

Т. А. Караева, А. П. Коцюбинский

**ХОЛИСТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ПОГРАНИЧНЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Санкт-Петербург
СпецЛит
2018

УДК 616.891
К21

Авторы:

Караева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА);

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психических больных Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России.

Рецензенты:

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, президент РПА;

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

Караева Т. А., Коцюбинский А. П.

К21 Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. — 286 с.
ISBN 978-5-299-00837-1

Монография содержит материал, отражающий современные представления о пограничных психических расстройствах и актуальные взгляды на биопсихосоциальный подход к их пониманию и диагностике. Рассмотрены основные клинические формы заболеваний, входящих в группу пограничных психических расстройств, предложены и обоснованы критерии постановки многомерного диагноза, включающего клинический, психологический, социальный и функциональный аспекты, позволяющие максимально полно оценить состояние больного, его ресурсы, социальное функционирование, динамику и прогноз заболевания.

Монография предназначена для психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, также может быть рекомендована в качестве руководства для слушателей системы последиplomного образования.

УДК 616.891

ISBN 978-5-299-00837-1

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018
© Караева Т. А., Коцюбинский А. П., 2018

Оглавление

Условные сокращения	4
Вступительное слово	7
Предисловие	9
Введение	11
ГЛАВА 1. Биологический (клинико-психопатологический) диагноз при пограничных психических расстройствах	16
1.1. Константные проявления пограничных психических расстройств	20
1.1.1. Конституциональные личностные расстройства	20
1.1.2. Нажитые личностные аномалии	40
1.1.3. Органические личностные аномалии	42
1.1.4. Переходные (амплифицированные) личностные расстройства	44
1.2. Динамические проявления пограничных психических расстройств	57
1.2.1. Психогенные реакции (декомпенсации)	59
1.2.2. Психогенные фазы	61
1.2.3. Психогенные развития	63
1.2.3.1. Острые невротические расстройства (совместно с А. В. Васильевой)	66
1.2.3.2. Переходные (амплифицированные) невротические расстройства	109
1.2.3.3. Патологическое развитие личности	145
ГЛАВА 2. Психологический диагноз при пограничных психических расстройствах	150
2.1. Личностные характеристики психологического диагноза (совместно с А. В. Васильевой и О. В. Гусевой)	151
2.2. Психологические адаптационно-компенсаторные характеристики психологического диагноза	182
ГЛАВА 3. Социальный диагноз при пограничных психических расстройствах	198
3.1. Социальная компетентность	199
3.2. Внешние социальные ресурсы	202
ГЛАВА 4. Функциональный диагноз при пограничных психических расстройствах	207
4.1. Функционально-динамические показатели биологической адаптации	207
4.2. Функционально-динамические показатели психологической адаптации (совместно с Н. Б. Лутовой)	209
4.2.1. Приспособительное поведение	209
4.2.2. Качество жизни	240
4.3. Функционально-динамические показатели социальной адаптации	245
Заключение	251
Литература	254

Условные сокращения

- АД – артериальное давление
БАР – биполярное аффективное расстройство
ВКБ – внутренняя картина болезни
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОЗЖ-100 – шкала качества жизни (Всемирная организация здравоохранения)
ВПА – Всемирная психиатрическая ассоциация
ГГН – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система
ДАН – дезадаптивные нарушения
КЖСД-46 – качество жизни (семантический дифференциал), 46 вопросов
КЖСМ-44 – качество жизни (специфический модуль), 44 вопроса
КП – коммуникативный потенциал
КТ – компьютерная томография
ЛАП – личностно-адаптационный потенциал
ЛКОЛП (LQOLP) – Ланкаширская шкала качества жизни (The Lancashire Quality of Life Profile)
МЕМС – микроэлектронная мониторинговая система
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКР – международные критерии ремиссии
МЛО – многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»
МН – моральная нормативность
МОПР (MDMQ) – Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourn decision making questionnaire)
МРТ – магнитно-резонансная томография
ПАВ – психоактивные вещества
ПКЖ2Ф – психотикозависимое качество жизни, двухформатная шкала
ПР – поведенческая регуляция
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
СКФКР – стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии
СУЛ – опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре
ТОБОЛ (тип отношения к болезни) – методика для психологической диагностики типов отношения к болезни
ЦНС – центральная нервная система
ШМК – шкала оценки медикаментозного комплайенса в психиатрии
ШСО (FES) – шкала семейного окружения (Family Environment Scale)
ЭЭГ – электроэнцефалография
АСТ – бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе (Assertive community treatment)
AES – шкала оценки апатии (Apathy Evaluation Scale)

- BPRS — краткая психиатрическая рейтинговая шкала (Brief Psychiatric Rating Scale)
- CDSS — шкала депрессии Калгари у больных шизофренией (Calgary Depression Schizophrenia Scale)
- CGI — шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression)
- CGI-SCH — шкала общего клинического впечатления (шизофрения) (Clinical Global Impression — Schizophrenia scale)
- СМНТ — мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе (Multidisciplinary Community Mental Health Teams)
- DFS — шкала защитных механизмов (Defensive Functioning Scale)
- DIS — стандартизованная схема диагностического опроса психически больных (Diagnostic Interview Schedule)
- DSM-III-R — руководство по диагностике и статистике психических расстройств, третья редакция, пересмотренная (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)
- DSM-IV — руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)
- DSM-IV-TR — руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция, пересмотренная (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)
- DSM-V — руководство по диагностике и статистике психических расстройств, пятая редакция (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)
- FKBS — тест исследования механизмов психологической защиты (Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien)
- GAF — шкала общей оценки функционирования (Global Assessment of functioning)
- HAMD — шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale)
- HDRS — рейтинговая шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression)
- MADRS — рейтинговая шкала депрессии Монтгомери — Асберга (Montgomery — Asberg Depression Rating Scale)
- MARS — Мэрилендская шкала оценки восстановления при тяжелых психических заболеваниях (Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness)
- MSIF — многомерная шкала независимого функционирования (Multidimensional Scale of Independent Functioning)
- NOSIE-30 — шкала оценки поведения госпитализированных пациентов средним медицинским персоналом (Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation)

- OPD-2 – операционализированная психодинамическая диагностика (Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2)
- PANSS – шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale)
- PSE – стандартизованная схема опроса психически больных (Present State Examination)
- PSP – шкала личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale)
- RIQ – опросник реагирования на болезнь (Response to illness questionnaire)
- RSAS – шкала оценки социальной ангедонии (Revised Social Anhedonia Scale)
- SADS – диагностическая шкала для аффективных расстройств и шизофрении (Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia)
- SANS – шкала для оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)
- SAPS – шкала для оценки позитивных симптомов (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)
- SAS – шкала социальной адаптации (Social Adjustment Scale)
- SAS-SR – самоопросник шкалы социальной адаптации (Social Adjustment Scale Self-Report)
- SBAK – тест самооценивания способов психологической защиты (Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten)
- SBS – шкала социального поведения (Social Behavior Schedule)
- SF-36 – шкала для оценки качества жизни, опросник (Health Status Survey, Medical Outcomes Study Short Form)
- SFS – шкала социального функционирования (Social Functioning Scale)
- SOFAS – шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости (Social and Occupational Functioning Assessment Scale)
- SVF – тест исследования копинг-стратегий (Stressverarbeitungsfragebogen)
- UCLA recovery criteria – критерии восстановления Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе
- UPSA – методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий (UCSD Performance-based Skills Assessment)
- WHOQOL-100 – шкала Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (World Health Organization Quality of Life Measuring Instrument)
- Y-BOCS – шкала obsессий и компульсий (Yale – Brown Obsessive-Compulsive Scale)

Вступительное слово

Современная психиатрия является важной частью единой клинической медицинской практики, объединяющей все направления помощи больным. Разделение «пограничной» и «общей» психиатрии условно, оно помогает понять клинические особенности больных с непсихотическими психическими расстройствами и обеспечить наиболее рациональное их лечение.

Именно пограничная психиатрия в конце XX столетия и в начале нашего века является двигателем развития клинических, медико-биологических и социальных вопросов психиатрической практики и ее сближения с общей медициной.

Обобщенное изложение данных о пограничных состояниях сталкивается с трудностями общего порядка, отражающими уровень развития учения о психопатологических состояниях, их клинической дифференциации, этиологии, патогенезе и терапии. Это объясняется прежде всего слабостью теоретической, патофизиологической, психопатологической и патопсихологической базы современной психиатрии, не позволяющей во многих случаях согласованно рассматривать отдельные формы и варианты клинических состояний, относимых к числу «пограничных». Врачебная практика постоянно дает примеры как более широкого, так и узкого толкования пограничных психических расстройств по сравнению с основными «классическими» вариантами психических нарушений. Это непосредственно отражается на дифференциальной диагностике заболеваний, терапевтическом плане и реабилитационной программе, намечаемой у каждого больного.

В предлагаемом читателям исследовании авторы с позиции клинической психиатрии рассматривают разные варианты невротического, психопатического, психосоматического уровней психопатологических проявлений. Особое внимание при этом уделяется динамической характеристике их развития от реактивных состояний к хронически стабильным состояниям и личностным развитиям.

Книга основывается на современных подходах, учитывающих интеграцию научных направлений, изучающих аспекты формирования и течения пограничных психических расстройств. Предопределяющим фактором их возникновения, с точки зрения авторов, являются нарушения барьера адаптации, отражающие функциональные возможности биологической и социально-психологической составляющих сенситивности индивидуума к конкретным психогенным влияниям. Нарушения этого барьера, происходящие под воздействием стрессовых факторов, приводят к клиническим проявлениям сначала предболезненного (донозологического), а затем и патологического (нозологического) уровня.

С позиции системного подхода в книге излагаются современные, так называемые холистические парадигмы в патопсихологическом, психологическом и социальном звеньях патогенеза непсихотических психических расстройств с учетом их конкретного содержания и динамического анализа. Теоретические разработки функциональных системных взаимодействий позволили авторам разработать основу комплексных подходов как к диагностике пограничных психических расстройств, так и к принципам лечения больных.

Авторы обоснованно обращают внимание на то, что прогноз течения пограничных психических расстройств и эффективность лечения во многом определяются психологическими особенностями больных, формируемыми личностными характеристиками, внутриличностными противоречиями, ценностными ориентациями. Адаптационно-компенсаторные механизмы в этих случаях могут быть представлены недостаточно сформированными возможностями адаптации, что обуславливает развитие расстройств невротического уровня. На основании собственных многолетних исследований и аналитического обобщения данных литературы авторы обосновывают понимание не только клинико-теоретических проблем пограничной психиатрии, но и конкретных диагностических и терапевтических вопросов лечения больных. Такое единство научной и практической психиатрии традиционно для научной школы профессора Б. Д. Карвасарского, в течение нескольких десятилетий возглавлявшего в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева работы в области пограничной психиатрии.

Полагаю, что монография «Холистическая диагностика пограничных психических расстройств», отражающая современные системные, многоаспектные представления о пограничных психических расстройствах, вызовет большой интерес как у научной аудитории, так и среди практикующих специалистов различных направлений медицины, психологии, социальной реабилитации.

*Ю. А. Александровский,
член-корреспондент РАН,
руководитель Отдела пограничной психиатрии ФГБУ
«ФМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России*

Предисловие

Настоящая монография, посвященная проблеме пограничных психических расстройств, отражает системный подход к их диагностике, основанный на принятой в современной науке биопсихосоциальной концепции возникновения и развития психических нарушений. Целостная, всесторонняя оценка позволяет совокупно учитывать вклад биологических, психологических и социальных факторов в изменение психического состояния конкретного больного. Соотношение этих составляющих различно в соответствии с характером патологии, ее этиологии и патогенеза, а индивидуальная, генетически обусловленная уязвимость индивида определяет риск возникновения тех или иных психических нарушений. Многомерный подход рассматривает, кроме выраженности клинических проявлений, различные аспекты функционирования пациента, его компенсаторно-адаптационные ресурсы, личностные особенности, характеристики социального взаимодействия, представления больного о заболевании, его установку на лечение и многое другое, тем самым создавая основу для определения необходимого объема профессионального специализированного комплексного лечения различными специалистами терапевтической бригады.

Традиционная ориентация исключительно на психопатологическую оценку и постановку клинического психиатрического диагноза в современной отечественной и зарубежной литературе уступила место целостному восприятию больного, поскольку игнорирование индивидуальных характеристик и особенностей социального функционирования значительно ухудшает терапевтический процесс и прогноз заболевания. Целостное понимание пациента предполагает изменение представлений о жестком разграничении природы патологии между исключительно «биологически» и «психогенно» обусловленной в сторону многофакторности этиопатогенетической основы.

Термин «пограничные психические расстройства», несмотря на свой дискуссионный характер, применяется в психиатрии уже довольно давно и часто встречается в научных публикациях ведущих отечественных специалистов. Перечень заболеваний, которые рассматриваются в качестве пограничных нарушений, также открытый, а интенсивность и глубина современных исследований, патоморфоз психических расстройств, изменение терапевтических принципов определяют динамику классификационных подходов, устранение одних нозологических форм или выделение новых. Несомненно, что заболевания, имеющие психотическую симптоматику, которой определяется психопатологическая структура болезненного состояния, и формирующие прогрессивно нарастающий апато-абулический дефект, в эту группу не входят.

В соответствующих разделах монографии содержатся материалы, дающие возможность сформулировать представления о содержании понятий «биологический», «психологический» и «социальный» диагноз при пограничных психических расстройствах. Большой интерес представляет формулировка «функционального» диагноза, системообразующими факторами которого являются процесс адаптации, показатели жизнедеятельности, уровня здоровья конкретного индивида в момент оценки его состояния.

Все это позволяет разрабатывать программы лечения и реабилитации для каждого больного в каждом конкретном случае, реализовывая тем самым персонализированный подход к оказанию психиатрической помощи, составными компонентами которого являются фармакотерапия, психотерапевтические вмешательства и социотерапевтические мероприятия, что обеспечивается интеграцией усилий различных специалистов в рамках бригадного метода оказания психиатрической помощи, направленного на повышение ее качества и эффективности.

Монография адресована широкому кругу специалистов, работающих в области сохранения психического здоровья, в особенности врачам-психиатрам, психотерапевтам, врачам общей практики, медицинским психологам, социальным работникам, организаторам здравоохранения и всем, интересующимся данной проблематикой.

*Н. Г. Незнанов,
директор ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В. М. Бехтерева» Минздрава России,
главный внештатный специалист-эксперт
по психиатрии Росздравнадзора, президент WADP,
президент Российского общества психиатров,
заслуженный работник высшей школы,
доктор медицинских наук, профессор*

Введение

В настоящее время большинством исследователей принята **био-психосоциальная концепция** психических заболеваний. Базовым ее положением является обязательное участие в возникновении и развитии психопатологии трех глобальных факторов (в разных соотношениях) — биологического, психологического и социального. Соответственно, большое значение придается изучению психосоциальных факторов, актуализирующих биологическую предрасположенность к психическому заболеванию.

Биопсихосоциальная концепция психических заболеваний основана на следующих моделях их этиопатогенеза: «уязвимость — диатез — стресс — заболевание» и «адаптационно-компенсаторная».

Основной постулат *модели «уязвимость — диатез — стресс — заболевание»* — динамическая взаимосвязь определяющих ее параметров в возникновении и развитии психического расстройства.

Основной постулат *«адаптационно-компенсаторной модели»* — признание ведущей роли адаптационно-компенсаторных механизмов как в формировании психопатологических феноменов, так и в клиническом и социальном восстановлении психически больных. Именно адаптационно-компенсаторные возможности больного определяют характер его функционирования в целом и способность совладать со стрессами, встречающимися на жизненном пути индивида, в том числе и с таким мощным, каким является психическое заболевание. Адаптационно-компенсаторная модель позволяет рассматривать механизмы развития болезни как совокупность защитных реакций в ответ на действие болезнетворного фактора. И именно «адаптационный контекст» служит «интегративным фактором» психопатологии (Тен В. И., 2008).

В связи с этим рассмотрим основные характеристики адаптационно-компенсаторной модели психических расстройств.

Адаптация — это динамический процесс приспособления организма к изменяющимся условиям существования, цель которого заключается в оптимизации функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой (Воложин А. И., Субботин Ю. К., 1987).

Психическая адаптация — перманентно существующий процесс, направленный на оптимальное приспособление организма к конкретным условиям, целью которого является преодоление внутренних и внешних препятствий, мешающих достижению цели, направленной на удовлетворение своих актуальных потребностей (Александровский Ю. А., 1976; Березин Ф. Б., 1988). В психической адаптации целесообразно различать три блока: биологический, психологический и социальный (Коцюбинский А. П. [и др.], 2004).

Компенсация — реакция организма на препятствие к адаптации (Свердлов Л. С., 1986), противодействующая нарушению функциональных возможностей организма. Сформированные в процессе эволюционного развития механизмы компенсации призваны сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов (Анохин А. К., 1975). 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» применимы как к нормальным, так и к патологическим явлениям (Давыдовский И. В., 1962). Не случайно А. 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 А. Antonovsky создал шкалу когеренции, которую определял как присущее любому человеку чувство уверенности, для формирования которого имеют существенное значение следующие составляющие:

- 1) структурированность и предсказуемость внешнего стимула;
- 2) доступность ресурсов, необходимых для того, чтобы справиться с этим стимулом;
- 3) возможность динамической смены внешней ситуации.

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.

Очевидно, что вышеперечисленные этиопатогенетические модели, определяющие биопсихосоциальную концепцию болезни, не только не являются антагонистическими, но и, взаимно дополняя одна другую, в совокупности создают единое представление о полиэтиологическом механизме развития психического заболевания и возможностях противостояния ему.

С большой долей условности можно сказать, что биопсихосоциальная концепция центрирована на целостном рассмотрении условий

развития психических расстройств, при этом модель «уязвимость — диатез — стресс — заболевание» — преимущественно на процессе возникновения заболевания и его течения, а адапционно-компенсаторная модель — на механизмах формирования его синдромологии, определяющих жизнь индивидуума с психическими расстройствами.

В адапционно-компенсаторной модели важным является представление об адапционных барьерах — «барьере уязвимости» и «барьере диатеза».

Барьер уязвимости («порог уязвимости»), или, по терминологии А. В. Вальдмана и Ю. А. Александровского (1996), барьер психической адаптации, представляет собой функционально-динамическое образование, по существу являющееся интегрированным выражением биологической и социально-психологической составляющей сенситивности индивидуума к психическому расстройству. При этом функциональные возможности адапционного барьера под влиянием биологических и социальных факторов постоянно трансформируются (Александровский Ю. А., 2010). В связи с этим для прорыва «барьера уязвимости» необходимо, чтобы интенсивность стрессового воздействия преодолела некоторую критическую «уязвимостную» величину, по отношению к которой у индивидуума в данный момент времени имеется достаточный адапционный потенциал. Нарушение этого барьера сопровождается переходом от клинически скрытых проявлений уязвимости к внешним, то есть клинически определяемым, признакам диатеза.

Барьер диатеза рассматривается нами как второй уровень «барьера психической адаптации» (Вальдман А. В., Александровский Ю. А., 1996) между диатезом и проявлениями собственно психического заболевания. Для этого перехода также необходима интенсивность стрессового воздействия, превышающая некоторую адапционную «диатезную» критическую величину.

Изложенное делает осмысленным представление об адапционно-компенсаторном потенциале как важнейшей функции организма.

Адапционно-компенсаторный потенциал — это объем адапционно-компенсаторных возможностей, имеющийся у конкретного индивидуума и трансформирующийся по мере развития предболезненных, а затем и болезненных феноменов, позволяющий ему адаптироваться к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды.

Комплекс адапционно-компенсаторных реакций организма выступает в динамической взаимосвязи трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологических, психологических и социальных, чему посвящено немало исследований (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1998; Коцюбинский А. П., Скорик А. И.,

Аксенова И. О. [и др.], 2004). Характерные особенности самих факторов и их взаимодействия заключаются в следующем. В одних случаях они способствуют развитию или рецидивированию заболевания, мешают восстановлению пациента. Так, при недостаточности (истощении) компенсаторно-адаптационных механизмов происходит прорыв барьеров адаптации, за чем может следовать манифестация заболевания (Александровский Ю. А., 1976). В других же случаях констелляция этих глобальных факторов (биологических, психологических и социальных) препятствует ухудшению состояния и помогает больному использовать все его резервные возможности адаптации (Belsky J., Jonassaint C., Pluess M. [et al.], 2009; Belsky J., Pluess M., 2009).

В связи с развитием идей о биопсихосоциальной сущности психических болезней в последние годы возникла необходимость в таком многоаспектном диагностическом подходе, который бы, в отличие от имеющихся мультиаксиальных разработок, базировался на определенных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья. Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический (целостный) подход (Ястребов В. С. [и др.], 2008; Незнанов Н. Г., Акименко М. А., Коцобинский А. П., 2013).

Греческое слово «холон» (от др.-греч. ὅλος) переводится как «цельность» или «целостность». В узком смысле под «холизмом» понимают «философию целостности», разработанную южноафриканским философом Я. Смэтсом, который ввел этот термин в 1926 г. (Философский энциклопедический словарь, 1983). Холлизм в широком смысле — позиция в философии и науке по проблеме соотношения части и целого, исходящая из качественного своеобразия и приоритета целого по отношению к его составляющим (Никифоров А. Л., 2001).

В психологии под холизмом понимается любой подход, где акцент делается на целостной личности, а не на ее составных частях (Психологическая энциклопедия, 2006). При понимании различных заболеваний последователи холистического подхода считают, что нельзя изолированно исследовать расстройство одного органа или системы; современный холистический подход основан на представлении, что не только все органы человеческого тела, но и физические, ментальные, эмоциональные и духовные аспекты в человеке неразрывны и взаимосвязаны.

Холистический подход в области психического здоровья (рис. 1) дает возможность более широкого, многогранного и целостного понимания природы человека, ориентируя врача не только на учет, но и на анализ взаимодействия физических, психических и соци-

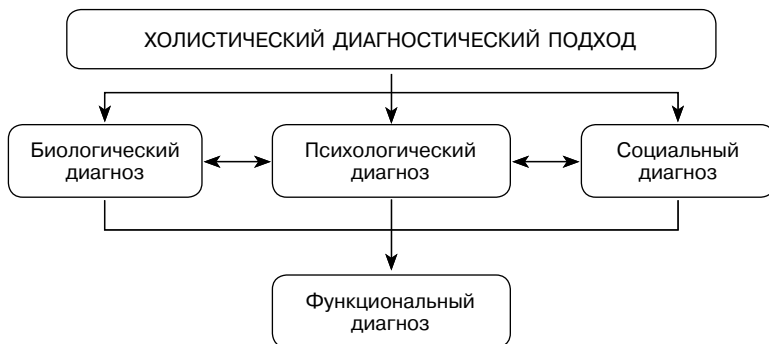


Рис. 1. Схема холистического диагностического подхода

альных факторов, влияющих на функциональное состояние пациента, и предполагает постановку **биологического (клинико-психопатологического), психологического, социального и функционального** диагнозов (Коцюбинский А. П. [и др.], 2015).

Это обстоятельство делает необходимым детально рассмотреть каждый из структурных компонентов, в совокупности дающих целостное представление о больном человеке.

Глава 1

БИОЛОГИЧЕСКИЙ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ) ДИАГНОЗ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Представление о биологическом (клинико-психопатологическом) диагнозе в психиатрии связано с развитием идей о биологическом *адаптационно-компенсаторном* потенциале — совокупности морфофункциональных базовых саногенных механизмов пациента, обеспечивающих возможность сохранения определенного образа жизни индивидуума в конкретных условиях изменившейся внутренней и внешней среды.

В биологическом диагнозе, как нам представляется, целесообразно различать базовые биологические характеристики, а также формирующиеся на их основе преморбидные, «переходные» и морбидные характеристики (рис. 2).

Базовые характеристики являются основой биологической адаптации индивида и в той или иной степени задействованы во всех звеньях этиопатогенеза психических заболеваний. Базовые характеристики обуславливают взаимосвязь нервной (генетически детерминированной с возможными органическими «наслоениями»), иммунной и эндокринной систем, интегрированных в функциональную общность, обеспечивающую поддержание динамического гомеостаза и целостности организма. Однако тесная их взаимосвязь означает высокий риск нарушения функции всех трех систем независимо от локализации первичного патологического процесса в одной из них.

К базовым характеристикам относятся:

1. Генетический фактор — наследственно детерминированный, определяющий вероятность возникновения у индивидуума определенной предрасположенности к нервно-психической патологии.

2. Органический фактор. Исследования резидуальных церебрально-органических поражений (церебральная травма; соматическая патология; длительная интоксикация, связанная с употреблением психоактивных веществ; воздействие инфекционных агентов и др.) свидетельствуют, что органическая «почва» может выступать в качестве:

– патогенетического фактора, имеющего самостоятельное значение: например, при выраженных формах органической парциальной психической незрелости, проявления которой выходят за рамки пограничной психической патологии;

– патопластического, или патокинетического, фактора, видоизменяющего основные клинико-динамические параметры заболевания при нерезко выраженных психоорганически-церебральных расстройствах, например при так называемых органических личностных проявлениях;

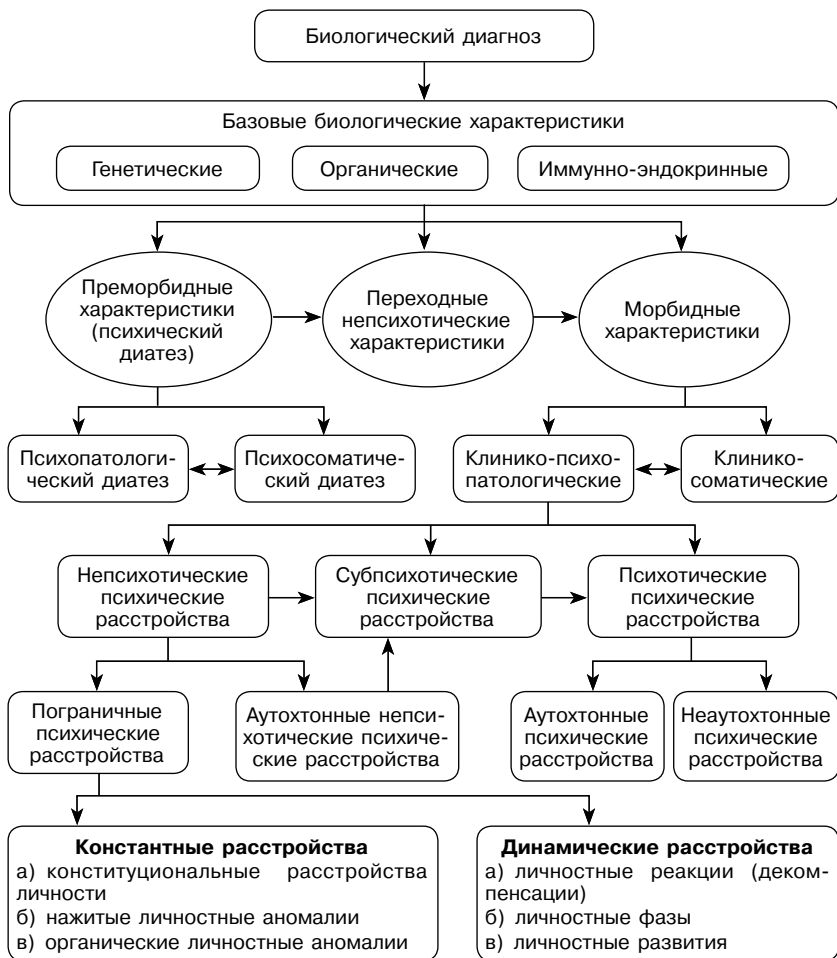


Рис. 2. Схема биологического диагноза

Татьяна Артуровна **Караева**,
Александр Петрович **Коцюбинский**

**ХОЛИСТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Редактор *К. С. Шарков*
Корректор *Т. А. Диг*
Компьютерная верстка *Е. В. Саватеевой*

Подписано в печать 25.12.2017. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ. л. 18. Тираж 500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит”».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.
Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии ООО «Литография Принт».
191119, Санкт-Петербург, ул. Днепропетровская, 8