

КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

на современном этапе развития психиатрии



КУТЬКО И.И.,
д.м.н., проф.¹



ПАНЧЕНКО О.А.,
д.м.н., проф.²



ЛИНЕВ А.Н.,
к.м.н., доцент³



РАЧКАУСКАС Г.С.,
д.м.н., проф.⁴, главный врач

¹Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, г. Харьков

²ГУ «Научно-практический реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины», г. Донецк

³ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

⁴Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

На современном этапе развития психиатрии нейрохимические, нейроморфологические, нейрофизиологические и нейроиммунологические исследования существенно уточнили биологические аспекты этиологии и патогенеза психических расстройств, что позволило создать эффективные методы психофармакотерапии. Однако биологические тесты в диагностике психических расстройств выполняют лишь вспомогательную роль и не могут использоваться для скрининга психических заболеваний.

Унифицированные методы клинко-статистического исследования и операциональной диагностики, включая клинические интервью и оценочные шкалы, ориентированы на статическую оценку психопатологических симптомокомплексов без учета закономерностей динамики и коморбидности. Это не дает возможности правильно и всесторонне оценить прогноз и реабилитационный потенциал.

В силу этого клинко-психопатологическое исследование с качественной оценкой симптоматики во взаимосвязи и динамике остается ведущим методом диагностики в психиатрии.

Статья посвящена методологическим аспектам и технологическим особенностям клинко-психопатологического изучения симптоматики психических расстройств в соответствии с современными классификационными схемами и возможностями лечения и реабилитации.

Изложенные данные представляют интерес как для психиатров, наркологов, психотерапевтов и неврологов, так и для широкого круга врачей общей практики — семейной медицины и врачей-интернистов различных специальностей.

как о продукте функциональной деятельности мозга по отражению действительности.

Клинический (синдромологический) метод основан на **патофизиологических теориях** возникновения психических расстройств в результате нарушения структуры и функции мозга.

Причиной психических расстройств являются нейрохимические, нейроморфологические, нейрофизиологические и нейроиммунные нарушения в определенных структурах мозга с нарушением взаимодействия между церебральными отделами.

Клинический метод психопатологического исследования основан на получении информации, субъективно опосредованной умением врача провести опрос и наблюдение и способностью больного подробно описать свои переживания.

Однако психопатологическая симптоматика отражает не столько переживания пациента, сколько нарушения психических функций (в широком смысле отражательной деятельности мозга). Эти нарушения имеют биологическую природу и носят достаточно определенный (клинически очерченный) характер. В целом психопатология как наука ближе к нейробиологии, чем к общей психологии.

Психопатологическое исследование, направленное на верификацию конкретных психопатологических симптомов, включает закономерные этапы (стадии познавательного процесса в теориях отражательной деятельности). Вначале это непосредственное изучение пациента, затем сопоставление полученных данных с индивидуальной диагностической системой врача и констатацией определенных симптомов. Сделанные выводы уточняются и проверяются на основании анализа всех компонентов клинической картины во взаимосвязи, статике и в динамике, включая терапевтическую динамику под влиянием проводимого лечения.

Таким образом, клиническое психопатологическое исследование является объективным методом исследования, информативность которого зависит от уровня практического овладения врачом этим методом.

Основным недостатком метода является сложность его освоения — необходимость обширных знаний в области психопатологии и достаточного опыта клинко-психопатологического изучения больных.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ

Анализируя диагностический процесс в целом, можно условно выделить три аспекта распознавания болезни: **логический** — отражающий философские методологические взгляды, доминирующие в данной отрасли медицины, **технический** — включающий технологические приемы и методы исследования, и **семиотический** — отражающий взаимосвязь симптомов в соответствии с биологическими механизмами этиологии и патогенеза, закономерностями клинической динамики и действующей таксономией патологических состояний.

Соответственно, в клинической медицине можно условно выделить отрасли, где в диагностическом процессе продолжает доминировать клиническое исследование, и отрасли, где ведущими стали параклинические (лабораторные и инструментальные) методы исследования.

В психиатрии ведущим остается клинический метод исследования, основанный на методологических принципах направленного расспроса в клинической беседе и осмотра с клинической оценкой поведения больного.

Вследствие доминирования **эксцентрического направления** в современной психиатрии имеет место одновремен-

ное использование **синдромологических** подходов к оценке психопатологической симптоматики и **психодинамического анализа** связи симптомов с действием психогенных и социальных факторов.

В условиях феномена **глобализации** в рамках Маастрихтского процесса клинко-синдромологическое и психотерапевтически ориентированное психоаналитическое и психодинамическое исследование пациента проводится с использованием единых критериев, алгоритмов, стандартов и протоколов диагностики, лечения и реабилитации, преимуществом которых является унифицированность и общедоступность, а недостатком — несомненная упрощенность.

В философски-методологических предпосылках диагностики психических расстройств отмечается неоправданная экспансия концепций психоанализа, при этом психодинамические категории в диагностике психических расстройств становятся альтернативой клинко-синдромологическим понятиям.

Диагностические системы международных статистических классификаций и диагностических руководств основаны на принципе **многоосевой** диагностики с отдельной оценкой рубрик психических расстройств, рубрик нарушений развития, неврологических и соматических патологических состояний, влияния психотравмирующих факторов, уровня снижения социальных возможностей.

Операциональная диагностика рубрик международных статистических классификаций и диагностических ру-

ководств проводится на основании простых стандартных критериев, обобщенных в ходе полевых клинко-эпидемиологических исследований. Этот принцип диагностики декларируется как **атеоретический**.

С использованием исследовательских диагностических критериев проводится диагностика этих рубрик для установления корреляции с результатами биологических исследований. В то же время понятие **«коморбидность»** определяется в первую очередь частотой сочетания рубрик.

Вопрос о динамике рубрик психических расстройств и их прогноз подробно не анализируются. Таксономия типов течения носит упрощенный характер, анализ динамики ограничивается оценкой длительности достигнутых ремиссий.

Создается впечатление о снижении значимости метода качественной клинко-психопатологической оценки симптоматики с изучением синдромологической структуры и динамики психических расстройств.

ФИЛОСОФСКИЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Философскими основами клинического (синдромологического) метода исследования в психиатрии являются концепции материализма и диалектики о сознании (психической деятельности)

В связи с этим существенно различается как объем диагностически значимой информации, полученной разными врачами у одного пациента, так и диагностическая трактовка выявленной симптоматики.

Это создает значимую проблему в использовании метода — сравнимость результатов, полученных разными исследователями. Для ее решения требуется унификация процедур клинико-психопатологического исследования и создание единых глоссариев трактовки выявленной симптоматики.

СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

На современном этапе развития психиатрии клиническое исследование больных с психическими расстройствами включает три группы методов.

Клинико-психопатологическое исследование — качественная описательная характеристика психопатологической симптоматики.

Клинико-статистическое исследование — количественная оценка выраженности психопатологических симптомов и синдромов в условных баллах с помощью унифицированных, стандартизованных оценочных систем (шкал).

Операциональная диагностика рубрик психических расстройств международных статистических классификаций и диагностических руководств с использованием единых стандартных критериев диагностики.

Ведущим методом является клинико-психопатологическое исследование, направленное на выявление всех имеющихся психопатологических симптомов и синдромов.

В ходе изучения больного, как правило, сочетаются два подхода к исследованию.

Во-первых, это гибкий, не имеющий шаблона индивидуально-ориентированный опрос и осмотр. Такой подход к изучению симптоматики применяется в начале исследования для получения предварительной характеристики состояния. Уточняется тип психического расстройства (психоз, непсихотическое расстройство, слабоумие), оценивается установка пациента на сотрудничество с врачом, выясняется наличие опасных тенденций (суицидальные тенденции, агрессивность, склонность к уходам из дома или лечебного учреждения). На завершающем этапе исследования такой принцип используется для уточнения особенностей выявленных симптомо-комплексов, их более детальной характеристики.

Во-вторых, обязательно проводится направленное структурированное изучение психопатологической симптоматики. Признаки психического расстройства анализируются по сферам психической деятельности (перцептивные, когнитивные, эмоциональные, личностные и бихевиоральные нарушения) и по ведущим кластерам психопатологических симптомов и синдромов (нарушения сознания, галлюцинаторно-параноидные, шизоаффективные, аффективные, соматоформные, обсессивно-компульсивные, тревожно-фобические, аномалии личности, деменция и умственная отсталость, нарушения психологического развития, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами).

Направленное психопатологическое исследование осуществляется по определенным, описанным в клинических

руководствах алгоритмам изучения симптоматики. Для унификации этой процедуры разработаны схемы **клинических интервью**. С целью выявления симптоматики тех или иных кластеров психопатологической симптоматики созданы **диагностические опросники**.

ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ И ЛИЧНОСТИ ВРАЧА, ПРОВОДЯЩЕГО КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Клиническое изучение больных психическими расстройствами предъявляет определенные требования к профессиональной компетентности врача, его отношению к работе, поведению, мировоззренческим установкам и личностным особенностям.

Врач должен иметь глубокие систематические знания о структуре и динамике психопатологической симптоматики. Эти знания в сочетании с клиническим опытом формируют **индивидуальную диагностическую систему врача**.

Важной является способность последовательно и логично мыслить, умение диалектически, разносторонне оценить закономерности структуры и динамики психопатологической симптоматики у больного.

В связи с тем, что в значительном числе случаев наибольшее диагностическое значение имеет симптоматика, о которой больной говорит мало, как бы вскользь, это требует от врача наблюдательности, последовательности и скрупулезной точности в выявлении фактов. Описание симптоматики должно быть максимально подробным.

Для достижения **комплаенса** (эффективного взаимодействия с больным) важное значение имеет развитие у врача **эмпатии** — способности интуитивно оценивать эмоциональное состояние собеседника, сопереживать ему.

Важным будет стремление врача к достижению **эмоционального резонанса** со способностью умело отобразить эмоциональные переживания пациента.

Доктор должен уметь поддерживать положительное отношение к пациенту, удерживаться от негативных оценочных характеристик больного, понимать психопатологический характер нарушений личности и поведения пациента.

В связи с распространенностью **антипсихиатрических настроений** среди населения врачу важно подчеркнуть, что он не разделяет негативной социальной оценки психических расстройств и считает психопатологическую симптоматику такой же медицинской проблемой, как и признаки любого другого заболевания.

Важно стремиться преодолеть взгляды больных на психические расстройства как неизученные. Занимая позицию **сочувственного понимания** и **сопереживания**, врач должен подчеркнуть, что проблемы и страдания больного, связанные с психическим расстройством, ему хорошо известны и понятны.

С самого начала нужно суметь преодолеть пессимистическую оценку больным своего состояния, указав на положительные аспекты в прогнозе заболевания.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСА И ОСОБЕННОСТИ КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ

Квалифицированное проведение опроса предполагает подчеркивание врачом **заинтересованного внимания** к высказываниям пациента.

Целесообразно начать беседу с простых вопросов, оценив в первую очередь соматоформную симптоматику у пациента, нарушения сна и аппетита. В дальнейшем детализируются аффективные, обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические расстройства и когнитивные нарушения. Только после этого можно начинать изучение галлюцинаторно-бредовой симптоматики.

Больному следует дать возможность подробно высказаться, если он характеризует симптоматику. Однако большую часть времени опрос будет носить направленный характер «в режиме интервью».

В беседе с пациентом следует категорически избегать любых негативных оценочных характеристик его состояния и поведения.

Крайне важной является характеристика особенностей контакта врача с пациентом.

Можно привести хорошо известные примеры обстоятельности и инертности речи больного с эпилепсией; панибратское сокращение дистанции с собеседником у больного хроническим алкоголизмом; подчеркивание тяжести состояния, демонстрацию симптоматики с признаками манипулятивного поведения у больных с конверсионными и диссоциативными нарушениями. Больным с шизофренией свойственны эмоциональная холодность, экзотичность поведения, рассуждательство и парадоксальность суждений.

Больным с эпизодами параноидной шизофрении свойственна гипонимическая позиция недоверия с уклончивыми ответами, угрюмая злобность или параноидный сарказм при попытке врача детализировать симптоматику.

При эпизодах шизоаффективного расстройства характерно сочетание тревожной растерянности с экзальтацией и патетикой, больные охотно и подробно излагают фантастические переживания, проявляя несомненную демонстративность в изложении жалоб и поведения.

Диагностически значимым признаком является **диссимуляция симптоматики**. Врачу не целесообразно обвинять пациента в попытке скрыть симптомы.

При этом псевдорационалистический тип диссимуляции с попытками пояснить правдоподобными причинами психотическое поведение характерен для больных с интерпретативным бредом.

Негативистический тип диссимуляции со стереотипным угрюмо-злобным отрицанием наличия симптоматики характерен для больных со сложной галлюцинаторной и бредовой симптоматикой.

Больные с психастеническими расстройствами (тревожная мнительность, перфекционизм, ананкастные черты) нередко приходят на беседу с врачом с записочкой, в которой излагают свои жалобы, «чтобы ничего не забыть».

НАБЛЮДЕНИЕ В КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В ходе клинико-психопатологического исследования до трети диагностически значимой информации врач получает в результате наблюдения.

Оцениваются особенности мимики, пантомимики, моторики, модуляция речи, одежда. Существует понятие так называемого **невербального поведения**, условно анализируемого вне смыслового содержания речи.

В соответствии с систематикой кафедры психиатрии Крымского медицинского университета выделяют следующие симптомокомплексы нарушений невербального поведения.

Элементарные признаки невербального поведения включают позу, моторику, речь. Эти признаки формируют **простые комплексы поведения**: индивидуальное расстояние в момент контакта, мимические комплексы, глазной контакт, жестикуляцию, груминг (прихолаживание). Наконец, анализируются нарушения **сложных комплексов поведения**, включающих сон, поддержание чистоты тела и одежды, агонистическое поведение в период конфликта.

Нарушения невербального поведения формируют комплексы признаков, коррелирующие с определенной психопатологической симптоматикой, что дает основания говорить о **синдромах нарушения невербального поведения**. Соответственно выделяют: негативный, гебефренический, галлюцинаторно-бредовый, депрессивный и нейрорепитивный синдромы, микрорататонические ступор и возбуждение.

ИЗУЧЕНИЕ АНАМНЕЗА В ХОДЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Существенным компонентом клинико-психопатологического исследования является изучение и анализ анамнестических сведений.

Анамнестические исследования включают два подхода, которые дополняют друг друга. Сбор **субъективного анамнеза** позволяет получить подробные сведения от пациентов, которые охотно говорят о своих переживаниях и способны анализировать свое состояние. Однако полученные данные отражают самооценку пациента, которая носит недостаточный полный и точный характер.

Объективный анамнез основан на информации, полученной из медицинской документации и со слов информаторов, близко знавших пациента. Эти сведения позволяют получить более всестороннюю характеристику пациента, дополнив данные самоанализа.

Так, психиатры московских клиник подчеркивали целесообразность начала психопатологического исследования с оценки психического состояния, что, вероятно, более оправданно у пациентов, которые правильно оценивают и охотно излагают болезненные переживания. Последующее изучение анамнеза (в первую очередь субъективного) позволит более полно изучить динамику психопатологических симптомов и синдромов.

В то же время санкт-петербургские психиатры считали более оправданным начинать изучение пациента с получения анамнестических сведений с последующим, уже направленным, анализом психопатологических феноменов в структуре настоящего психического состояния. Следует отметить целесообразность такой последовательности у больных, которые не раскрывают симптоматику. В этом случае данные объективного анамнеза позволяют выявить наличие психопатологических симптомов и синдромов, о которых пациент не хочет информировать врача.

Сбор и анализ анамнестических сведений должен выявить определенные аспекты в **истории жизни** пациента для обнаружения различных факторов, способствовавших возникновению и развитию психических расстройств.

Для оценки роли **генетического фактора** анализируется наличие и структура

психических расстройств у родственников пациента. Наследуются, как правило, ведущий психопатологический синдром и тип течения заболевания.

Дифференциально-диагностическое значение имеет тип личности родителей пациента. Так, для больных с эпизодами параноидной шизофрении более характерно наличие шизоидных черт у ближайших родственников. В то же время при шизоаффективных расстройствах в генеалогическом древе пациента чаще встречаются тимопатические (циклоидные, гипотимные и гипертимные) и тревожно-мнительные черты.

Отдельно анализируется динамика **личностно-типологических особенностей** пациента на этапах возрастного развития. Так, преморбидные тимопатические черты личности более характерны для больных с биполярным аффективным расстройством. Тревожно-мнительные особенности личности чаще встречаются при рекуррентном депрессивном расстройстве.

Важным представляется изучение **особенностей развития** речи и моторных функций в раннем детском возрасте, формирования школьных навыков и успешность усвоения школьной программы.

Отдельно анализируется наличие **факторов, вызывающих органическое поражение мозга**: перинатальной патологии, нейроинфекции, черепно-мозговых травм, малярии и ревматизма, сосудистых заболеваний головного мозга.

Анамнез заболевания должен включать характеристику развития психического расстройства. Оценивается тип течения заболевания, структура эпизодов и ремиссий, закономерности динамики позитивной и негативной симптоматики.

АНАЛИЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В КАТЕГОРИЯХ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

В ходе клинко-психопатологического исследования проводится анализ полученных данных с использованием категориального аппарата общей психопатологии.

В первую очередь выделяются и квалифицируются психопатологические **симптомы** как признаки патологического состояния.

В связи с многозначностью симптома (может входить в структуру разных синдромов, отражать поражение разных сфер психической деятельности, иметь различную нозологическую принадлежность) и практическим отсутствием в психиатрии патогномных симптомов психопатологический анализ состояния опирается на выделение и диагностику психопатологических **синдромов**.

Под **синдромом** в общей патологии понимается комплекс симптомов, объединенных общим патогенезом и имеющих совместное закономерное развитие. Соответственно, развитие синдрома определяют как **синдромокинез**, а закономерную смену синдромов — как **синдромотаксис**.

В общей психопатологии существенными являются понятия **позитивных психопатологических симптомов и синдромов** как качественно новых, собственно психопатологических феноменов, которые появляются только во время болезни, и **негативных психопатологических симптомов и синдромов** как признаков снижения, угнетения, недостаточности, дефекта психических функций и сфер психической деятельности.

Между позитивными и негативными психопатологическими синдромами существуют закономерные связи. В частности, позитивные симптомы возникают только на фоне негативных.

Диагностика психопатологических синдромов осуществляется с использованием разработанных по единым принципам и утвержденных, вошедших в официальные руководства и синопсисы **гlossариев** позитивных и негативных психопатологических симптомов и синдромов. В них дается подробная описательная характеристика различных клинических вариантов психопатологических феноменов.

Развитие психического расстройства осуществляется по закономерным стадиям, или этапам. Эти этапы (стадии) характеризуются определенными **регистрами тяжести позитивных и негативных психопатологических синдромов**. Такой регистр представляет собой группу позитивных или негативных синдромов, характеризующих определенный этап развития психического расстройства.

Регистры тяжести позитивных и негативных синдромов объединяются в более крупные таксономические единицы, определяемые как **круги тяжести позитивных и негативных психопатологических синдромов**. Диапазон этих кругов, их тяжесть и размах возрастают последовательно для непсихотических психогенных, аффективных, эндогенно-процессуальных и органических расстройств.

Отдельно анализируется течение расстройства с определением **активности** течения (темпы нарастания и диапазон колебаний регистров тяжести позитивной симптоматики) и **прогредиентности** течения (темпы нарастания регистров тяжести негативной симптоматики).

Клинко-психопатологическое исследование направлено на диагностику **нозологических единиц**. Соответственно, характеристиками нозологической единицы являются этиология, патогенез, клиническая картина, течение, особенности лечения, реабилитации, профилактики, варианты решения экспертных вопросов.

Конечной задачей клинко-психопатологического исследования является установление **функционального диагноза**, формулировка которого будет включать нозологическую принадлежность, характеристику позитивных и негативных психопатологических синдромов, типа течения, уровня активности и прогредиентности.

УНИФИЦИРОВАННАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМАТИКИ В КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Процедуру количественной оценки в условных баллах с помощью стандартизованных оценочных систем (градуированных **шкал**) выраженности проявлений психического расстройства традиционно определяют как **шкалирование** психопатологической симптоматики.

Используются как шкалы, предполагающие объективное исследование и оценку состояния пациента исследователем (врачом или психологом), так и диагностические системы, основанные на количественной оценке результатов самонаблюдения больного.

Применение данного методологического подхода оценки симптоматики позволяет провести направленное исследование определенных психопатологических феноменов в стандартном объеме по унифицированной методике, доступной любому специалисту, независимо от уровня знаний, практической

подготовки и клинического опыта. Полученные результаты стандартизованы, легко сравнимы и воспроизводимы.

Существует обширная группа шкал, разработанных для **экспресс-диагностики и скрининга** психических расстройств и психопатологических синдромов.

Клинические шкалы позволяют количественно оценить определенные компоненты сложных психопатологических симптомокомплексов, что дает возможность рельефно и наглядно отобразить степень тяжести и генерализации клинических синдромов для назначения индивидуально адекватной психофармакологической терапии.

Наконец, процедура шкалирования может эффективно использоваться для мониторинга редукции психопатологической симптоматики на этапе обратного развития эпизода психического расстройства под влиянием терапии.

Терминологическое определение изучаемых симптомокомплексов в стандартизованных диагностических оценочных системах не всегда идентично значению этих терминов в общей психопатологии. Так, понятие **«негативные синдромы»** в клинических шкалах для оценки симптоматики психоза носит интегральный характер и скорее отражает общее снижение когнитивной продуктивности и социальной активности под влиянием комплекса факторов (загруженность позитивной психотической симптоматикой, проявления эмоционально-волевого дефекта, побочные явления психофармакологической терапии).

В то же время термин **«регистр тяжести негативных синдромов»** в клинко-психопатологических исследованиях определяет уровень стабильного и принципиально необратимого снижения эмоционального реагирования, личностно-характерологического своеобразия пациента, его волевых качеств, коммуникативной и общей социальной активности и компетентности.

Отдельную группу шкал составляют унифицированные системы количественной оценки снижения социальной активности пациента: шкалы качества жизни и общей оценки функционирования.

Эти системы оценивают общее снижение активности и продуктивности больного под влиянием сложного комплекса причин (регистр тяжести негативных синдромов, наличие позитивной психотической симптоматики, побочные эффекты биологической терапии, социальные установки пациента).

Оценивается только текущее состояние больного без указания на возможности повышения социальной активности и компетентности пациента в ходе лечебно-реабилитационных мероприятий на этапах становления и стабилизации ремиссии.

В целом клинко-статистическая количественная оценка психопатологических феноменов существенно дополняет и уточняет данные клинко-психопатологического исследования, однако не может быть альтернативным направлением клинического изучения психических расстройств.

ОПЕРАЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Операциональная диагностика рубрик психических расстройств международных статистических классификаций и диагностических руководств осуществляется с использованием стандартных диагностических критериев.

Соответственно, **рубрика психического расстройства** определяется как комплекс симптомов, имеющий четкие критерии операциональной диагностики. Эти критерии разработаны на основании результатов мультицентровых полевых клинко-эпидемиологических исследований по единой стандартной программе, утвержденных путем консенсуса.

Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (**ICD-10**) включает **раздел F** «Психические расстройства и нарушения поведения», объединяющий рубрики этих расстройств, близкие к рубрикам Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам и нарушениям поведения (**DSM-IVR**).

Существует две версии характеристик рубрик раздела F: **«Клинические описания и диагностические указания»** содержат более подробную качественную описательную характеристику, **«Исследовательские диагностические критерии»** — критерии операциональной диагностики рубрик для научных исследований.

Используется так называемый **многоосевой** принцип диагностики.

Так, система DSM-IVR включает следующие диагностические клинические оси.

Ось I. Клинические синдромы и V-коды.

Ось II. Расстройства, связанные с развитием, личностные расстройства.

Ось III. Соматические расстройства и состояния.

Ось IV. Выраженность психосоциального стресс-фактора.

Ось V. Общая оценка функционирования.

Использование этих систем операциональной диагностики позволяет оценить настоящее состояние пациента. Как правило, диагностируют несколько рубрик психических расстройств, соматическую патологию, оценивают психотравмирующие социальные воздействия и общий уровень социальной активности и компетентности.

Единые системы операциональной диагностики рубрик психических расстройств основаны на методологических принципах **Американского синопсиса по психиатрии**.

Использование этих диагностических систем в Украине регламентировано законом о психиатрической помощи, критериями диагностики и лечения психических расстройств, клиническими протоколами оказания медицинской помощи по специальности «психиатрия».

Диагностические системы международных статистических классификаций и диагностических руководств унифицированы, стандартизованы, легко осваиваются, позволяют получить сравнимые и воспроизводимые результаты.

Данные операциональной многоосевой диагностики позволяют назначить лечебно-реабилитационную программу в соответствии с едиными критериями, алгоритмами, стандартами и протоколами. Этот объем помощи предусмотрен критериями диагностики и лечения и клиническими протоколами оказания медицинской помощи как минимально необходимый.

В то же время не менее чем у 40 % пациентов стандартная протокольная терапия не позволяет достичь ожидаемого результата, что требует назначения более сложных лечебно-реабилитационных схем по принципу индивидуально адекватной терапии.

Диагностические системы международных статистических классификаций и руководств и концептуальная диагностика психических расстройств

Применение в клинических исследованиях только операциональной диагностики рубрик международных статистических классификаций и диагностических руководств с использованием этих диагностических систем не позволяло решить ряд проблем.

Рубрики психических расстройств не дают всесторонней характеристики нарушений нейромедиаторно-нейрорецепторного взаимодействия в нейрохимических системах, которые лежат в основе патогенеза психопатологической симптоматики.

Ограничив диагностический анализ психопатологических расстройств только констатацией рубрик международных статистических классификаций, трудно в достаточной мере оценить особенности нейродинамических нарушений в этиологии и патогенезе психопатологических феноменов (угнетение активности одних структур мозга, наличие патологической активности других и нарушение взаимодействия между отделами мозга).

Диагностические системы международных статистических классификаций и диагностических руководств не содержат подробной характеристики закономерностей сочетания рубрик психических расстройств. Коморбидность рубрик анализируется только по частоте их сочетания у изученных в клико-эпидемиологических исследованиях пациентов. Присутствуют лишь указания на недопустимость сочетанной констатации некоторых рубрик разных классов раздела F.

В клинических описаниях и критериях операциональной диагностики рубрик психических расстройств международных классификаций отсутствует характеристика закономерностей динамики этих психопатологических феноменов (сочетание эксацербаций с ремиссиями), что делает проблематичным прогнозирование дальнейшего развития эксацербаций (обострений, эпизодов, декомпенсаций) и ремиссий этих расстройств.

Констатация только рубрик психических расстройств в соответствии с диагностическими системами международных статистических классификаций и руководств не дает подробной характеристики закономерностей развития необратимых когнитивных, эмоционально-волевых и личностных расстройств, темпов становления когнитивного снижения и эмоционально-волевого дефекта. Это затрудняет оценку прогноза психического расстройства.

Интегральная количественная оценка снижения уровня социальной активности и компетентности в этих диагностических системах не содержит достаточной информации о степени обратимости таких нарушений, что было бы крайне важно для оценки реабилитационного потенциала больного.

В то же время необходимость проведения лечебно-реабилитационных мероприятий по дифференцированной, индивидуально адекватной программе предвзывает следующие требования к результатам клинического исследования:

➔ **предварительная оценка особенностей нарушений функции нейрохимических систем (для назначения препаратов с направленным действием на нейромедиаторно-нейрорецепторное взаимодействие);**

➔ **предварительные данные о нейродинамических нарушениях в патогене-**

зе психопатологической симптоматики (в связи с наличием методов лечения, оказывающих закономерное влияние на активность и взаимодействие определенных структур мозга);

➔ **подробная характеристика структуры психопатологической симптоматики и ее динамики для назначения индивидуально адекватной психофармакологической терапии с соответствующим этой структуре спектром психотропной активности и возможностью предикции (прогнозирования клинического эффекта) назначенной лечебно-реабилитационной программы;**

➔ **оценка прогноза психического расстройства и реабилитационного потенциала пациента.**

В проведенных клико-социальных исследованиях не было установлено статистически достоверных и убедительных корреляций между полученными с использованием диагностических систем международных статистических классификаций и диагностических руководств клиническими и социальными характеристиками психопатологических феноменов, с одной стороны, и эффективностью реабилитации — с другой. Это легло в основу тезиса о «мифах реабилитации», в соответствии с которым эффективность реабилитационных мероприятий определяется только наличием положительных трудовых и социальных установок пациента.

В пособиях по использованию диагностических систем международных статистических классификаций и диагностических руководств отмечалось, что эти диагностические подходы не должны заменять методов клинического исследования концептуального характера, принятых в национальных систематиках психических расстройств.

Таким образом, применение только операциональной диагностики рубрик психических расстройств существенно ограничивает возможности клинического исследования в психиатрии.

Это свидетельствует о целесообразности сочетания операциональной, многоосевой диагностики рубрик психических расстройств международных статистических классификаций и руководств с углубленным клико-психопатологическим изучением структуры и динамики психопатологических синдромов. При этом код рубрики будет дополнен функциональным диагнозом.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Изучение **нейрохимических нарушений** в патогенезе психических расстройств проводилось с использованием результатов исследования концентрации метаболитов моноаминов в плазме, моче, ликворе. Мембрана тромбоцитов содержит полный набор нейрорецепторов. Нейромедиаторно-нейрорецепторное взаимодействие в структурах мозга изучалось путем нанесения радиоактивной метки и проведения эмиссионно-позитронной томографии. Эти технически сложные исследования носили научный характер, их результаты не использовались в диагностике психических расстройств. Однако было уточнено значение нейрохимических нарушений в патогенезе различных психопатологических синдромов.

Направленное воздействие на различные компоненты нейромедиаторно-нейрорецепторного взаимодействия сопровождается закономерными изме-

нениями выраженности тех или иных психопатологических синдромов.

Так, галлюцинаторно-бредовая симптоматика связана с повышенной чувствительностью D2-дофаминового рецептора. Негативные и дискордантные когнитивные и эмоционально-волевые расстройства при эндогенно-процессуальных психозах связаны с нарушением функции 5НТ2А серотониновых рецепторов.

Депрессивная симптоматика коррелирует со снижением концентрации норадреналина, серотонина и дофамина в синаптической щели. Симптоматика тоскливой депрессии связана с нарушениями норадреналиновой нейротрансмиссии. Тревожные, фобические и обсессивно-компульсивные расстройства коррелируют с нарушениями серотониновой нейротрансмиссии.

Астеническая и тревожно-фобическая симптоматика связана с расстройствами ГАМКергической системы. Нарушения биоритмов, деперсонализационные и дереализационные расстройства коррелируют с нарушениями функций мелатонинергической системы.

На основании анализа выделенных в ходе клико-психопатологического исследования синдромов мы можем судить о характере нарушений нейромедиаторно-нейрорецепторного взаимодействия, лежащих в основе патогенеза психопатологических феноменов у больного, что будет иметь значение при выборе психотропных препаратов с направленным действием на те или иные нарушения нейрохимических систем.

Нейроморфологические исследования включали преимущественно томографические методы изучения структуры мозга (аксиальная компьютерная, магнитно-резонансная, позитронно-эмиссионная томографии). Прижизненное нейроморфологическое исследование в соответствии с синописом по психиатрии США должно включаться в протоколы оказания медицинской помощи как обязательный метод обследования при психических расстройствах.

Диагностическое значение могут иметь отчетливые признаки морфологического поражения мозга, локализация которого соответствовала структуре и динамике психопатологической симптоматики.

Эти методы исследования важны для диагностики объемных поражений мозга (в первую очередь опухолей мозга), при которых встречаются фактически все уровни тяжести как позитивных, так и негативных синдромов, при этом специфические особенности психопатологических феноменов практически отсутствуют.

Однако даже при этой патологии диагностика локализации опухоли мозга по характеру психопатологической симптоматики может осуществляться раньше, чем ее выявление путем нейроморфологического исследования.

Нейроморфологические изменения структуры мозга при большинстве психических расстройств имеют малоспецифический характер. В качестве примеров можно упомянуть расширение боковых желудочков мозга с явлениями внутренней гидроцефалии при шизофрении, признаки неспецифического арахноидита при эпилепсии, атрофию участков коры с развитием наружной гидроцефалии при сенильно-атрофических заболеваниях.

Эти нейроморфологические нарушения в большинстве случаев диффузные, полиморфные и имеют сложную мультифакторальную природу (влияние генетических факторов, перинатальная патология, нарушение развития структур

мозга в онтогенезе, аутоиммунное, воспалительное, сосудистое поражение).

Как правило, имеет место очень слабая корреляция локализации нейроморфологических нарушений со структурой психопатологической симптоматики.

Изучение **нейрофизиологических нарушений** в патогенезе психического расстройства включает электроэнцефалографическое исследование (с визуальным и компьютерным анализом электроэнцефалограммы — нейрокоттографией), изучение тонуса сосудов мозга (реоэнцефалографию) и множество методов функционального исследования мозга.

Электроэнцефалографическое исследование позволяет выявить только специфические признаки пароксизмальной активности мозга. Большинство так называемых патологических форм электрической активности мозга имеет неспецифический характер. Поэтому у больных с психическими расстройствами электроэнцефалографическое исследование чаще проводится не для выявления патологических форм электрической активности мозга, а для мониторинга их динамики под влиянием психофармакологической терапии.

При психических расстройствах локализация патологической электрической активности мозга очень слабо коррелирует со структурой и динамикой психопатологической симптоматики.

Нейропсихиатрические аспекты патогенеза психических расстройств определяются связью психопатологической симптоматики с нарушением деятельности определенных структур мозга (снижение активности, патологическая активация, нарушение взаимодействия структур мозга).

На основании сложных комплексных исследований (клинические исследования больных с органическими поражениями определенных отделов мозга, электроэнцефалографические исследования, томографическое изучение отдельных церебральных структур, использование методов вызванных потенциалов, вживленных электродов, локальная стимуляция отдельных структур мозга, изучение сенсомоторных показателей) были установлены убедительные корреляции между психопатологическими синдромами и нарушением активности определенных структур мозга.

Так, поражение лобных долей сопровождается аспонтанностью, отсутствием инициативы, неспособностью планировать, прогнозировать, проявлять последовательность, завершать сложные действия, расторможенностью влечений.

Для органического поражения левого полушария свойственны вязкость мышления, инертность психической деятельности, снижение когнитивной продуктивности, аффективная взрывчатость, поляриность, склонность к дисфориям с угрюмостью и злобой.

Поражение структур правого полушария сопровождается благодушием, гипонозогнозией, явлениями корсаковского синдрома.

Нарушения межполушарно-диэнцефального взаимодействия являются значимым компонентом в патогенезе психопатологических феноменов. При этом имеет место межполушарная асимметрия в локализации патологических детерминантных структур, дисфункция одного из полушарий и сдвиг градиента межполушарного взаимодействия в сторону преимущественной активации одного из полушарий.

При этом сдвиг градиента межполушарно-диэнцефального взаимодействия в сторону преимущественной активации **левополушарных** и лимби-

ко-ретикулярных структур имеет место при таких симптомокомплексах: гиперстеничный, эксплозивный, тревога, мания, пресомнические, интрасомнические расстройства, гебоидный синдром и импульсивные нарушения влечений, паранойальный синдром, вербальный галлюциноз, чувственный, образный и интерпретативный бред, псевдогаллюцинации и психические автоматизмы.

Сдвиг межполушарного взаимодействия в направлении активации **правополушарных** и дисцефальных структур является компонентом патогенеза иного ряда симптомокомплексов: гипостенический синдром, тоска и апатия, постсомнические расстройства, деперсонализация и дереализация, сенестопатические, ипохондрические, дисморфоманические, истероформные расстройства, нервная анорексия, обсессивные, компульсивные, фобические синдромы, кататонические симптомокомплексы.

Патологическая активация левовисочных структур характерна для патогенеза сумеречного расстройства сознания.

Онейроидный синдром и делириозный симптомокомплекс коррелируют с активацией структур правой височной доли.

Изучение патологической активации определенных структур головного мозга проводится методами электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии. Анализировались характеристики электрической активности, кровоснабжение, метаболизм глюкозы, нейромедиаторно-нейрорецепторное взаимодействие.

Эти сложные методологии применялись только в научных исследованиях, полученные результаты носили неоднозначный характер. Использование данных методов для уточнения нейродинамических патогенетических механизмов психопатологической симптоматики у конкретного больного представляется проблематичным.

Клинико-психопатологическое исследование позволяет выделить психопатологические синдромы, связанные с закономерными изменениями активности определенных структур мозга. Это дает информацию для анализа особенностей патологической активации церебральных структур и угнетения их функциональной активности в патогенезе психопатологических феноменов.

Эти данные необходимы для назначения психотропных препаратов, обладающих селективным действием на определенные структуры мозга (например, карбамазепин селективно влияет на пароксизмальную активность преимущественно левой височной доли, а клоназепам — правой височной доли).

Изучение **иммунологических нарушений** в патогенезе психических расстройств позволило выявить определенные закономерности (образование аутоантител к клеткам мозга, снижение иммунологической реактивности). Однако эти нарушения не носят специфического характера, их обнаружение не может использоваться для диагностики психических расстройств.

Иммунологические исследования необходимы для назначения иммунотропной терапии психических расстройств.

Представляется значимым использование иммунологических методов для диагностики инфекционных заболеваний как причины симптоматических психических расстройств (психические расстройства при нейросифилисе, СПИДе, сыпном и брюшном тифе, малярии).

Таким образом, клинико-психопатологические исследования важны при уточнении особенностей патогенетических механизмов психопатологических феноменов для последующего назначения патогенетически ориентированной терапии.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В КЛИНИЧЕСКОМ ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Экспериментально-психологические исследования в клиническом изучении больного используются для уточнения ряда характеристик состояния пациента.

Важным представляется изучение **личностно-характерологических особенностей** пациента, что является дифференциально-диагностически значимым компонентом преморбидной характеристики больного.

Патопсихологические исследования направлены на выявление диагностически значимых нарушений психических процессов. В некоторых случаях эти патопсихологические нарушения достаточно специфичны (например, дискордантные нарушения мышления при эндогенно-процессуальных расстройствах).

Клиническое психологическое исследование характерных нарушений сфер психической деятельности позволяет выделить так называемые **патопсихологические регистр-синдромы**, имеющие определенную нозологическую специфичность:

- ➔ I — шизофренический;
- ➔ II — аффективно-эндогенный;
- ➔ III — олигофренический;
- ➔ IV — экзогенно-органический;
- ➔ V — эндогенно-органический;
- ➔ VI — личностно-аномальный;
- ➔ VII — психогенно-психотический;
- ➔ VIII — психогенно-невротический.

Нейропсихологические исследования направлены на выявление психических функций, характерных для поражения определенных структур головного мозга (локальных систем).

Объектом психологического исследования должны стать социальные установки пациента, в частности на труд, наличие конструктивных планов на будущее, что значимо для правильной оценки реабилитационного потенциала больного.

Количественная характеристика состояния определенных психических функций в динамике (например, показатели когнитивной продуктивности в ходе лечения нейрометаболическими препаратами) может являться дополнительным средством мониторинга эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

В целом экспериментально-психологическое исследование является существенным дополнительным методом изучения психических расстройств. Однако его результаты не могут использоваться как альтернатива клинико-психопатологического исследования. Диагностика психических расстройств не может основываться только на данных психологического исследования.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ХОДЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Критерии диагностики и лечения психических расстройств и клинические протоколы оказания медицинской помощи регламентируют минимальный

необходимый объем инструментальных и лабораторных соматических исследований при лечении психических расстройств.

Этот объем расширяют при выявлении сопутствующей патологии внутренних органов.

Инструментально-аппаратных или лабораторных диагностических тестов для выявления психических расстройств практически нет. Эндокринные тесты (дексаметазоновый, стимуляции секреции тиреотропных гормонов) применяются в основном для мониторинга эффективности терапии депрессии.

Изучение состояния систем внутренних органов значимо для установления коморбидных связей соматической патологии с психопатологическими феноменами.

Диагностика патологии систем внутренних органов важна при назначении терапии психического расстройства (выявление соматических противопоказаний).

Инструментальный и лабораторный мониторинг соматического состояния пациента в ходе биологической терапии психического расстройства необходим для своевременной диагностики побочных явлений и осложнений.

ОПЕРАЦИОНАЛЬНАЯ И КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИЯХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

На современном этапе развития психиатрии доминирующим деонтологическим положением является декларируемый биоэтикой принцип **безопасной медицинской помощи**, предполагающий сведение к минимуму вероятности ятрогенных воздействий, побочных явлений и осложнений лечения (пусть даже ценой отказа от достижения максимально возможного терапевтического эффекта).

Эти принципы обосновывает и отстаивает одно из ведущих направлений современной психиатрии, не совсем корректно определяемое как **антипсихиатрическое**.

Принятая в диагностических системах международных статистических классификаций идеология операциональной диагностики предполагает оценку состояния пациента в данный момент.

В связи с этим диагностическая формулировка носит в той или иной мере **этапный характер** и может меняться в зависимости от актуальных задач лечебно-реабилитационного процесса, что закономерно ведет к феномену **диагностического релятивизма**.

Облигатным параметром состояния пациента, который должен максимально отражаться в функциональной части диагноза и учитываться при выборе диагностической формулировки и назначении лечения, является **прогноз** психического расстройства и связанный с ним **реабилитационный потенциал**.

В случае благоприятного прогноза с возможностью восстановления преморбидного уровня социальной активности и компетентности целесообразно использовать диагностические формулировки, в меньшей степени стигматизирующие пациента и не сопряженные со значительными нормативными ограничениями профессиональной пригодности.

Так, для диагностики эндогенно-процессуальных психических расстройств в качестве этапных могут быть использованы диагностические рубрики острого полиморфного психотического, шизо-типического, бредового расстройства,

тяжелого аффективного эпизода с психотическими симптомами, не конгруэнтными аффекту.

Этим идеологическим положениям соответствует методологический прием **«виражей в диагностике»**. В этих ситуациях после перенесенного психотического эпизода, в случае достижения ремиссии высокого качества и длительности с восстановлением социальной активности и компетентности, для устранения нормативных ограничений профессиональной пригодности констатируемая в период психотического эпизода диагностическая формулировка тяжелого состояния (например, эпизода шизофрении) меняется. Выставляется диагностическая рубрика психического расстройства с меньшими социальными ограничениями, предполагающая возможность выздоровления.

Определяя объем терапии, врач должен оценить прогноз психического расстройства и реабилитационный потенциал пациента. Назначение действенных методов лечения с высокой мощностью терапевтического эффекта, но сопряженных с высокой частотой побочных эффектов и осложнений, оправданно у больных с благоприятным прогнозом и высоким реабилитационным потенциалом. В этом случае возможность достижения значительно улучшения состояния оправдывает риск возникновения нежелательных явлений.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Применение клинического метода диагностики психических расстройств должно основываться на ряде **методологических положений**.

Клинико-психопатологическое исследование остается ведущим методом диагностики психических расстройств.

Для обеспечения полной и всесторонней диагностической оценки психического заболевания необходимо использовать рациональное сочетание качественного клинико-психопатологического исследования психопатологических синдромов с количественной клинико-статистической оценкой выраженности психопатологических симптомокомплексов и операциональной диагностикой рубрик международных статистических классификаций.

Диагностическая оценка должна учитывать биологические механизмы этиологии и патогенеза психопатологических феноменов.

Клиническая картина психического расстройства оценивается с учетом соотношения позитивной и негативной симптоматики, закономерностей течения с максимально возможным уточнением прогноза и реабилитационного потенциала.

Целесообразно дополнять формулировку диагностических систем международных статистических классификаций функциональным диагнозом с указанием нозологической принадлежности и синдромологической структуры расстройства, его течения и прогноза.

Клиническое исследование психопатологической симптоматики должно сочетаться с экспериментально-психологическим изучением психического расстройства, инструментальными и лабораторными исследованиями состояния центральной нервной системы и внутренних органов.

Список литературы находится в редакции ■