и зависимостей.

Из этого следует, что психопатологический метод как основа клинического мышления психиатра, а психопатологическая дифференциация клинического материала как необходимое условие и решающая предпосылка любого научного исследования в психиатрии, не могут служить единственным способом рассмотрения больного. В силу вышесказанного клиническое исследование, ограниченное психопатологическим методом даже при высоком уровне стандартизации, оказывается неполным, а выносимое при этом диагностическое заключение обладает стигматизирующим влиянием на больного и дегуманизирующим воздействием на психиатрию как науку и сферу практической деятельности.

Нозологический диагноз не является релевантным в отношении психологических и социальных изменений человека, по своей сути он и не претендует на решение этих вопросов. Более адекватным запросам клинической практики является структурно-динамическое направление [9, 10], которое позволяет выделить определенную предпочтительность психопатологических синдромов и определенную последовательность их смены (типичный патокинез) при различных психических заболеваниях. Такой анализ позволяет избежать чрезмерной нозологической абстракции, конкретизировать оценку формы и типа течения заболевания и сформулировать в понятиях клинической психопатологии индивидуальные особенности его проявления. Однако личность больного и его психическое бытие, имеющее существенное значение для конкретизации реабилитационных методов

и индивидуального прогноза, не получают и здесь нужного отражения.

Наиболее трудным аспектом концептуализации функционального диагноза является диагноз психических расстройств, поскольку изменения психической деятельности неразрывно связаны с личностью и ее социальными измерениями. Поэтому, отдавая должное нозологическому подходу в психиатрии, роли патобиологического компонента в этиопатогенезе психических расстройств, а также интерпретации психопатологических симптомов как основы диагностики, следует признать, что такое понимание сущности болезней означает редукцию психической жизни больного до уровня синдромов, а сам пациент при этом оказывается вырванным из социального контекста, что оказывает неблагоприятное влияние и на клиническое мышление врача, и на отношение к больному. С другой стороны, нозологический подход в психиатрии не может считаться теоретически обоснованным ввиду недоказанности причин большинства психических заболеваний, что позволило П.С. Граве [11] якобы существующие нозологические единицы рассматривать как «квазинозологические единицы», выделенные из хаоса факторов с «узкопрагматической целью». Следует также иметь в виду, что некоторые психопатологические феномены не являются выражением болезни, а представляют собой артефакты, вызванные нерациональной организацией больничной среды и ведения больного [12; 13, с.48]. В этой связи вопрос о фиксации больного в неадекватных социальных ролях выходит за рамки клинического метода и превращается в один из аспектов функциональной характеристики больного [8].

Необходимость преодоления односторонности клинико-психопатологического метода осознавалась в психиатрии давно. Одну из первых попыток такого рода представляет концепция многомерного диагноза Е. Kretschmer [14]. Исходя из представлений о многофакторном генезе шизофрении, Н. Gastager [15, с. 43] и К. Weise [16, с. 59] в структуре многомерного диагноза выделяли соматический диагноз, клинический синдром-диагноз, психодинамический диагноз (характеризующий личность больного и механизмы психологической защиты) и социодинамический диагноз (отражающий особенности интеракций и актуальную соци-

альную ситуацию больного). А. Ploeger [17, с. 193], следуя этой концепции, различает пять элементов многомерного диагноза невроза: структурно-психологический (структурно-динамические свойства личности и система ценностных ориентаций); психологический («глубина» источников психических нарушений, типы защитных механизмов и готовность пациента признать психогенную природу заболевания); конституционально-биологический (психофизические асинхронии в созревании, по Е. Kretschmer); церебрально-органический (почва или источник расстройства) и нозологический (синдромальная оценка).

Эволюция содержания понятия «диагноз» в контексте интегрированной оценки больного с психическим расстройством выглядит следующим образом:

1. Двойственный диагноз: диагноз болезни (*diagnosis morbi*) и диагноз больного (*diagnosis aegroti*, диагноз по существу) (Г.А. Захарьин).
2. Индивидуальный патогенетический диагноз (С.П. Боткин).
3. Многомерный диагноз (Е. Kretschmer).
4. Функциональный диагноз (Г.А. Гейер, Д.Е. Мелехов, В.М. Воловик).
5. Многоосевой диагноз - индивидуальное общетипическое диагностическое определение (WHO, МКБ-10).
6. Реабилитационный психиатрический диагноз (W.A. Anthony).

Основой многоосевой (многомерной) диагностики является функциональный диагноз (ФД) в его органической связи со структурно-динамическим диагнозом формы болезни. В психиатрии это обстоятельство раньше всего и наиболее полно было осознано при разрешении задач социально-трудового прогнозирования и врачебно-трудовой экспертизы. Т.А. Гейером [18] и Д.Е. Мелеховым [19] было сформулировано представление о функциональном диагнозе как условии правильного социально-трудового прогноза на основе клинического и психологического изучения больных в конкретных условиях трудовой деятельности. Д.Е. Мелехов [19] рассматривал функциональный диагноз в психиатрии как «путь к конкретному анализу значения биологических и социальных факторов, как они отражаются в динамике клинической картины и формировании компенсаторных образований». По его мнению, завершающим этапом и целью клинического исследования

должны быть не только нозологический и анатомический диагнозы, которых недостаточно для определения прогноза трудоспособности, но обязательно и диагноз функциональных возможностей личности.

Актуальность разработки проблемы функционального диагноза возрастает в связи с развитием реабилитационного направления в медицине и в психиатрии, в частности. Как отмечает М.М. Кабанов [20, с.115], функциональный диагноз, характеризующий аналитико-синтетическую деятельность врача, состоит из трех частей: клинической, психологической и социальной. Врачу при реабилитационном подходе к больному важно знать не только «название» болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности) и в какой микросоциальной среде эта болезнь возникает. Установление функционального диагноза необходимо для индивидуальной терапевтической работы с больными, более тонкого определения прогноза заболевания; определения прогноза эффективности социотерапевтических и трудотерапевтических мероприятий; определения индивидуального пути реабилитации больного как в период пребывания в стационаре, так и во внебольничных условиях.

Важным является участие психолога в установлении функционального диагноза. Психологическая диагностика преследует [21, с. 27] различные цели, о которых необходимо знать, прежде чем приступить к исследованию больного. Эти цели взаимосвязаны, однако на различных этапах работы с больным удельный вес каждой из них различен. Вместе с тем, независимо от этих частных целей психологическая диагностика в рамках установления функционального диагноза имеет ряд общих принципиально важных особенностей, отличающих этот род деятельности медицинского психолога от участия, например, в установлении нозологического диагноза.

Концептуализация многомерного подхода к диагностике психических расстройств предполагает системный анализ интеграционных соотношений различных компонентов функционального диагноза: патодинамического (клинического), психологического и социального [8].

**Патодинамический (соматобиологический) компонент** функционального диагноза отражает естественно-научное понимание болезни и характеризует патологический

процесс (независимо от его нозологического определения) со стороны его активности. Он охватывает такие его качества как темп прогрессивности, актуальность психопатологических переживаний, сохранность психофизиологических механизмов адаптации и конституционально-биологические особенности пациента, отражая степень, «резервы» и механизмы компенсации изменений, вызванных болезнью. По существу, патодинамический компонент функционального диагноза квалифицирует индивидуально-биологические особенности патологического процесса в терминах адаптации и компенсации.

Таким образом, у каждого человека болезнь проявляется своеобразно, поэтому ее обозначение у разных лиц не может быть одинаковым. Семиотическое значение болезни не должно ограничиваться одним термином или одной нозологической единицей. По мнению ряда авторов [6,7], исчерпывающая характеристика заболевания раскрывается в развернутом диагнозе, предполагающем обозначение:

- 1) локализации заболевания (общее, местное);
- 2) характеристики заболевания (функциональное, органическое);
- 3) характера патологического процесса (воспалительный, опухолевый, дистрофический и т.п.);
- 4) динамики заболевания (острое, хроническое, в последнем случае необходимо указание на характер течения болезни - приступообразное, непрерывное, циклическое - а также на тенденцию развития болезни - быстро или медленно прогрессирующее, затихающее, стационарное);
- 5) стадии заболевания;
- 6) степени его компенсации;
- 7) функционального состояния пораженных органов;
- 8) общего состояния больного (легкое, тяжелое, угрожающее);
- 9) этиологии;
- 10) патогенетических особенностей заболевания.

Следует отметить, что в ряду факторов, определяющих состояние компенсаторно-приспособительных процессов и, соответственно, функциональную характеристику пациента, решающая роль принадлежит активности патологического процесса. То же можно сказать об активности болезненных

переживаний, составляющей другой параметр патодинамического аспекта функционального диагноза. Однако существенные аспекты функциональной диагностики в психиатрии в меньшей степени, чем в других клинических дисциплинах, связаны с соматическими функциями, и в большей - с функциональными способностями человека как социального существа. Отсюда вытекает важное значение социально-психологических аспектов для понимания проблемы компенсации при психических расстройствах.

**Психологический компонент** функционального диагноза определяется как способность личности к эффективному взаимодействию с социальной средой или как уровень социальной компетенции пациента. Н. Schroder et al. [22, с. 58] выделили три сферы социальной компетенции: 1) перцептивные способы поведения - способность к социальному восприятию, к охвату и оценке поведения и реакции партнера по коммуникации в значимых социальных ситуациях, таких как профессия, семья, партнерство, способность оценки собственного поведения; 2) продуктивные способы поведения, т.е. готовность к деятельности, способность реализовать себя в семье, профессии и обществе, адекватное социальной ситуации ролевое поведение; 3) рефлексивные способы поведения охватывают отражение собственного лица, представление о себе, формы переработки болезненного процесса и связанные с этим конфликты, защитные и компенсаторные механизмы.

**Социальный компонент** функционального диагноза отражает существенные социальные связи больного, его место в семье, профессиональном коллективе, в других общественных группах, а также актуальные требования жизненной ситуации. Значение этого компонента определяется тем, что компенсаторные возможности личности, ее функциональная стабильность находятся в тесной взаимосвязи с социальной ситуацией, т.е. зависят от уровня интеграции личности в значимых социальных группах. Не только прогностические оценки, но и оценка реальной активности личности, содержания ее деятельности и направленности невозможны без учета конкретной социальной ситуации, в которой живет пациент. С другой стороны, квалификация социальной ситуации является предпосылкой для выбора реабилитационных мероприятий.

По мнению В.М. Воловика [24], психологи-

ческий и социальный аспекты функционального диагноза характеризуют психическую болезнь как модификацию переживания и поведения, взаимодействие между больным, социальными группами и обществом, т.е. в плане конкретных общественных форм деятельности человека. Отражая формирование индивидуальной судьбы больного под влиянием преморбидной жизненной истории, свойств личности и ситуации на основе изменений, вызванных болезнью, психосоциальные аспекты показывают, у какого человека и при каких общественных обстоятельствах складываются констатируемые расстройства и обосновывают направления психологической коррекции и социальной работы.

Исходя из вышесказанного, В.М. Воловик [24] рассматривает функциональный диагноз психического заболевания как системный анализ уровня и характера дисфункции, под которой понимается нарушение адаптивного поведения и видоспецифической (человеческой) социальной деятельности пациента при той или иной форме психической патологии (конкретном структурно-динамическом нозологическом диагнозе). Принимая функциональную недостаточность в качестве системообразующего фактора, В.М. Воловиком [24] была разработана системная модель функциональной характеристики пациента с психическим расстройством. Эта модель может использоваться только на основе четко сформулированного структурно-динамического нозологического диагноза. Поэтому функциональный диагноз не может ни противопоставляться нозологическому, ни быть его простым дополнением. Каждый из них отражает болезнь и связанные с нею явления и процессы на разных уровнях. Функциональный диагноз является диагнозом индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни, отражая его взаимодействие с социальным окружением. Нозологический диагноз является диагнозом эволюционно сложившейся видовой формы приспособления организма к измененным условиям жизни, каковой является болезнь в общепатологическом плане.

Иными словами, оба диагностических уровня в равной мере необходимы для целостного клинического представления о больном, в котором нозологический диагноз отражает общепатологические закономерности, выражаемые в клинических характеристиках,

а функциональный - соответствует проявлению болезни у данного больного в данной конкретной ситуации с точки зрения критерия деятельности. Нозологический диагноз (диагноз болезни) имеет преимущественное значение для общего прогноза болезни и определения основных направлений соматобиологического лечения, а функциональный (диагноз больного) - характеризует индивидуума и служит предметной основой не только для социального и трудового прогноза, но и для выбора конкретных методов восстановительного лечения и построения рациональной программы социальной реинтеграции пациента [14].

Суммируя приведенные данные, можно сформулировать основные требования к постановке ФД:

1. ФД является результатом многостороннего исследования, выходящего за рамки клинко-психопатологического метода.

2. ФД должен быть объективизирован данными социально-трудоового анамнеза, результатами клинического и психологического исследований.

3. ФД используется только во взаимосвязи со структурно-динамическим диагнозом болезни, являясь важнейшей частью многоосевого диагноза.

4. ФД должен обеспечивать системную оценку жизнедеятельности пациента, отражающую уровень его функциональной недостаточности и социально-трудоовой прогноз.

На основе представления о многомерном происхождении шизофрении выдвигаются [15, с. 23] три вида диагноза: а) психиатрический диагноз, который строится на клинической оценке симптомов; б) психодинамический, оценивающий личность больного и механизмы психологической защиты и в) социодинамический. Разделяя такой подход, К. Weise [16, с. 79] выделил четыре уровня диагностики:

- 1) соматический диагноз, который базируется исключительно на соматических клинических признаках (анатомических, нейрофизиологических, биохимических и других), служит для определения нозологических единиц и имеет ограниченное значение для оценки генеза психопатологических синдромов; клинически первостепенное значение этого уровня проявляется в возможности определения витальной угрозы больному;

- 2) дескриптивно-симптоматологический диагноз (синдром-диагноз), указывающий

на определенную стадию развития процесса психосоциальной дезинтеграции, которому все же нельзя подчинить какие-либо этиопатогенетические корреляты;

3) психологический и личностный диагноз, характеризующий связи психопатологического синдрома с определенными личностными признаками и интрапсихическими конфликтными констелляциями (аномалии установок личности, нарушения ценностных ориентаций и т.д.); это составляет внутреннее представительство для социодинамического диагноза;

4) социодинамический диагноз, который охватывает патогенетически соотносящиеся социальные констелляции (анормальные личности родителей, анормальные групповые позиции в семье и т.п.).

Приведенные уровни диагностики оставляют в стороне психопатологические особенности пациента, что, естественно, снижает диагностическую ценность такого подхода. Тем не менее, очевидно, что личность в разной степени и в различной форме вовлекается в психопатологический процесс. Она не только дезорганизуется им, не только является «компонентом болезни», но и активно реагирует на болезнь и оказывает существенное влияние, как на проявления болезни, так и на формы, и уровень адаптации пациента. Многочисленные исследования, проведенные в последние годы [13; 23, с. 215], подтвердили ранее высказанное Г. Симоном и его сотрудниками положение о том, что некоторые психопатологические феномены не являются выражением самой болезни, а представляют собой артефакты, вызванные патогенными факторами нерациональной организации больничной среды и ведения больного.

Концептуализация нозологического диагноза связана с преодолением многочисленных трудностей, вызывающих углубление разрыва между диагностикой и лечебной практикой. В этой связи, В.М. Воловик [24] обращает внимание на три особенности, отличающие психиатрическую диагностику:

1. Анатомический, а во многом и функциональный субстрат болезни, служащий для построения и верификации клинических суждений в соматической медицине, в психиатрии большей частью остается неизвестным, а связь психопатологических феноменов с морфологическими изменениями недоказанной. Существующие в психиатрии нозологические еди-

ницы, за небольшим исключением, были созданы в результате кропотливой систематики психопатологической картины, нахождения между ними устойчивых связей и типичной динамики и путем соотношения их с реальными или гипотетическими соматическими явлениями или жизненными событиями. Обнаружение общих закономерностей проявления и течения психических расстройств, сделавшее возможным прогнозирование на основе выделенных клинических критериев, свидетельствует о реальности патологических процессов, выражением которых являются психопатологические синдромы. Вместе с тем клинко-психопатологический метод оказался недостаточно результативным при разграничении отдельных нозологических единиц, а основанная на нем систематика психических болезней - уязвимой для критики и малоэффективной в практической работе.

2. Специфика «объекта страдания», которым является психическая деятельность человека. Биосоциальная по происхождению, она имеет свои, несводимые к биологическим, законы развития и проявления, свою «производительную» роль в патологии и саногенезе, в которой психическая регуляция неотделима от физиологической и, вместе с тем, не может сводиться к ней. Эта особенность имеет следствием столь частый в истории психиатрии односторонний подход к оценке психопатологических проявлений. На одном его полюсе встречаются попытки понимания всей психической патологии с психодинамических позиций, в качестве патологических личностных развитий, кризисов душевной жизни, патологических форм адаптации личности, смыкающихся с антинозологическими течениями в психиатрии. На другом - располагается свойственное ортодоксальной психиатрии одностороннее клинко-психопатологическое рассмотрение всей душевной жизни больного, всех уровней его личности, игнорирование индивидуально-психологических аспектов, по крайней мере, в связи с оценкой болезни и состояния здоровья пациента. При таком подходе психический статус больного в современной истории болезни представляется так, будто поведение больного лишено социальных детерминант и больной существует сам по себе, вне социальных связей и отношений.

3. Социальная опосредованность психиатрической диагностики, в силу чего понятия нормального и патологического

часто формируются в связи с нормативными установками общества. При этом в иерархии причинно-следственных отношений психическая болезнь оказывается сложно-сочлененной с социальной дисфункцией пациента и соотносящимися с ней неблагоприятными социальными констелляциями, недоступными активному изменению с его стороны (структура родительской семьи, общественные институты и т.п.). Психопатологический синдром находится в двухсторонней зависимости от этой социальной ситуации. Содержание болезненных переживаний и поведение в болезни, в значительной мере детерминированные складом личности и социальным опытом индивидуума, во многом определяют характер его взаимодействия с социальным окружением и, соответственно, уровень его адаптации в болезни. С другой стороны, психическое расстройство уже самим фактом его констатации ставит человека в особое положение в обществе как вследствие объективных (не всегда обоснованных) ограничений социальной активности, устанавливаемых общественными институтами, так и по причинам субъективного характера, вытекающим из действительного или предполагаемого изменения отношения к больному со стороны значимых для него общественных групп.

Таким образом, традиционный синдромально-нозологический подход к клинической идентификации патологического процесса отражает только эволюционно сложившуюся видовую (общечеловеческую) форму приспособления к тем или иным условиям жизни. При этом совершенно не раскрываются индивидуальные особенности болезни у конкретного пациента, а, следовательно, затрудняется практическая реализация основополагающего принципа медицины «лечить больного, а не болезнь». Ориентация на клинко-биологический субстрат патологического процесса противоречит концептуальным позициям реабилитационной методологии и практике проведения лечебно-восстановительных мероприятий и медико-социальной экспертизы.

Многоосевая диагностика, напротив, приближает специалиста к диагнозу индивидуальной системной интеграции биопсихосоциальных особенностей больного как результату преломления патологического процесса через личность больного и сложившуюся социальную ситуацию. Многоосевой диагноз - это диагноз индивидуальной приспособляемости

и социальной интеграции пациента, который в сочетании со структурно-динамическим (категориальным) диагнозом отражает болезнь на системном уровне.

Таким образом, клинический диагноз сам по себе не обеспечивает возможности широкомасштабной психиатрической помощи, в т.ч. проведения реабилитационных мероприятий и планирования мер по социальной поддержке пациента. Для этих целей требуется применение многоосевой классификации, позволяющей одновременно оценивать различные аспекты заболевания, в частности, избирательность влияния различных социальных факторов и факторов окружающей среды, степень дефекта, трудоспособность, другие болезни пациента. Многоосевая классификация созвучна с разработками в области многомерной и функциональной диагностики психических заболеваний, а также в сфере теории и практики реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Многоосевой психиатрический диагноз в качестве обязательных компонентов, отражающих системное «видение» пациента, включает три оси:

Ось I. Клинические диагнозы.

Ось II. Нетрудоспособность (рейтинг специфических сфер жизнедеятельности).

Ось III. Контекстуальные факторы (факторы окружающей среды и образа жизни, влияющие на течение и исход заболевания).

В качестве самостоятельного компонента многоосевой диагноз, по нашему мнению, должен включать ось реабилитационного психиатрического диагноза.

**Клинические диагнозы.** С учетом развития представлений об онтологической функционально-личностной модели диагностики психических расстройств с акцентом на субъективной составляющей переживаний пациента, рассматриваемой в контексте субъективного жизненного пространства личности, мы не останавливаемся на подробной характеристике и методологии традиционных клинко-психопатологических диагностических подходов, освещенных в многочисленных исследованиях. Несовершенство этих подходов, в частности, включает опосредованный и недостаточно объективный характер клинических идентификаций психических расстройств и атеоретичность их классификаций. Поэтому логичным является вывод о необходимости формирования системных представлений о психических расстройствах, выходящих за



рамки их категориальных обозначений и учитывающих функционально-личностные особенности больных. В качестве одного из возможных направлений, с нашей точки зрения, следует шире использовать возможности коморбидной диагностики с включением в диагностические заключения тех или иных личностных дисфункций, отражающих интегративные представления о сущности психических расстройств. Основными предпосылками такого подхода, в частности, при шизофрении, является неоднозначность и гипотетичность оценок природы и клинико-динамических характеристик заболевания, а также значительная распространенность и выраженность личностных, стигматизационных по механизму возникновения, дисфункций, непосредственно не связанных с процессуальными особенностями заболевания. Это дает основание применительно к так называемой эндогенной группе психических расстройств, помимо основного категориального диагноза, использовать диагностические заключения, отражающие их связь «со страданием из-за тяжелой психической болезни». В таких случаях состояние больных может квалифицироваться как «хроническое изменение личности после психической болезни» (F-62.1 – МКБ-10), являющееся следствием эмоционально-стрессовых стигматизационных (аутостигматизационных) переживаний.

**Рейтинг специфических сфер жизнедеятельности.** Понятие жизнедеятельности применительно к пониманию общепатологических закономерностей и сущности расстройств в психической сфере находит отражение в общепринятых определениях и нормативных актах, имеющих непосредственное отношение к проблемам психического здоровья и медико-социальной экспертизе пациентов. Даже определение психического расстройства в МКБ-10 включает в качестве обязательной составляющей нарушение личностного функционирования (жизнедеятельности личности).

Ресурсные функциональные возможности личности реализуются в жизнедеятельности человека, обеспечивая его психологическое благополучие и уровень социально-психологического функционирования. Однако онтологический, субъективно ориентированный аспект изучения жизнедеятельности подразумевает не оценку повседневной активности человека, а диапазон возможностей

и способностей, отражающий потенциал внутриличностной интеграции, саморегуляции и смыслонаполненности его целенаправленной деятельности. Из этого вытекает необходимость психологического анализа содержания концепта активности личности, как субъекта собственной жизнедеятельности.

Жизнь как процесс - это динамика жизненных отношений и обстоятельств, обусловленная их естественным объективным развитием захватывающая и поглощающая личность. Жизнь как жизнедеятельность - это процесс осмысленного, осознанного, целенаправленного преобразования личностью объективных обстоятельств своей жизни; это инициированный личностью процесс установления воссоздания, реконструкции жизненных отношений, который конечно, закономерно сочетается с их естественной динамикой. По словам С.Л. Рубинштейна [25, с.38], «жизнь - это процесс, в котором объективно участвует сам человек. Основной критерий его отношения к жизни - строительство в себе и в других новых, более совершенных, внутренних, а не только внешних форм общественной жизни и человеческих отношений».

Таким образом, с появлением смысла жизни сама жизнь из неконтролируемого и неуправляемого процесса превращается в особую разновидность человеческой деятельности. На уровень развития субъекта жизнедеятельности человек восходит тогда, когда подчиняет свою активность смыслу жизни, то есть действует, как личность с присущим ей аппаратом смысловой регуляции. Смысл жизни при этом понимается как идеальная, субъективно превращенная форма жизненных отношений человека, в которой ему дана целостность его реальной жизни. Основываясь на вышеизложенном можно утверждать, что сущностной характеристикой личности как субъекта жизни является смысловая регуляция жизненного пути, в системе которой ведущая роль принадлежит смыслу жизни. Действительно, формирование жизнедеятельности и становление личности субъектом собственной жизни являются равнозначными и синхронными процессами, которые связаны с зарождением и автономизацией в структуре смысловой сферы динамической системы смысла жизни.

Жизнедеятельность, равно как и всякая деятельность, специфицируется двумя свойствами - субъектностью и предметностью.

Субъектность квалифицирует жизнедеятельность как принадлежащую личности, а предметность - как ориентированную на свой особый предмет. Субъектность жизни есть одна из частных субъектных проекций личности, которая объективируется в сфере жизнедеятельности. Соотношение личности и субъекта жизни удачно схватывает формула о том что «субъект деятельности в каждый конкретный момент - преходящее явление; фактически, сколько видов деятельности, столько и субъектов деятельности. Но за этим преходящим субъектом стоит относительно устойчивое и перманентное образование, именуемое личностью. Личность как относительно устойчивая и перманентная система имеет множество своих преходящих проявлений в виде субъекта деятельности» [26]. Субъект жизни - это личность, которая является носителем жизнедеятельности как особой формы деятельности по проектированию и реализации индивидуального жизненного пути. Субъектная активность личности объективируется в строении индивидуального жизненного пути. Субъектом жизни инвариантно является человек как личность, а не как социальный или биологический индивид. Личность как субъект жизни соотносит каждую отдельную деятельность со смыслом жизни, благодаря чему устанавливает жизненный смысл различных видов деятельности. Жизненный смысл деятельности - это ее объективное значение и роль в реализации целостной жизнедеятельности личности, это ее функциональный смысл относительно смысла жизни личности. Деятельность может способствовать, препятствовать, либо одновременно приближать и удалять личность от главной линии реализации смысла жизни. Она может вписываться в главную линию жизни или противоречить ей. В конечном итоге объективное соотношение деятельности со смыслом жизни определяет жизненный смысл этой деятельности. Психологическая судьба деятельности зависит от ее жизненного смысла потому, что личность как субъект жизни поступает со своей деятельностью так, как того требует жизненный смысл. Функциональный смысл конкретной деятельности в контексте жизненного пути личности может быть позитивным, негативным или конфликтным. Соответственно личности как субъекту жизни приходится какими-то видами деятельности поступать, а какие-то виды деятельности отстаивать.

Согласование различных видов деятельности в масштабах жизни требует особых смысловых структур, в опоре на которые личность может возвыситься над каждой отдельной деятельностью. По нашему мнению, в качестве такой структуры смысловой регуляции должен изучаться смысл жизни, поскольку он традиционно понимается как «вершинное» образование личности, которое иерархизирует все частные смысловые структуры [27, с.115; 28]. Центральность и обобщенность как системные свойства смысла жизни означают, что он подчиняет себе и в то же время консолидирует дробные структуры смысловой регуляции. Вполне закономерно, что с появлением смысла жизни в структуре смысловой сферы способность личности быть субъектом целостной системы деятельностей существенно увеличивается. Складывание смысла жизни в структуре смысловой сферы личности знаменует качественно новый этап развития субъекта. На этом этапе личность из субъекта отдельных видов деятельности преобразуется в субъект жизни. Субъект жизни воспроизводит деятельности не в отрыве друг от друга, а в системном единстве, которое и есть человеческая жизнь или жизнедеятельность человека.

Таким образом, благодаря формированию идеальных образований субъективности, в том числе и смысла жизни, личность оказывается субъектом, способным к построению собственной жизнедеятельности. Личность как субъект жизнедеятельности - это носитель субъектной активности, направленной на развитие и оптимизацию жизнедеятельности с тем, чтобы она максимально способствовала реализации жизненных отношений (смысла жизни) функциональности личности. Универсальным механизмом реализации активности субъекта жизни является система осознанной саморегуляции жизненного пути личности. «Место и роль психической саморегуляции в жизни человека достаточно очевидны, если принять во внимание, что практически вся его жизнь есть бесконечное множество форм деятельности, поступков, актов общения и других видов целенаправленной активности» [29].

Ключевую функцию в системе психической саморегуляции жизненного пути выполняет смысл жизни, который, во-первых, обеспечивает становление жизнедеятельности как самостоятельного вида деятельности, во-вто-

рых, стимулирует пробуждение субъектной активности личности. Личность как субъект жизни, будучи наделенной смыслом жизни, соответственно выступает в качестве носителя и творца своей жизнедеятельности. Субъектность личности в данной сфере детерминруется системой психической саморегуляции жизненного пути, которая открывает возможность не только практиковать жизнедеятельность, но также корректировать и развивать ее в интересах наиболее полной реализации смысла жизни.

Жизнедеятельность личности - это интегральная форма существования, репродукции и развития отдельных видов деятельности в масштабе человеческой жизни. Жизнедеятельность, вбирая отдельные виды деятельности, не поглощает их; жизнедеятельность «монтируется» личностью из этих видов деятельности. Отношение динамических смысловых систем отдельных видов деятельности к смыслу жизни обуславливает их функциональный смысл в контексте жизнедеятельности. Этим функциональным системным смыслом задается место и роль той или иной деятельности в жизни человека. Этим же смыслом мотивирована активность личности как субъекта жизни.

Жизнедеятельность – это особый вид деятельности, направленный на созидание индивидуального жизненного пути и регулируемый динамической системой смысла жизни. Существенными чертами жизнедеятельности, отличающими ее от иных форм и видов деятельности, являются: во-первых, объект жизнедеятельности - индивидуальная жизнь; во-вторых, субъект жизнедеятельности – личность в роли субъекта жизни; в-третьих, целевая функция жизнедеятельности – проектирование и созидание жизненного пути; в-четвертых, динамическая система смысла жизни как ведущая инстанция психической регуляции жизнедеятельности. Последняя черта представляется наиболее значимой в контексте исследования жизнедеятельности как особой разновидности деятельности личности [30, с.96]. По мнению А.Н. Леонтьева [31, с.223] и других представителей деятельностного подхода в психологии, психологическая характеристика и онтологическая самостоятельность всякой деятельности однозначно детерминирована наличием независимого мотива, опредмеченного в данной деятельности. В свете данного поло-

жения смысл жизни можно рассматривать в качестве специфического «мотива», который конституирует жизнедеятельность как особый вид деятельности и эмансипирует ее в ряду прочих видов произвольной активности. Если отдельная деятельность регулируется на основе наличия в смысловой структуре личности релевантной динамической смысловой системы, то жизнедеятельность определяется динамической системой смысла жизни. Смысл жизни как динамическая смысловая система концентрирует всю совокупность смысловых отношений личности к разнообразным объектам и явлениям жизненного пути - от локальных событий до протяженных периодов жизни, включая индивидуальный жизненный путь в его нерасторжимой целостности.

Теоретическое понимание жизнедеятельности как деятельной формы отправления личностью жизненных отношений основано на системно-деятельностном подходе к анализу человеческой жизни. Можно утверждать, что жизнедеятельность выступает родовой формой человеческой практики, благодаря которой безликий процесс жизни претворяется в специфически человеческий феномен - жизненный путь личности. Сущностные характеристики жизнедеятельности несут отпечаток специфического характера ее детерминации в условиях человеческого способа бытия, а именно - обусловленность сознанием и личностью. Собственно психологический аспект исследования жизнедеятельности - это изучение личности как субъекта жизни, обладающего сознанием и строящего при его посредничестве свой жизненный путь. Процессы созидания и творения личностью своей жизнедеятельности знаменуют начало развития субъекта жизни [30].

Здесь необходимо ввести различие жизни как процесса и как деятельности. При этом следует руководствоваться критерием С.Л. Рубинштейна [25]: «Всякая деятельность есть вместе с тем и процесс или включает в себя процессы, но не всякий процесс выступает как деятельность человека. Под деятельностью мы будем здесь понимать такой процесс, посредством которого реализуется то или иное отношение человека к окружающему его миру - другим людям, к задачам, которые ставит перед ним жизнь».

Применительно к избранному направлению оценки концепта «жизнедеятельность» уместно привести некоторые методологи-

ческие предпосылки онтологического рассмотрения взаимодействия пациента, как субъекта жизнедеятельности, с окружающей средой [32]:

- психическая патология формируется и распознается при взаимодействии субъекта со средой обитания;
- субъект, как носитель психики и сознания, обладает определенным диапазоном возможностей восприятия внешних воздействий и способностей выбора (изменения) среды обитания;
- среда обитания содержит ограниченный спектр воздействий на субъекта, который может быть им воспринят;
- субъект может модифицировать свое поведение в соответствии с изменением своего внутреннего состояния и среды обитания;
- превышение возможностей или способностей субъекта, как в силу их исчерпания, так и вследствие расширения диапазона внешних воздействий формирует специфические проявления и поведение, ограничивающие социальное функционирование субъекта.

Контекстуальные факторы или социальные проблемы, затрудняющие положительную динамику заболевания. В МКБ-10 они служат для обозначения факторов окружающей среды и образа жизни, влияющих на течение и исход заболевания. Контекстуальные факторы рассматриваются с позиции дезадаптирующих социальных влияний на уровень жизнедеятельности, приспособительного поведения и трудоспособности больного. В практике МСЭ они играют приоритетную роль при оценке клинического и социального прогноза и разработке индивидуальных реабилитационных программ. МКБ-10 (глава XXI) предлагает перечень контекстуальных факторов (факторов окружающей среды и образа жизни, влияющих на течение и исход заболевания (Z00-Z99)).

**Реабилитационный психиатрический диагноз** - это инструмент адекватных реабилитационных воздействий или способ выбора соответствующих методов психосоциальных мероприятий.

Цель, процесс и средства постановки клинического и реабилитационного диагнозов различны. Каждый из них определяет своеобразие и интенсивность социотерапевтических методов и их сочетание с методами психофармакотерапии. Поэтому диагностические процедуры при определении этих

диагнозов должны быть различными. Также как знания психиатрии и специальных диагностических техник необходимы для постановки психиатрического диагноза, специалисту нужны определенные знания и технические навыки для постановки реабилитационного диагноза.

Психиатрический реабилитационный диагноз не следует путать с традиционным психиатрическим категориальным диагнозом, который не содержит никакой полезной информации для планирования реабилитационной тактики. В этом смысле даже полный многоосевой клинический диагноз в полной мере не может быть основой для разработки и реализации индивидуальной реабилитационной программы. Большое количество обзоров научной литературы содержит подтверждение того факта, что зависимость исхода реабилитации от формулировки традиционного психиатрического диагноза и описания симптомов и синдромов является слабой или полностью отсутствует [33-36].

Из этого следует, что традиционный психиатрический диагноз для целей реабилитации не подходит - ни для определения необходимых вмешательств, ни для прогноза. Для адекватной реабилитационной работы нужна особая технология диагноза, который должен описывать навыки пациента и ресурсы его поддержки со стороны окружения.

Методология реабилитационного психиатрического диагноза не может считаться разработанной как в связи с отсутствием как общепринятого понимания конечных целей реабилитации, так и по причине уникальности индивидуальных способов восстановления и социальной реинтеграции пациента. Последние достижения в этой области позволяют в качестве наиболее адекватной версии рассматривать исход реабилитации в зависимости от навыков пациента и ресурсов поддержки в обществе [37]. Исходя из этого, основными задачами реабилитационных вмешательств должны быть выработка таких навыков и развитие ресурсов поддержки в обществе. В этом случае реабилитационный диагноз должен содержать в себе оценку навыков и ресурсов – как имеющихся у пациента, так и тех, в которых он нуждается. Обязательным элементом реабилитационного психиатрического диагноза является постановка конечной цели реабилитации, что в полной мере должно соответствовать сути реабилитационного

(реинтеграционного) процесса, направленного на возвращение пациента в сообщество [23, 38].

При формулировании конечной цели реабилитации у конкретного пациента обычно учитывают следующие соображения [37, с. 212]. Она:

а) должна совпадать у медицинского персонала и его пациентов;

б) определяет конкретное окружение, которое пациент выбрал для своей жизнедеятельности в течение последующих 1-2 лет;

в) является результатом нескольких интервью с пациентом, в ходе которых изучаются его личные запросы и альтернативное окружение;

г) настраивает пациента на сотрудничество уже на этапе формулирования диагноза;

д) влияет на функционирование, направляя внимание, стимулируя настойчивость и создавая у пациента мотивацию для стратегических решений;

е) обуславливает последующую оценку пациента, ограничивая оцениваемые навыки и ресурсы теми, которые имеют отношение к удовлетворенности и успеху в избранном окружении.

Психиатрический реабилитационный диагноз формулируется, по данным W.A. Anthony et al [37], в ходе нескольких интервью с пациентом. Диагностическое интервью основывается на двух основных принципах: 1) специалист пытается максимально вовлечь пациента в процесс интервью; 2) полученная в ходе интервью информация регистрируется таким образом, чтобы максимально облегчить пациенту понимание результатов оценки. В последнее время ряд исследователей предложили использовать для целей реабилитационной диагностики нейропсихологические методы, которые объективируют конкретные дефекты и навыки, имеющие значение для определения вида реабилитационного вмешательства [36-39]. Однако психиатрический реабилитационный диагноз не должен основываться только на отдельных методах. Он требует от специалиста способности развивать взаимоотношения с пациентом. Врач, который проводит диагностическое интервью, обязан владеть хорошо развитыми навыками межличностного общения (напри-

мер, умение демонстрировать понимание), навыками вовлечения в диагностический процесс психиатрической реабилитации самого пациента.

Как отмечают сотрудники Центра психиатрической реабилитации Бостонского университета W.A. Anthony et al. [37], внедрение психиатрической реабилитационной диагностики имеет много преимуществ при ее использовании в условиях мультипрофессионального подхода к лечебно-реабилитационной работе с участием не только психиатра, но и медицинских сестер, психологов, социальных работников, врачей-реабилитологов, специалистов по трудотерапии. Психиатрический реабилитационный диагноз может расширить взаимодействие между различными профессиями, различными программами, а также между пациентами и их семьями. Это взаимодействие отмечается, если диагноз сформулирован просто и четко. Кроме того, он позволяет адекватно интегрировать работу многих учреждений и организаций (психиатрические учреждения, центры психосоциальной реабилитации, лечебно-трудовые мастерские, МСЭК, семьи и т.д.).

Другое уникальное преимущество психиатрического реабилитационного диагноза состоит в том, что сам диагностический процесс может изменить представления пациента о его возможностях контроля над своим окружением. Успехи в обучении не только развивают навыки пациента, но и изменяют его ожидания и оценку эффективности своих поступков. Благодаря участию в постановке психиатрического реабилитационного диагноза пациенты начинают играть активную роль в процессе своего выздоровления.

Таким образом, исторический контекст приведенных данных отражает мнение многих специалистов в области психиатрии о необходимости интегративных подходов к диагностической оценке психических расстройств. Эти подходы отличаются стремлением к клинической идентификации пациента с позиции представлений о диалектическом единстве социальных, психологических и биологических факторов как с точки зрения механизмов функционирования психики, так и с позиции патогенетических механизмов психических расстройств.

*Абрамов В.А.*

## ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В статье представлен теоретический анализ процесса формирования современных интегративных подходов к диагностике психических расстройств. Представлена эволюция содержания понятия «диагноз» в контексте интегрированной оценки больного с психическим расстройством: двойственный диагноз - диагноз болезни (*diagnosis morbi*) и диагноз больного (*diagnosis aegroti*); индивидуальный патогенетический диагноз; многомерный диагноз; функциональный диагноз; многоосевой диагноз - индивидуальное общетипическое диагностическое определение; реабилитационный психиатрический диагноз. Обосновывается, что традиционный синдромально-нозологический подход к клинической идентификации патологического процесса не отражает индивидуальных особенностей болезни у конкретного пациента, что противоречит концептуальным позициям реабилитационной методологии. Реабилитационный психиатрический диагноз рассматривается как инструмент адекватных реабилитационных воздействий или способ выбора соответствующих методов психосоциальных мероприятий. Исторический контекст приведенных данных отражает необходимость интегративных подходов к диагностической оценке психических расстройств, которые отличаются стремлением к клинической идентификации пациента с позиции представлений о диалектическом единстве социальных, психологических и биологических факторов как с точки зрения механизмов функционирования психики, так и с позиции патогенетических механизмов психических расстройств.

Ключевые слова: психиатрический диагноз, функциональный, многоосевой, реабилитационный.

*Abramov V.A.*

## INTEGRATED APPROACHES TO DIAGNOSTIC ASSESSMENT MENTAL DISORDERS (HISTORICAL ASPECT)

State Educational Organization of Higher Professional Education

«Donetsk National Medical University named after M. Gorky», Donetsk, DPR

The article presents a theoretical analysis of the process of formation of modern integrative approaches to the diagnosis of mental disorders. The evolution of the content of the concept of «diagnosis» in the context of an integrated assessment of a patient with a mental disorder is presented: a dual diagnosis - diagnosis of a disease (*diagnosis morbi*) and diagnosis of a patient (*diagnosis aegroti*); individual pathogenetic diagnosis; multidimensional diagnosis; functional diagnosis; multi-axis diagnosis - individual general diagnostic diagnosis; rehabilitation psychiatric diagnosis. It is substantiated that the traditional syndromic-nosological approach to the clinical identification of the pathological process does not reflect the individual characteristics of the disease in a particular patient, which contradicts the conceptual positions of the rehabilitation methodology. Rehabilitation psychiatric diagnosis is considered as an instrument of adequate rehabilitation effects or a method of choosing appropriate methods of psychosocial interventions. The historical context of the data cited reflects the need for integrative approaches to the diagnostic evaluation of mental disorders that differ in the desire for clinical identification of the patient from the standpoint of understanding the dialectical unity of social, psychological and biological factors both from the point of view of the mechanisms of the functioning of the psyche and from the position of the pathogenetic mechanisms of mental disorders.

Key words: psychiatric diagnosis, functional, multi-axis, rehabilitation.

### *Литература*

1. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? Клиническая и социальная психиатрия. 1999; 2: 27-30.
2. Holmes J. Fitting the biopsychosocial jigsaw together. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 93-94.
3. Вид В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование. Социальная и клиническая психиатрия. 1995; 5 (6): 102-105.
4. Meyer A. *Psychology: a Science of Illness*. Springfield, Illinois: Charles Thomas; 1955. 345.
5. Engel G.L. The Need for a new medical model: a college

### *References*

1. Chompi L. Kakim mozhет byt' budushchee sotsial'noi psikhiiatrii? [What could be the future of social psychiatry?] *Klinicheskaya i sotsial'naya psikhiiatriya*. 1999; 2: 27-30 (in Russian).
2. Holmes J. Fitting the biopsychosocial jigsaw together. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 93-94.
3. Vid V.D. Brigadnyi podkhod v sovremennoi psikhiiatricheskoj klinike i ego funktsional'noe strukturirovanie [Brigade approach in the modern psychiatric clinic and its functional structuring]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 1995; 5 (6): 102-105 (in Russian).
4. Meyer A. *Psychology: a Science of Illness*. Springfield,

for Biomedicine. Science. 1997; 196: 129-136.

6. Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней. М.: Медицина; 1989. 512.

7. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза. М.: Медицина; 1989. 272.

8. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики. В кн.: Воловик В.М. Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Ленинград; 1975: 79-89.

9. Кербиков О.В. Микросоциология, конкретно-социологические исследования в психиатрии. Вестник АМН СССР. 1965; 1: 7-16.

10. Портнов А.А. Характер «синдроматиксы» в структуре психоза (критерии синдромологической и нозологической систематики). Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Москва, 1969: 253-255.

11. Граве П.С. Направленное воздействие на среду как условие эффективной реадaptации психически больных. В кн.: Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Ленинград; 1973: 91-93.

12. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных как социальная и клиническая проблема. В кн. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М.: Медицина; 1980: 50-80.

13. Абрамов В.А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. Донецк: ООО «Лебедь»; 2002. 279.

14. Kretschmer E. Ztschr. Psychother. 1957; 7: 183.

15. Gastager H. Rehabilitation des Schizophrenen. Bern-Stuttgart; 1965. 286.

16. Weise K. Stellung und Funktion der Psychopathologie. Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. Leipzig; 1971. 387.

17. Ploeger A. Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Stuttgart; 1972. 412.

18. Гейер Т.А. Трудоспособность при шизофрении. В кн.: Современные проблемы шизофрении. Москва-Ленинград; 1933: 106-111.

19. Мелехов Д.Е. Теоретические и организационные основы реабилитации психически больных в СССР. Журнал невропатологии и психиатрии. 1977; 11: 1686-1692.

20. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина; 1978. 233.

21. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Московского университета; 1987. 167.

22. Schroder H., Reschke K. Studien zur Psychologie und Pathologie der Personlichkeit. Leipzig; 1983. 428.

23. Карлинг П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Киев: Сфера; 2001. 418.

24. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией. В кн.: Реабилитация больных психозами. Л.; 1981; 62-71.

25. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М.: Педагогика; 1973. 424.

26. Сараджвеладзе Н.И. Динамическая структура личности и социогенные потребности. В кн.: Проблемы формирования социогенных потребностей. Тбилиси.; 1981. 191-201.

27. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль; 1988. 304.

28. Леонтьев Д.А. Личность: человек в мире и мир в человеке. Вопросы психологии. 1989; 3: 11-21.

29. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект). Вопросы психологии. 1995; 1: 5-12.

30. Карпинский К.В. Человек как субъект жизни. Гродно: ГрГУ; 2002. 279.

31. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат; 1975. 304.

32. Первомайский В.Б., Карагодина Е.Г., Илейко В.Р., Козерацкая Е.А. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепции и критерии разграничения. Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2003; 1 (3): 14-27.

33. Anthony W.A. The one-two-three of client evaluation in psychiatric rehabilitation settings. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1984; 8 (2): 85-87.

34. Cohen B.F., Anthony W.A. Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In book: Functional assesment in rehabilitation. A.S. Halpern, M.J. Fuhrer (Eds.). 1984: 79-100.

35. Dellario D.J., Goldfield E., Fzaskas M.D., Cohen M.R. Functional assesment of psychiatrically disabled adults: Implications of research findings for functional skills training. In book: Functional assesment in rehabilitation. A.S. Halpern, M.J. Fuhrer (Eds). Baltimor; 1984: 239-252.

36. Townes B.D., Marlin D.C. et al. Neurobehavioral approach to classification of psychiatric patients using a competency model. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1985; 53: 33-42.

37. Энтони В. и соавт. Психиатрическая реабилитация.

Illinois: Charles Thomas; 1955. 345.

5. Engel G.L. The Need for a new medical model: a college for Biomedicine. Science. 1997; 196: 129-136.

6. Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней [Propaedeutics of internal diseases]. М.: Meditsina; 1989. 512 (in Russian).

7. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза [Logic and semiotics of diagnosis]. М.: Meditsina; 1989. 272 (in Russian).

8. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики [Functional diagnosis in psychiatry and some controversial issues of psychiatric diagnosis]. V kn.: Volovik V.M. Teoretiko-metodologicheskie problemy klinicheskoi psikhonevrologii. Leningrad; 1975: 79-89 (in Russian).

9. Кербиков О.В. Микросоциология, конкретно-социологические исследования в психиатрии [Microsociology, specifically sociological research in psychiatry]. Vestnik AMN SSSR. 1965; 1: 7-16 (in Russian).

10. Портнов А.А. Характер «синдроматиксы» в структуре психоза (критерии синдромологической и нозологической систематики) [The nature of «syndromotaxis» in the structure of psychosis (criteria of syndromological and nosological systematics)]. Materialy V Vsesoyuznogo s"ezda nevropatologov i psikhiatrov. Moskva, 1969: 253-255 (in Russian).

11. Grave P.S. Napravlennoe vozdeistvie na sredu kak uslovie effektivnoi readaptatsii psikhicheski bol'nykh [Directed impact on the environment as a condition for effective readaptation of mentally ill people]. V kn.: Reabilitatsiya bol'nykh nervnymi i psikhicheskimi zabolevaniyami. Leningrad; 1973: 91-93 (in Russian).

12. Kabanov M.M. Reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh kak sotsial'naya i klinicheskaya problema [Rehabilitation of the mentally ill as a social and clinical problem]. V kn. Klinicheskie i organizatsionnye osnovy reabilitatsii psikhicheski bol'nykh. M.: Meditsina; 1980: 50-80 (in Russian).

13. Abramov V.A. Khronicheskie psikhicheskie rasstroistva i sotsial'naya reintegratsiya patsientov [Chronic mental disorders and social reintegration of patients]. Donetsk: ООО «Lebed'»; 2002. 279 (in Russian).

14. Kretschmer E. [The multidimensional structure of schizophrenia in relation to therapy. Ztschr. Psychother]. 1957; 7 (5): 183-191 (in German).

15. Gastager H. Rehabilitation des Schizophrenen [Rehabilitation of the schizophrenia]. Bern-Stuttgart; 1965. 286 (in German).

16. Weise K. Stellung und Funktion der Psychopathologie. Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft [Position and function of psychopathology. Social psychiatry in socialist society]. Leipzig; 1971. 387 (in German).

17. Ploeger A. Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie [The therapeutic community in psychotherapy and social psychiatry]. Stuttgart; 1972. 412 (in German).

18. Geier T.A. Trudosposobnost' pri shizofrenii [Disability in schizophrenia]. V kn.: Sovremennye problemy shizofrenii. Moskva-Leningrad; 1933: 106-111 (in Russian).

19. Melekhov D.E. Teoreticheskie i organizatsionnye osnovy reabilitatsii psikhicheski bol'nykh v SSSR [Theoretical and organizational basis for the rehabilitation of mentally ill in the USSR]. Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii. 1977; 11: 1686-1692 (in Russian).

20. Kabanov M.M. Reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh [Rehabilitation of the mentally ill]. L.: Meditsina; 1978. 233 (in Russian).

21. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku [The effect of chronic illness on the psyche]. M.: Izd-vo Moskovskogo universiteta; 1987. 167 (in Russian).

22. Schroder H., Reschke K. Studien zur Psychologie und Pathologie der Personlichkeit [Studies on the psychology and pathology of personality]. Leipzig; 1983. 428 (in German).

23. Karling P.Dzh. Vozvrashchenie v soobshchestvo. Postroenie sistem podderzhki dlya lyudei s psikhiiatricheskoi invalidnost'yu [Return to the community. Building of the support systems for people with psychiatric disabilities]. Kiev: Sfera; 2001. 418 (in Russian).

24. Volovik V.M. O prispoblyaemosti bol'nykh shizofreniei [On the adaptability of patients with schizophrenia]. V kn.: Reabilitatsiya bol'nykh psikhiozami. L.; 1981; 62-71 (in Russian).

25. Rubinshtein S.L. Problemy obshchei psikhologii [Problems of general psychology]. M.: Pedagogika; 1973. 424 (in Russian).

26. Saradzhveladze N.I. Dinamicheskaya struktura lichnosti i sotsiogennye potrebnosti [Dynamic personality structure and sociogenic needs]. V kn.: Problemy formirovaniya sotsiogennykh potrebnostei. Tbilisi.; 1981. 191-201 (in Russian).

27. Bratus' B.S. Anomalii lichnosti [Anomalies of personality]. M.: Mysl'; 1988. 304 (in Russian).

28. Leont'ev D.A. Lichnost': chelovek v mire i mir v cheloveke [Personality: man in the world and the world in man].

Киев: Сфера; 2001. 278.

38. Cnaan R.A., Blankertz L., Messinger K.W., Gardner J.R. Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988; 2 (4): 61-77.

39. Ericson R.C., Binder L.M. Cognitive deficits among functionally psychotic patients: A rehabilitative perspective. *Journal of Clinical and Expenmental Neuropsychology*. 1986; 8: 257-274.

*Voprosy psikhologii*. 1989; 3: 11-21 (in Russian).

29. Konopkin O.A. Psikhicheskaya samoregulyatsiya proizvol'noi aktivnosti cheloveka (strukturno-funktsional'nyi aspekt) [Psychic self-regulation of an arbitrary human activity (structural and functional aspect)]. *Voprosy psikhologii*. 1995; 1: 5-12 (in Russian).

30. Karpinskii K.V. Chelovek kak sub"ekt zhizni [Man as the subject of life]. Grodno: GrGU; 2002. 279 (in Russian).

31. Leont'ev A.N. Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost' [Activity. Consciousness. Personality]. M.: Politizdat; 1975. 304 (in Russian).

32. Pervomaiskii V.B., Karagodina E.G., Ileiko V.R., Kozeratskaya E.A. Kategorii bolezni, zdorov'ya, normy, patologii v psikhiiatrii: kontseptsii i kriterii razgranicheniya [Categories of illness, health, norms, pathologies in psychiatry: concepts and criteria for differentiation]. *Visnik psikhiiatrii ta psikhofarmakoterapii*. 2003; 1 (3): 14-27 (in Russian).

33. Anthony W.A. The one-two-three of client evaluation in psychiatric rehabilitation settings. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1984; 8 (2): 85-87.

34. Cohen B.F., Anthony W.A. Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In book: *Functional assesment in rehabilitation*. A.S. Halpem, M.J. Fuhrer (Eds.). 1984; 79-100.

35. Dellario D.J., Goldfield E., Fazkas M.D., Cohen M.R. Functional assesment of psychiatrically disabled adults: Implications of research findings for functional skills training. In book: *Functional assesment in rehabilitation*. A.S. Halpern, M.J. Fuhrer (Eds). Baltimor; 1984: 239-252.

36. Townes B.D., Marlin D.C. et al. Neurobehavioral approach to classification of psychiatric patients using a competency model. *Journal of Consultingingion and Clinical Psychology*. 1985; 53: 33-42.

37. Entoni V. i soavt. Psikhiiatricheskaya reabilitatsiya. Kiev: Sfera; 2001. 278 (in Russian).

38. Cnaan R.A., Blankertz L., Messinger K.W., Gardner J.R. Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988; 2 (4): 61-77.

39. Ericson R.C., Binder L.M. Cognitive deficits among functionally psychotic patients: A rehabilitative perspective. *Journal of Clinical and Expenmental Neuropsychology*. 1986; 8: 257-274.

Поступила в редакцию 20.12.2017