

А. П. Коцюбинский

**МНОГОМЕРНАЯ (ХОЛИСТИЧЕСКАЯ)
ДИАГНОСТИКА В ПСИХИАТРИИ
(биологический, психологический,
социальный и функциональный
диагнозы)**

Санкт-Петербург
СпецЛит
2017

УДК 616.89
К75

Автор:

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева.

Рецензенты:

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

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

Коцюбинский А. П.

К75 Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А. П. Коцюбинский. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 285 с. — ISBN 978-5-299-00884-5.

Монография содержит материал, отражающий современные представления о признании биопсихосоциальной сущности психических расстройств. В рамках этих представлений изложены системные адаптационные и уязвимость — диатез — стрессовые модели психических заболеваний, являющиеся базовыми для холистического подхода при диагностике и терапии психических расстройств. Это предполагает многоаспектную диагностику, формулируемую в рамках биологического, психологического, социального и функционального диагнозов, которые являются основополагающими для содержательной работы специалистов различного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников) в рамках бригадной формы организации их деятельности, поскольку позволяют специалистам сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из членов бригады.

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

УДК 616.89

ISBN 978-5-299-00884-5

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2017

Оглавление

Условные сокращения	4
Введение	8
ГЛАВА 1. Методологическое обоснование холистического диагностического подхода при эндогенных психических расстройствах.	15
ГЛАВА 2. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств	20
ГЛАВА 3. Холистический подход при диагностике психических расстройств	31
3.1. Биологический диагноз	32
3.2. Психологический диагноз	85
3.3. Социальный диагноз.	113
3.4. Функциональный диагноз	122
3.4.1. <i>Функционально-динамические показатели биологической адаптации</i>	126
3.4.2. <i>Функционально-динамические показатели психологической адаптации</i>	151
3.4.3. <i>Функционально-динамические показатели социальной адаптации</i>	195
Заключение	206
ПРИЛОЖЕНИЯ.	215
Приложение 1. Шкала PSP	215
Приложение 2. Шкала медикаментозного комплайенса.	219
Приложение 3. Опросник субъективной удовлетворенности лечением.	224
Приложение 4. Шкала КЖ2Ф.	227
Приложение 5. Шкала GAF	236
Приложение 6. Шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах	238
Литература	243

Условные сокращения

- БАР — биполярное аффективное расстройство
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ВОЗЖ-100 — шкала качества жизни (Всемирная организация здравоохранения), 100 вопросов
ВПА — Всемирная психиатрическая ассоциация
ГКЖ — глобальное качество жизни
ГГН — гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система
ИТТ — интегративный тест тревожности
КЖ — качество жизни
КЖСД-46 — качество жизни (семантический дифференциал), 46 вопросов
КЖСМ-44 — качество жизни (специфический модуль), 44 вопроса
КПТ — коэффициент приверженности терапии
ЛКОЛП — Ланкаширская шкала качества жизни
МЭМС — микроэлектронная мониторинговая система
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКБ-9 — Международная классификация болезней 9-го пересмотра
МКР — международные критерии ремиссии
ПКЖ — психотикозависимое качество жизни
ПКЖ2Ф — психотикозависимое качество жизни, двухформатная шкала
ППД — постпсихотическая депрессия
СКФКР — стандартизированные клиничко-функциональные критерии ремиссии
СУЛ — опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре
ТОБОЛ (тип отношения к болезни) — методика для психологической диагностики типов отношения к болезни
ШМК — шкала оценки медикаментозного комплайенса в психиатрии
ШСО — см. FES
AES — Apathy Evaluation Scale, шкала оценки апатии
АСТ — Assertive community treatment, бригада интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе
BPRS — Brief Psychiatric Rating Scale, краткая психиатрическая рейтинговая шкала

- CDSS – Calgary Depression Schizophrenia Scale, специальная шкала для оценки депрессии у больных шизофренией
- CGI – Clinical Global Impression, шкала общего клинического впечатления
- CGI-SCH – Clinical Global Impression-Schizophrenia scale, шкала общего клинического впечатления (шизофрения)
- CMHT – Multidisciplinary community mental health teams, мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе
- DFS – Defensive Functioning Scale, шкала защитных механизмов
- DIS – Diagnostic Interview Schedule, стандартизованная схема диагностического опроса психически больных
- DSM-III-R – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, третья редакция, пересмотренная
- DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция
- DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, четвертая редакция, пересмотренная
- DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, пятая редакция
- FES – Family Environment Scale, шкала семейного окружения
- FKBS – Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien, тест исследования механизмов психологической защиты
- GAF – Global Assessment of Functioning Scale, глобальная оценка уровня функционирования
- GARF – Global Assessment of Relational Functioning, глобальная оценка уровня отношений
- GKJ – см. ГКЖ
- HAMD – Hamilton Depression Rating Scale, шкала депрессии Гамильтона
- HARS – Hamilton Anxiety Rating Scale, шкала Гамильтона для оценки тревоги
- HDRS – Hamilton Rating Scale for Depression, рейтинговая шкала депрессии Гамильтона

- LQOLP (The Lancashire Quality of Life Profile) — см. ЛКОЛП
- MADRS — Montgomery — Åsberg Depression Rating Scale, рейтинговая шкала депрессии Монтгомери — Асберга
- MARS — Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness, Мэрилендская шкала оценки восстановления при тяжелых психических заболеваниях
- MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Миннесотский многомерный личностный опросник
- MSIF — Multidimensional Scale of Independent Functioning, многомерная шкала независимого функционирования
- NOSIE-30 — Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation, шкала оценки поведения госпитализированных пациентов средним медицинским персоналом
- PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale, шкала позитивных и негативных синдромов
- PKJ — см. ПКЖ
- PSE — Present State Examination, стандартизованная схема опроса психически больных
- PSP — Personal and Social Performance Scale, шкала личного и социального функционирования
- RSAS — Revised Social Anhedonia Scale, шкала оценки социальной ангедонии
- SADS — Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia, стандартизованная схема каталога аффективных расстройств при опросе психически больных
- SANS — Scale for the Assessment of Negative Symptoms, шкала для оценки негативных симптомов
- SAPS — Scale for the Assessment of Positive Symptoms, шкала для оценки позитивных симптомов
- SAS — Social Adjustment Scale, шкала социальной адаптации
- SAS-SR — Social Adjustment Scale Self-Report, самоопросник шкалы социальной адаптации
- SBAK — Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten, тест самооценивания способов психологической защиты
- SBS — Social Behavior Schedule, шкала социального поведения
- SF-36 — Medical Outcomes Study Short Form, опросник (Health Status Survey), шкала для оценки качества жизни, 36 вопросов

- SFS — Social Functioning Scale, шкала социального функционирования
- SOFAS — Social and Occupational Functioning Assessment Scale, шкала уровня функционирования в социальной сфере и сфере занятости
- SVF — Stressverarbeitungsfragebogen, тест исследования копинг-стратегий
- UCLA recovery criteria — критерии восстановления Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе
- UPSA — UCSD Performance-based Skills Assessment, методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий
- WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Measuring Instrument) — см. ВОЗКЖ-100

Введение

Еще в 1948 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни, физического или умственного недостатка». Таким образом, утвердилась точка зрения, стремившаяся учесть разнообразные интересы пациентов в процессе лечения. Согласно позиции современной медицины, хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие выражается в удовлетворении его потребностей и адаптации в физической, психологической и социальной сферах. В связи с этим основной целью психиатрической реабилитации является интеграция психически больных в социальную реальность, адаптация пациента к жизни в семье и обществе. При этом внимание медиков все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Это обстоятельство вызвало необходимость пересмотра диагностических критериев при оценке психических расстройств.

Категория «диагностика», используемая в настоящее время в психиатрии, близка, но не идентична другим важным категориям — «систематизации психических расстройств» и «классификации психических расстройств».

Диагностика (гр. *diagnosis* — распознавание) — это процесс сбора данных для точного определения и идентификации болезни, рассматриваемой в единой системе болезненных расстройств. Диагностическая мысль движется от общего — нозологии, формы болезни — к частному — особенностям ее реализации у конкретного пациента. Диагноз больного является завершающим этапом диагностики, он требует максимальной индивидуализации.

Таким образом, **цель диагностики** — это постановка индивидуального диагноза для выбора тактики лечебно-восстановительных мероприятий и определения прогноза болезни. Однако диагностика в психиатрии затруднена в связи с отсутствием систематизации психических расстройств и возможности использования их классификации.

Цель систематизации (гр. *systematikos* — упорядоченный) — не быть только каталогом нормативов различных видов психических расстройств, а определить теоретические концепции, практическую направленность, социальную значимость изучаемых явлений и определить перспективы развития психиатрии как медико-социальной науки.

Психиатрическая классификация (гр. *classis* — разряд; *facere* — делать) — это в первую очередь договорное (путем достижения ведущими специалистами относительного консенсуса) упорядочивание многочисленных диагностических дефиниций, соответствующих современному уровню знаний о природе психических нарушений. В результате удается достичь стандартизации проявлений психических расстройств, пригодной для статистической расшифровки болезней.

Таким образом, если диагностика — это первый шаг в оценке больного и ее основной целью является определение показаний к терапии, то классификация является завершением диагностического процесса и базисом статистических, эпидемиологических и других научных исследований.

Первоначальные попытки классификации психических расстройств были связаны с психопатологическим описанием и в конечном счете с нозологической их обоснованностью.

Это соответствовало традиционному для отечественной психиатрии **категориальному подходу**, характеризующемуся простотой использования в практике, в том числе в условиях дефицита времени и информации (Павличенко А. В., 2013), и подразумевало наличие четких качественных границ между нормой и патологией, а внутри патологических состояний — между различными диагностическими единицами (каждая из которых представляет собой интеграцию различных элементов в одну психопатологическую структуру), что оказывается невозможным до момента манифеста основной симптоматики, удовлетворяющей критериям, которые часто весьма несовершенны, но конвенционально согласованы психиатрическим сообществом. Как отмечает С. Н. Мосолов (2012), методологические проблемы современных классификаций психических расстройств заключаются в том, что до последнего времени аутохтонные (эндогенные) заболевания подаются как дискретные, качественно самостоятельные диагностические единицы (нозологические или, реже, синдромальные), а не как варьирующиеся в своей интенсивности и поддающиеся измерению (т. е. не как континуум или спектр состояний).

При этом в случае присутствия полного или частичного набора симптомов, удовлетворяющих критериям сразу двух или более диагностических категорий, без достаточных оснований возникает искусственная проблема коморбидности (лат. *co* — вместе; *morbus* — болезнь), при формализованном понимании которой, как отмечает В. Н. Краснов (2011), утрачивается истинная статистическая картина распространенности расстройств и игнорируется понимание их природы. Кроме того, тезис о том, что в психиатрии, как и в других медицинских специальностях, клинические показа-

тели по своей сути являются качественными, остается не совсем ясным, что в значительной мере обуславливает отсутствие четких границ большинства психиатрических категорий (Мартынихин И. А., 2013).

Для точной диагностики психических расстройств недостаточно только констатации патологических изменений, так как необходимо также изучать этиологию и патогенез заболевания. В психиатрии же до последнего времени в одних случаях нозологический диагноз вытекает непосредственно из этиологического фактора (например, при прогрессивном параличе), в других — определяется закономерностями течения и наиболее вероятного исхода болезни (как в случае шизофрении и аффективных психозов), в-третьих — отражает историю развития характера либо психогенных и экзогенных типов реакции.

В результате нозологический принцип классификации столкнулся с серьезными трудностями. Во-первых, в значительной степени он оказался конвенциональным и лишенным единого подхода при выделении различных форм психических расстройств. Во-вторых, сами критерии нозологического разграничения менялись с течением времени даже в рамках одной психиатрической школы, не говоря о неодинаковом их понимании представителями различных школ. В-третьих, он оказался недостаточным для целостной оценки состояния больного и с этой точки зрения — прогностически неполноценным.

Большинство традиционно мыслящих психиатров оказались лицом к лицу с тем фактом, что «феноменологическая оценка, составляющая основу нозологической диагностики, не раскрывает полностью уровень и потенциал сохранности или степень декомпенсации личностных возможностей в той или иной сфере жизнедеятельности человека» (Фролов Б. С., Рустанович А. В., 1998; Рустанович А. В., 2000). На это же обращали внимание и западные исследователи. В частности, необходимость преодоления односторонности синдромально-нозологического диагноза в психиатрии отмечалась еще К. Ясперсом (1997), который выделял три цели:

- 1) обнаружение конкретного заболевания (наука — нозология);
- 2) обнаружение того, в чем именно состоит «свойство» данного индивида во всей совокупности его соматических, психических и духовных аспектов (наука — эйдология);
- 3) изучение течения жизни во всей ее целостности (наука — биографика).

Автор указывал, что «три подхода находятся в неразрывной связи; аналогично, три соответствующие им науки суть ответвления единой научной дисциплины».

По мнению Ю. Л. Нуллера (1992), «нозологическая парадигма Э. Крепелина в психиатрии столкнулась с непреодолимыми трудностями», так как она не позволила провести четкой грани ни между эндогенными психозами, ни между психозами и пограничными состояниями. Возможно, поэтому в последнем, 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10, 1994), с грустной иронией подчеркивается, что «понятие невроза было сохранено в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по-прежнему считать невротическими в их собственном понимании этого термина».

Как полагает Ю. И. Полищук (1991), указанные выше тенденции «способствовали обезличиванию и десубъективизации пациента, дегуманизации психиатрии». С тем обстоятельством, что в последние полвека «в клинической психиатрии доминировала нозоцентрическая, клинико-биологическая доктрина с переоценкой значения синдромологических и нозологических схем» (Полищук Ю. И., 1991), связывают и причины отсутствия серьезного продвижения в психиатрии. Рассматривая это положение применительно к опыту отечественной психиатрии, можно отметить, что присущий ей нозологический догматизм проявился даже в законодательных актах, ориентированных на нозологический диагноз, а не на целостную оценку больного.

Обобщая накопившиеся противоречия, некоторые ведущие отечественные психиатры считают, что в последние годы «психиатрический диагноз стал рассматриваться как абстракция, поскольку отдельные заболевания существуют лишь в воображении врача» (Нуллер Ю. Л., 1992). Тем не менее, нозологический подход до последнего времени является желаемой, хотя и далекой целью психиатрической систематики, в силу чего она ограничивается периодически меняющейся конвенциональной классификационной диагностикой. В то же время использовать этот критерий, хотя и с определенными ограничениями, вполне допустимо, так как он позволяет создать представление о классе имеющихся расстройств, обозначенном в имеющихся классификациях (МКБ или DSM).

Кроме того, нозологическое направление может оказаться ценным при дальнейшем развитии наших знаний о природе человека. Так, в работе С. А. Овсянникова и В. П. Морозова (1999) подчеркивается важность биологических критериев разграничения психозов. Работы А. А. Баева (1998) и Л. Л. Киселева (2000) по расшифровке генома человека дают основания полагать, что будущее медицины связано именно с этим направлением исследований, которое приблизит психиатрию к достижению точного знания об этиологии заболевания на генно-молекулярном уровне. Это позволит ответить на вопрос об адекватности феноменологической классификации

психической патологии, а значит, и нозологии. В свою очередь, это сделает более обоснованным представление о прогнозе развившегося заболевания.

Однако современное состояние генетических исследований не позволяет с достоверностью судить об этиологии психических заболеваний. Кроме того, представляется не менее важным, что определение этиологии заболевания далеко не всегда является решающим в вопросах реабилитации пациентов.

Результатом такой ситуации явилось то, что различные используемые в психиатрии классификации в настоящее время представляют собой не системное изложение накопленных фактов, а скорее инструмент, который позволяет проводить сопоставимые научные исследования и достигать международного взаимопонимания.

Итак, существующие как у нас в стране, так и за рубежом категориальный подход и основанная на нем классификация психических болезней в определенной степени условны, поскольку у психиатров разных стран отсутствует единство мнений об идентификации отдельных психопатологических признаков, а также единство в понимании причин и механизмов развития многих психических расстройств (Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю., 2005).

В последние годы распространение в западной психиатрии и, прежде всего, в США получил **дименсиональный подход**, который уходит своими корнями в концепцию «единого психоза» W. Griesinger (1876) и, конечно, лучше описывает все многообразие клинических проявлений психических расстройств, однако полностью размывает классификационные границы. Дименсиональная модель позволяет рассматривать отдельные симптомокомплексы заболевания в качестве независимых измерений, размерностей (дименсий), имеющих собственные стереотипы развития (Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., 2005). Предпосылкой к научному обоснованию дименсиональной структуры клинических проявлений психических расстройств явилось признание того, что:

а) большая часть явлений, изучаемых биологией, медициной и психологией, характеризуется значительной их индивидуальной вариабельностью;

б) интенсивность выраженности отдельного феномена в динамике может изменяться, с чем связана возможность «перетекания» одного явления в другое.

Кроме того, признанию правомочности дименсионального подхода способствовали успехи психофармакологии и прогресс нейробиологических исследований.

К сильным сторонам дименсионального подхода относят следующие признаки:

— возможность количественной оценки выраженности синдромов;

— включение субсиндромальных состояний;

— отнесение сходных состояний в одну группу (спектр).

Пока очевидно, что дименсиональная модель, являющаяся основой для так называемой доказательной медицины, лучше, чем категориальная, согласуется с полигенной системой наследования психических расстройств (Мосолов С. Н., 2012). В рамках последней множественное взаимодействие нескольких генов с факторами окружающей среды формирует различной степени выраженности риски (от уязвимости до проявлений психического диатеза), предрасполагающие, под влиянием экстрагенетических факторов, к развитию тех или иных фенотипических проявлений заболевания. Кроме того, мультидименсиональный подход, создающий возможность формировать гомогенные группы больных, позволяет выработать индивидуальные алгоритмы лечения и тем самым более эффективно подобрать адекватную фармакотерапию.

В то же время обусловленный дименсиональной моделью механистический редукционизм не может не вызывать тревоги у ответственных клиницистов, поскольку своей стохастической направленностью ориентирует исследователей на атеоретический подход, делая прогноз течения заболевания зависимым лишь от конкретного случайного «набора» дименсий и, в силу этого, лишенным какой-либо прогнозируемой закономерности. «Получается, — отмечает И. А. Мартынихин (2013), — что диагноз, основанный на выявлении определенного числа признаков из перечня критериев своей диагностической рубрики, нивелирует клинические (а возможно, и биологические, генетические, нейроморфологические, нейрофизиологические) различия между пациентами, так как в одну категорию могут попадать лица с существенно различающимися наборами признаков».

В соответствии с современным дименсиональным подходом и многофакторной моделью заболевания все многообразие симптоматики можно разделить на несколько относительно самостоятельных категорий или сфер поражения психической деятельности:

1) позитивную (бред, галлюцинации, дезорганизация речи, мышления и поведения, включая кататоно-гебефрентную симптоматику);

2) негативную, в значительной мере определяющую дефицит социального ответа и отгороженность (эмоционально-волевое снижение, бедность речевой продукции, аутизм и социальная изоляция, снижение мотивации и энергетического потенциала и др.);

3) когнитивную (нарушения памяти, критики, внимания, планирования, исполнительских функций и др.);

4) аффективную (возбуждение, тревога, депрессия и др.) (Мосолов С. Н., Капилетти С. Г., Цукарзи Э. Э., 2012).

В последние годы отмечается тенденция к интеграции категориальных и дименсиональных представлений о природе психических заболеваний, что в немалой степени стимулирует интерес к так называемому **холистическому диагностическому подходу**, нацеленному на многоосевую (многомерную, мультиаксиальную) оценку психических расстройств.

Связано это в немалой степени с тем, что, как считают многие авторы, синдромально-нозологический диагноз, ограниченный категориальной или дименсиональной ориентацией, не дает достаточной информации о возможностях адаптации больного. Кроме того, в психиатрической клинике нередко наблюдается несоответствие тяжести психопатологических расстройств и уровня социально-трудового приспособления. Таким образом, конкретизация целей терапии и построение индивидуального прогноза требуют более полной информации о характере функционирования больного, о факторах не только биологического, но также психологического и социального порядка, определяющих адаптацию пациента. Это тем более важно, что по мере стихания болезни все более необходимым становится учет компенсаторных образований, влияющих на адаптацию личности, дальнейшее течение и прогноз заболевания.

Родоначальник динамической психиатрии Г. Аммон (1995) настоятельно фокусировал внимание исследователей на понимании жизни человека как процесса, «состоящего не только из здоровья и болезни, но из повседневной жизни, работы, любви, то есть психического, биологического и социального функционирования».

Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей (Беяева Г. Г., Тарасова Л. А., 2000). Это становится особенно актуальным при апробированных в последнее время, особенно во внебольничных условиях, бригадных формах курации психически больных. При этом следует подчеркнуть, что только целостная оценка состояния пациента позволяет бригаде, руководимой врачом-психиатром и состоящей из специалистов разного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер), сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из ее членов.

Глава 1

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХОЛИСТИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

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

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

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

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

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

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

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

- 1) негативные события детства;
- 2) образование и воспитание;

Александр Петрович **Коцюбинский**
**МНОГОМЕРНАЯ (ХОЛИСТИЧЕСКАЯ) ДИАГНОСТИКА
В ПСИХИАТРИИ**

Редактор *Шарков К. С.*

Корректор *Борисенкова А. А.*

Компьютерная верстка *Саватеевой Е. В.*

Подписано в печать 13.08.2017. Формат 60 × 88¹/₁₆.

Печ. л. 18,0. Тираж 1000 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 Первой Академической типографии «Наука».

199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12/28