

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-02>

Холистический подход к постановке функционального диагноза в психиатрии и общей медицине

Г.Н. Носачев, доктор медицинских наук, профессор,
И.Г. Носачев, кандидат медицинских наук
Самарский государственный медицинский университет
E-mail: nosachev.g@mail.ru

Обосновывается необходимость целостного подхода к диагностике в медицине. Цель статьи – на примере холистического подхода к функциональной диагностике в психиатрии показать его значение для соматической медицины. Функциональная диагностика в психиатрии включает в себя биологическую, психологическую и социальную диагностику, что позволяет осуществлять все этапы лечебно-реабилитационных мероприятий. Обсуждается возможность эффективного использования функциональной диагностики в соматической медицине, что может существенно повысить результативность лечебно-реабилитационных мероприятий, вторичной и третичной профилактики.

Ключевые слова: психиатрия, холизм, методология, биологический, психологический и социальный (функциональный) диагноз в медицине.

Для цитирования: Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Холистический подход к постановке функционального диагноза в психиатрии и общей медицине // Врач. – 2020; 31 (4): 8–12. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-02>

Ни XX век, ни начало XXI века не сформировали Общей, комплексной науки о человеке. Есть большое число конкретных социальных наук, изучающих человека в определенной проекции, создающих идеальные модели отдельных сторон многогранного феномена человека. Но эти модели и знания о человеке существуют сами по себе, не пересекаясь и не соединяясь. Особенно отчетливо это видно в медицине и психологии. Так, В.М. Дильман (1987) приходит к выводу о необходимости создания интегральной медицины, а Ю.П. Лисицына (2001) – психологической медицины.

В современных условиях существует практическая необходимость в интеграции наук о человеке в единую комплексную дисциплину – человековедение, или антропологию. Общая антропология сегодня исследует проблемы становления человека и развития его как биосоциального существа. Выделяют ряд частных разделов антропологии: от педагогического К.Д. Ушинского до социального (культурного). Однако правильнее говорить об антропологическом подходе в конкретных науках. На обобщающий методологический подход

претендует философская антропология, исследующая вопросы о природе, смысле существования человека, отличии его от других форм жизни.

Главный вопрос антропологического принципа (подхода) в конкретных науках – вопрос о сущности человека, путях, средствах и сфере его становления и умирания. Медицина – система научных знаний и практической деятельности, цель которых – укрепление и сохранение физического и психического здоровья, продление жизни людей через конкретную личность, предупреждение и лечение болезней и улучшение качества жизни. Медицина предполагает научное обоснование основных проявлений соматических, неврологических и психических заболеваний, их особенностей, закономерностей и тенденций изменения в норме, в условиях патологии и здоровья, адаптации – дезадаптации, компенсации – декомпенсации.

Научное обеспечение медицины реализуется комплексом биологических и клинических дисциплин. Клинические дисциплины в медицине все больше дифференцируются, и хотя все они касаются человека, его органов и систем, в то же время все дальше и дальше уходят от человека и феноменов человеческого бытия в целом. Главный подход к новой системе антропологически ориентированных наук, включая медицину, в частности психиатрию, и подход к образованию врачей должен основываться на антропологической философии и психологии и принадлежать к биопсихосоциально-духовной модели человека.

Родившийся в недрах социальной службы и сформированный для целей работы и отношений с пациентом (клиентом), учитывающий прежде всего поведение, индивидуальность, теоретически обоснованный Х. Перлманом, биопсихосоциальный подход используется преимущественно в отечественной психиатрии (В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов и др.). К сожалению, данные парадигмы, разрабатываемые в российской психиатрии, особенно в психотерапии (Б.Д. Карвасарский, Г.Н. Носачев и др.), остаются малоизвестными в соматической медицине. Между тем они должны стать основой концепции гуманизации высшего медицинского образования, должны составлять философско-этически-экологически ориентированную социально-психологическую теорию личности современного врача при биопсихосоциально-духовной парадигме человека в норме и в условиях патологии, здоровья и болезни, адаптации и дезадаптации, компенсации и декомпенсации. По нашему мнению, эти подходы и принципы должны использоваться и при постановке функционального диагноза в психиатрии.

Целью авторов было на основе холистического подхода к функциональной диагностике в психиатрии показать его значение и возможности использования в соматической медицине.

МАТЕРИАЛ И ОБСУЖДЕНИЕ

Теория познания, философия науки и доказательная медицина в клинических нейронауках (в первую очередь – в психиатрии) и других клинических дисциплинах, опираясь на концептуальную трансдукцию методологии познания, используют антропологический и биопсихосоциальный подходы, т.е. холистический (целостный) подход к диагностике и терапии не только психических и поведенческих расстройств, но и во всей клинической медицине.

Диагностика (диагноз) является специфической формой познания, представляющей собой процесс распознавания болезни с опорой на предмет и методы исследования в данной медицинской дисциплине (субнауке) [1–7]. По мнению В.И. Крылова, «диагностика в клинической медицине основывается на тесно связанных между собой компонентах. Технический компонент диагностики включает в себя общие и специальные, лабораторные и инструментальные методы выявления признаков болезни. Семиотическая диагностика связана с оценкой диагностического и прогностического значения симптомов и синдромов болезни. Наконец, логический компонент диагностического процесса отражает специфические особенности клинического мышления в процессе познания болезни» [6].

Базовым положением биопсихосоциальной концепции диагностики психического расстройства (заболевания) соответственно является единство 3 глобальных факторов (в разных соотношениях): биологического, психологического и социального.

Следовательно, диагноз при холистическом подходе к диагностике включает в себя биологический диагноз (соматический, «органный», «болезнь мозга»), психологический и социальный, которые вместе составляют функциональный диагноз [4, 5]. Он учитывает как индивидуальные особенности организма и органа (мозга), так и индивидуальность психики субъекта деятельности и личности пациента и особенности его микро- и макросоциума.

Еще один важный постулат функционального диагноза – «адаптационно-компенсаторные механизмы» его составляющих в формировании как соматических, неврологических, так и психопатологических симптомов и синдромов заболевания.

В частности, междисциплинарный характер диагностики, например, синдрома деменции, при более чем 100 соматических заболеваниях не вызывает сомнений. Проблема в том, что при холистическом диагностическом подходе невролог (ранее – врач общей практики) ставит биологический (неврологический, морфологический) диагноз, а психиатр – как частично биологический (психопатологический), нозологический (единый у неврологов и психиатров), так и психологический, который формируется совместно с клиническим психологом, и социальный. Только при

их единстве возникает функциональный диагноз, например деменции (синдромальный и нозологический), особенно важный на лечебно-реабилитационных, адаптационных и социально-реабилитационных этапах [7].

Базовые биологические характеристики биологического диагноза основаны на данных генетических, органических и иммуноэндокринных, лабораторных и параклинических исследований. В результате формируются клиничко-соматический (неврологический) и клиничко-психопатологический синдромальные диагнозы, в диапазоне от непсихотических до психотических, от позитивных до негативных (последние при прогрессивном течении болезни приводят к развитию синдрома деменции). Но биологическая диагностика не предусматривает использования клиничко-психологического метода с применением клиничко-психодиагностики и биологический диагноз не строится на нем [9]. И хотя клиничко-психология (нейро- и патопсихология) формально отнесена к клиническим нейронаукам, она является самостоятельным междисциплинарным разделом прикладной и практической психологии в медицине, преимущественно в психиатрии, и не может входить в структуру биологической диагностики (несмотря на исследовательскую «моду» в соматической медицине, включая неврологию). Да и некоторые психиатры стали проводить даже в психиатрии нейропсихологическое исследование вместо классического патопсихологического.

Психологический диагноз, по мнению А.П. Кочубинского, – «результат исследования аспектов структуры личности пациента и особенностей его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клиничко-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления» [5], а также результат активного участия исследователя во вторичной и третичной профилактике, формирования копинг-стратегии поведения в борьбе с дезадаптацией и декомпенсацией проявлений болезни, повышения качества жизни в условиях болезни и ремиссии.

В психологическую диагностику само понятие «диагноз» пришло из медицины, что до сих пор создает разночтения при толковании диагноза исследователем и потребителем (потребитель – пациент, его родственники), а в клиничко-психологии – врачом и пациентом (его родственниками). Понятие «диагноз» включает в себя такие интерпретации, как «междузнание», «знание», «знание, отличное от другого» и т.д., что в конечном счете является познанием в конкретной области, направленным не только на понимание происходящего (с человеком, машиной, природой), но в ряде случаев отражающим и организующим практическую деятельность как пациента (клиента), так и врача.

Как в медицине, так и в психологии используются 2 понятия: «диагноз» и «диагностика». Последний тер-

мин употребляется для обозначения процесса формирования знания. В медицине определение «диагноз» является более широким понятием: название болезни (расстройства), синдрома, нозологической формы и вытекающей из них практической деятельности. В современной психологии, особенно в клинической психологии, термином «диагноз» обозначают некое мнение (заключение) или исключение какой-то психической деятельности. Ясно одно: без диагностического процесса (психодиагностики, диагностики) не будет и диагноза (заключения, мнения, решения и т.д.).

Психологический диагноз может быть основой оптимального профессионального самоопределения личности пациента, а в клинической медицине способствует как клинической диагностике болезни (расстройства), так и решению диагностических, лечебных и реабилитационных задач.

При прогрессирующем развитии психодиагностики как раздела психологии задачи и их практическое решение при осмыслении психологического диагноза остаются плохо разработанными как с позиций собственно психологии, так и с позиций клинической медицины и клинической психологии. Между тем именно психологический диагноз позволяет, с одной стороны, поставить клинический диагноз и провести его дифференциацию, с другой — понять роль пациента в практической деятельности врача и медицинского учреждения и с третьей стороны — решить отдельные вопросы реабилитации и терапии, а также прогноза и последующей профилактики. Не менее актуальны следующие вопросы психодиагностики:

- разрыв между возрастающим числом психологических тестов (опросников) и возможностями современной психологической науки и клинической практики;
- недостаточная разработанность вопросов о научных основах постановки психологического диагноза, особенно с учетом того, что современная психодиагностика в большей степени является математической статистикой (норма, надежность, валидность), чем клинко-психологической теорией;
- разработка психодиагностических методик, ориентированных на психолога-исследователя; в настоящее время они чаще используются неспециалистами, что приводит к клиническим курьезам замены психологического исследования якобы клиническим;
- незавершенность процесса формирования терминологического аппарата психологического диагноза;
- отсутствие в современной психологии, особенно клинической, концептуальных схем, позволяющих достаточно четко и полно объяснить факты из различных областей использования психологического диагноза, их взаимосвязей и т.д. [8, 9].

Диагностика как практическая деятельность осуществляется в целях познания преобразования реального состояния объекта (субъекта), при котором происходит переход от общего к частному, от главного к второстепенному и от познания сущности объекта, при котором идут от частного к целому, от науки к практике. Диагностика базируется на научно-практической деятельности, когда больного обследует «... в лице врача вся современная мировая клиническая медицина» [5]. При этом необходимо знать структуру объекта (субъекта) диагностики, способы его обследования, стадии постановки диагноза. В психологии объектом исследования является человек (субъект) как система «второго порядка», а не первого, как считают некоторые интернисты, в частности неврологи.

Психологический диагноз включает в себя также:

- личностные характеристики — ценностные ориентации, в том числе психическое здоровье, внутреннюю картину болезни (рецидив, дезадаптация, декомпенсация) — внутреннюю картину здоровья (превенции поведения) и др.;
- интрапсихические отношения (конфликты);
- психологические адаптационно-компенсаторные механизмы — психологические защиты, копинг-стратегии и внутреннюю картину болезни (здоровья).

Психологический диагноз — прерогатива только клинического психолога, хотя конкретные диагностические задачи ставятся врачами на разных этапах диагностики от постановки предварительного диагноза до заключительного в виде синдромального — нейропсихологического или патопсихологического, а не клинического.

Здесь целесообразно вспомнить, что широкое, но методологически непродуманное использование ряда психологических опросников и тестов для подтверждения неврологами клинко-психопатологического (соматического) диагноза, например деменции, привело к появлению «терминологического хлама» в виде ошибочного («нелепого») диагноза «преходящие деменции», что чаще всего было обусловлено клинически не выявленными синдромами легкого оглушения, ундулирующей астенией, депрессией [7]. На этот факт указывают также А.П. Коцюбинский и соавт. [4]: «Можно различать первичную и вторичную негативную симптоматику (нейроклинический дефицит. *Прим. авт.* [7]); вторичные (псевдодефицитарные) негативные расстройства привнесены в картину болезни другими факторами, такими как депрессия, необычный дефект терапии, продуктивные расстройства, явления госпитализма» [5].

Социальный диагноз включает в себя социальные характеристики личности (социальный статус и межличностные конфликты), социальные компетенции и внешние социальные ресурсы (семья и внесемейные окружения и отношения).

Итак, диагноз в психиатрии, в частности диагноз органического поражения (дисфункции) головного мозга, в первую очередь связанный с неблагоприятным старением и прогрессирующим течением болезни вплоть до развития синдрома деменции, должен быть обязательно функциональным диагнозом на всех этапах течения болезни. Не менее важен функциональный диагноз и в соматических дисциплинах. Интегративные характеристики функционального диагноза позволяют своевременно выявлять затруднения (дезадаптацию, снижение, нарастание нарушений) познавательной деятельности, прогнозировать и управлять течением болезни, разработав лечебно-профилактические, риадаптационные и социально-реабилитационные мероприятия.

Междисциплинарный подход к функциональной диагностике как в психиатрии, так и в соматической медицине не только не исключает принцип демаркации клинических наук как по предмету науки (субнауки), так и по методам исследования, но и является обязательным. Например, органические психические расстройства (заболевания) одновременно относятся и к биологическим (естественным, дескретивным) наукам, и к прагматическим (аксиологическим, ценностным), таким как психиатрия, психотерапия, клиническая психология, т.е. предметом первой являются объекты (человеческий организм, в частности головной мозг), предметом второй – психическая деятельность личности, поведение, социальное функционирование человека, что собственно и исследует функциональная диагностика.

При органических психических расстройствах разные науки (субнауки) объединяет принцип трансдисциплинарности. В конечном счете все 3 уровня клинических наук – объектный (хирургия, неврология и др.), ментальный и языковой (преимущественно психиатрия и клиническая психология) – должны отвечать принципу объектной, ментальной и языковой относительности и дополнять друг друга. Абсолютизация одного из них будет наносить ущерб двум другим, делая их несостоятельными. При формировании теории трансдисциплинарности принцип относительности дополняется принципом инвариантности, что не только не противоречит высокому уровню предлагаемой теории, но и отражает его. То же происходит при большинстве затяжных и хронических соматических заболеваний. Нарушения принципов функциональной диагностики часто приводят к дезадаптации, декомпенсации, госпитализму, инвалидности в связи с недооценкой и (или) отсутствием работы с психологическим, реже – с социальными диагнозами пациента.

В организационно-правовом поле для постановки функционального диагноза в психиатрии предусмотрено наличие полипрофессиональной бригады, в которую входят врач-психиатр, психотерапевт, клинический психолог и социальный работник (психолог), участвующие во всех этапах диагностики и реабилитации.

Еще в 70-е годы М.М. Кабановым [10] были разработаны 4 принципа реабилитации психически больных при диспансерном наблюдении в дневных стационарах (к слову, введенных в практику психиатрами так же, как и этапы реабилитации). Все эти начинания психиатров совершенно обоснованно вошли в неврологическую практику как врачей, так и психологов и социальных работников, т.е. в практику всей полипрофессиональной бригады, и могут быть спроецированы и далее на соматическую медицину.

Приведем принципы реабилитации по М.М. Кабанову:

- 1-й – партнерство врача и пациента, предусматривающее апелляцию к личности последнего;
- 2-й – разносторонность (разноплановость) усилий в мероприятиях, направленных на разные стороны психосоциального функционирования больного;
- 3-й принцип – единство биологических и психосоциальных воздействий, направленных на восстановление (сохранение) личного и социального статуса больного;
- 4-й принцип – ступенчатость, переходность усилий и мероприятий, обуславливающих достижение конечной цели реабилитации, восстановления, сохранения личного и социального статуса больного.

Принцип 1-й – партнерство врача (клинического психолога, социального работника) и больного, предусматривающее обращение (апелляцию) к личности пациента, к его ценностям и установкам. Обязательным условием его реализации является доверительный контакт в системе врач–пациент (а в последующем – психолог или социальный работник – пациент), необходимость их тандемного (в последующем – командного) взаимодействия.

Принцип 2-й – разносторонность усилий, воздействий и мероприятий, направленных не только на организм больного, но и на разные стороны его психосоциального функционирования (отношение к своему «я», своей болезни, будущему – в частности, к модели ожидаемых результатов лечения, семье, окружающим людям, работе, учебе, отношению к обществу в целом). Большое значение здесь приобретает квалифицированная помощь клинического психолога, социального работника, при необходимости – юриста, педагога, священнослужителя и т.д.

Принцип 3-й – единство биологических и психосоциальных воздействий (единство, но не тождество), направленных и на организм, и на личность, и на среду больного человека, при необходимости – участие в реализации этого принципа нескольких специалистов.

Наконец, 4-й принцип реабилитации – ступенчатость, переходность различных воздействий, как биологических (медикаментозных, физиотерапевтических

и др.), так и, особенно, психосоциальных. К последним относят в первую очередь психотерапию, включая групповую и семейную, терапию средой, занятостью, трудотерапию, а также психологическое, социальное и юридическое консультирование и вместе с тем — выработку и овладение копинг-стратегией поведения личности.

Как указывает отечественный философ В.А. Канке, «подлинный принцип предполагает проявление его потенциала в цепочке концептов: принципы — законы — модели — факты» [11].

Предложенная концепция функциональной диагностики создает интертеоретические отношения концептуальных переходов, в которых реализуются отношения: а) проблематизации и интерпретации; б) генерализации и специфичности; в) супервенции и ограничения, т.е. эту концепцию можно считать наиболее современной теорией и фактором практики клинических наук (концепция на стыке наук).

Итак, методологическое уточнение составляющих функциональной диагностики в психиатрии на основе междисциплинарности с учетом биопсихосоциального подхода позволяет утверждать, что есть все основания считать ее научно обоснованной, ориентированной на единую антропологическую холистическую концепцию в клинической медицине преимущественно при затяжных и хронических соматических, неврологических и психических расстройствах (заболеваниях). Практически она реализуется в постановке функционального диагноза.

Назрела практическая необходимость в проведении институционального дискурса («круглого стола» и т.п.) представителей всех клинических наук, связанных с диагностикой соматических, неврологических и психических расстройств, необходимость в выработке организационно-нормативных, организационно-правовых, методологических вопросов единой практики (стандарта, алгоритма) диагностики, т.е. в конечном счете — в выработке принципов персонифицированной медицины.

В заключение снова процитируем В.А. Канке: «Радуем за такую методологию научного познания, которая, опираясь на достижения суб- и метанаук, достигает этических высот» [11].

* * *

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/Reference

1. Тарасов К.В., Беликов В.К., Фролов А.М. Логика и семиология диагноза / М., 1989; 342 с. [Tarasov K.V., Belikov V.K., Frolov A.M. Logika i semiologiya diagnoza / M., 1989; 342 s. (in Russ.)].

2. Казначеев В.Н., Куинов А.Д. Клинический диагноз / Новосибирск, 1992; 184 с. [Kaznacheev V.N., Kuinov A.D. Klinicheskii diagnoz / Novosibirsk, 1992; 184 s. (in Russ.)].

3. Чернорук А.В. Диагностика внутренних болезней / М.: Медицина, 1953; 178 с. [Chernoruk A.V. Diagnostika vnutrennikh boleznei / M.: Meditsina, 1953; 178 s. (in Russ.)].

4. Коцюбинский А.П. Холистический подход при диагностике психических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2015; 4: 22–30 [Kotsubinsky A.P. Holistic Diagnostic Approach to Diagnosis of Mental Disorders // Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. — 2015; 4: 22–30 (in Russ.)].

5. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А. и др. Функциональный диагноз в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2011; 1: 4–8 [Kotsjubinsky A.P., Shejnina N.S., Aristova T.A. et al. The functional diagnosis in psychiatry // Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. — 2011; 1: 4–8 (in Russ.)].

6. Крылов В.И. Клиническая диагностика психических и поведенческих расстройств: семиотический и логический аспекты // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. — 2015; 17 (3): 22–5 [Krylov V.I. Clinical diagnostics mental and behavioral disorders: the semiotic and logical aspects // Psikiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P.B. Gannushkina. — 2015; 17 (3): 22–5 (in Russ.)].

7. Носачев Г.Н. Синдром деменции в понимании неврологов и психиатров (методология диагноза). Аналитический обзор // Российский психиатрический журнал. — 2017; 5: 42–9 [Nosachev G.N. The Syndrome of Dementia in the Understanding of Neurologists and Psychiatrists (methodology of diagnosis) // Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal. — 2017; 5: 42–9 (in Russ.)].

8. Психологическая диагностика: учебное пособие. Под ред. М.К. Акимовой / СПб: Питер, 2005; 304 с. [Psikhologicheskaya diagnostika: uchebnoe posobie. Pod red. M.K. Akimovoi / SPb: Piter, 2005; 304 s. (in Russ.)].

9. Носачев Г.Н. Клинико-психологический метод: возможности и заблуждения диагностики Психологические исследования. Сборник научных трудов / Самара: Изд-во Самарского ун-та, 2013; вып. 10; с. 137–53 [Nosachev G.N. Kliniko-psikhologicheskii metod: vozmozhnosti i zabluzhdeniya diagnostiki Psikhologicheskie issledovaniya. Sbornik nauchnykh trudov / Samara: Izd-vo Samarskogo un-ta, 2013; vyp. 10; s. 137–53 (in Russ.)].

10. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.: Медицина, 1972; 256 с. [Kabanov M.M. Reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh / M.: Meditsina, 1972; 256 s. (in Russ.)].

11. Канке В.А. Методология научного познания / М.: Омега-Л, 2013; 255 с. [Kanke V.A. Metodologiya nauchnogo poznaniya / M.: Omega-L, 2013; 255 s. (in Russ.)].

A HOLISTIC APPROACH TO FUNCTIONAL DIAGNOSIS IN PSYCHIATRY AND GENERAL MEDICINE

Professor **G. Nosachev**, MD; **I. Nosachev**, Candidate of Medical Sciences
Samara State Medical University

The paper substantiates the necessity of applying a holistic approach to diagnosis in medicine. The purpose of the article is to show the significance of the holistic approach to functional diagnosis for somatic medicine, by using this approach in psychiatry as an example. The functional diagnosis in psychiatry involves biological, psychological, and social diagnoses, which makes it possible to implement all treatment and rehabilitation stages. Whether functional diagnosis can be effectively use in somatic medicine is discussed, which can considerably enhance the efficiency of treatment and rehabilitation measures and secondary and tertiary prevention.

Key words: psychiatry, holism, methodology, biological, psychological, and social (functional) diagnosis in medicine.

For citation: Nosachev G., Nosachev I. A holistic approach to functional diagnosis in psychiatry and general medicine // *Vrach.* — 2020; 31 (4): 8–12. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-02>