

## ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ

**В.И. Бородин**

В кн.: Пограничные психические расстройства: Сборник научных работ / Под ред. чл.-корр. РАН, профессор Ю.А. Александровского. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2014. - С. 175-198.

### **Введение**

В медицине *реабилитация* традиционно связана с *инвалидностью*, то есть стойким, не полностью обратимым нарушением (утратой) различных физических и психических функций вследствие того или иного заболевания. Достаточно известным является рассмотрение реабилитации в качестве *«третичной профилактики»*, цель которой как раз и заключается в том, чтобы избежать инвалидности или уменьшить ее последствия (Кабанов М.М., 1985; Гурович И.Я., 2007). В связи с этим в рамках понятия реабилитации обычно рассматривают целый комплекс последовательных медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных как на прямое восстановление нарушенных болезнью определенных способностей, так и на их компенсацию за счет других сохранившихся после перенесенной болезни биологических, индивидуально-психологических и социальных резервов личности. Таким образом, цели и задачи реабилитации, по сравнению с предшествующим ей периодом так называемой активной терапии заболевания, гораздо шире и практически не могут быть реализованы вне *системного подхода* к решению основных клинических проблем. На это же прямо и косвенно указывает различие, согласно рекомендации ВОЗ, медицинской, профессиональной и социальной реабилитации (Боголюбов В.М., 1998).

При этом постоянно подчеркивается, что чем теснее реабилитация связана с лечением, тем она эффективней (Гурович И.Я., 2007), а жесткое разделение лечения и реабилитации весьма искусственно и, по мнению А. Querido (1966), «не представляет ценности за пределами вспомогательной структуры, предназначенной для облегчения нашего мышления» (цит. по Кабанов М.М., 1985). В силу крайней относительности разделения лечения и реабилитации многие авторы считают, что понятие реабилитации очень близко к понятию *тотального лечения* (Kline N., 1973). По мнению М.М. Кабанова (1985), это наиболее верно схватывает суть реабилитации, заключающейся не только в стремлении различными методами уменьшить последствия болезненного дефекта, но и вообще воспрепятствовать появлению последнего или уменьшить степень его выраженности.

Однако при такой постановке вопроса неизбежно возникает конкуренция понятий: *реабилитация vs лечение*. Естественно ожидать, что в медицинском сообществе исходом

этой конкуренции будет победа «лечения» – как клинически наиболее выверенного и традиционного понятия – над «реабилитацией». Некоторые специалисты доходят даже до отрицания медицинского значения последнего, предлагая заменить его более подходящим термином, например, «восстановительная медицина» (Давыдкин Н.Ф., 2007). В итоге расширительная трактовка понятия реабилитации неизбежно завершается его повторным сужением и возвратом к взаимосвязи с инвалидностью. По этой причине для большинства врачей понятие реабилитации до сих пор ассоциируется с длительным восстановлением более или менее стойко нарушенных или утраченных физических и психических функций вследствие какого-либо заболевания – после этапа специфического активного лечения.

Для психиатрии такая ситуация особенно характерна. Именно здесь понятие реабилитации чаще всего относится к больным с наиболее тяжелыми психическими заболеваниями (прежде всего, с шизофренией) и их последствиями, а одной из ее основных задач, в контексте *ресоциализации* и *реадаптации*, называется профилактика и коррекция психического дефекта (*психоортопедия*, по В.А. Гиляровскому). Однако в современной литературе, с учетом научно обоснованной необходимости системного подхода к ведению всех без исключения психически больных, все чаще и практически повсеместно используется такое словосочетание, как «*лечебно-реабилитационные*» мероприятия, в том числе применительно к пограничным психическим расстройствам (ППР).

В последнем случае сразу возникает ряд вопросов, требующих обсуждения. Прежде всего, привычная для медицины и психиатрии взаимосвязь реабилитации с инвалидностью, о чем говорилось выше, в пограничной психиатрии сразу теряет смысл, поскольку инвалидности в классическом понимании при ППР возникать не должно по определению. Как считает Н.Ф. Давыдкин (2004), «реабилитация – это комплекс образовательных, профессиональных, юридических, законодательных, психологических экономических и других социальных мероприятий, проводимых с целью повышения качества жизни инвалида и его интеграции в общество», поэтому больных с ППР не надо реабилитировать, их надо просто лечить. При такой «жесткой» трактовке понятия реабилитации его применение в пограничной психиатрии очевидно неадекватно. Тем более, что у этих больных не должно как будто бы возникать и выраженных проявлений трудовой и социальной дезадаптации, особенно когда речь идет о невротических расстройствах, составляющих «ядро» пограничной психиатрии. Не совсем уместно поэтому подходить к проблеме реабилитации больных с ППР и с точки зрения их ресоциализации (Кабанов М.М., 1969).

Правда, многие отечественные авторы еще советского периода описывали разнообразные нарушения как профессиональной, так и социальной адаптации у больных неврозами, предлагая свои рекомендации для решения возникавших в этом плане проблем. По данным Р.А. Зачепиского (1966) и А.М. Свядоша (1997), от 10 до 15% больных с различными формами неврозов требуют хотя бы временного перевода на инвалидность III и даже II группы. Как отмечают эти авторы, особые проблемы с трудовой реабилитацией в последующем возникают у больных, страдающих истерическим неврозом. Д.А. Каменецкий (2001) утверждает, что невроз необходимо трактовать как динамическую утрату трудоспособности на протяжении всего болезненного процесса и что именно работа – поначалу, в щадящем режиме – для больных неврозами является, наряду с терапией, важнейшим фактором более надежной их реабилитации. Данный подход применялся еще основоположником отечественной психотерапевтической школы С.И. Консторумом, который интенсивно использовал метод «трудового активирования» в процессе лечения и реабилитации больных с агорафобией в структуре разработанной им активирующей терапии психоневрозов (Консторум С.И., 1959). Некоторые зарубежные авторы, понимая ограниченность традиционной «терапевтической парадигмы» при большинстве амбулаторных вариантов психических нарушений, предлагают реабилитационную модель курирования, в частности, пограничного личностного расстройства, которая акцентирует внимание не на психопатологических проявлениях, а на различных психологических проблемах, ассоциированных с данным расстройством, и включает в себя такие обязательные составляющие, как организация среды обитания пациента, тренинг его навыков и способностей, а также поддержка со стороны семьи (Links P.S., 1993).

В настоящее время одним из важных организационных подходов к выявлению, учету и терапии больных с ППР считается объединение психиатрической помощи не только с общими звеньями здравоохранения, но и с различными социальными и реабилитационными службами. Появившееся в последние годы понятие о «потребителях» в сфере психического здоровья потребовало обоснования и включения в «услуги» не только собственно медицинских мероприятий, но и профилактической работы, организации семейного наблюдения за больным и активного участия членов семьи в лечебном процессе, решения многоплановых социальных вопросов, улучшающих «качество жизни» больного. Такой подход к организации медицинской помощи, как свидетельствует практика, несмотря на «удорожание» и усложнение лечения психически больных, способствует достижению более полного и стабильного конечного терапевтического результата (Александровский Ю.А., 2007).

Концепции «барьера психической адаптации», социально-стрессовых расстройств (ССР) по сути своей также предполагают необходимость реабилитационного подхода в целом к медицинской и социально-психологической помощи больным с ППР, причем с выходом далеко за пределы традиционной клинко-нозологической парадигмы, поскольку в качестве основной причины ССР, помимо всевозможных материальных затруднений постсоциалистического периода развития нашей страны, особо отмечается духовное неблагополучие, возникшее на почве резкой смены жизненных ориентиров десятков миллионов людей и все большей обособленности частной жизни от государства (Александровский Ю.А., 1996; Гурвич И.Н., 1999; Гундаров И.А., 2001). По мнению других авторов, это способствует развитию «кризиса идентичности личности», характеризующегося потерей чувства «собственной самости» (Положий Б.С., 1996), а совладание с социальным стрессом в условиях смыслового и ценностного дефицита общественной жизни все больше связывается с активизацией индивидуальных эго-идеалов и патологическим использованием таких защитных механизмов, как идеализация, отрицание и смещение интересов (Аведисова А.С., 2006; Александровский Ю.А., 2007). В конечном счете, глобальные изменения в ценностно-смысловой структуре личности (другими словами, в ее духовной сфере) оказывают серьезное влияние на этиопатогенез и динамику ППР, а учет и коррекция этих изменений обуславливают необходимость самого широкого спектра не только лечебных, но и реабилитационных мероприятий в рамках системного подхода применительно к данному контингенту пациентов.

#### **Хроническое течение и социальная дезадаптация больных с ППР**

Обоснование необходимости реабилитационных мероприятий для больных с ППР, на наш взгляд, может исходить из следующих неоспоримых фактов. Прежде всего, это склонность большинства ППР, несмотря на невротический, в широком смысле слова, уровень нарушений, к волнообразному *хроническому течению*. В этом плане ППР практически не отличаются от заболеваний, традиционно относимых к «большой» психиатрии, таких как шизофрения и биполярное аффективное расстройство (Pietzcker A., Gaebel W., 1987). Следует отметить, что до середины XX столетия в психиатрическом сообществе мнение о принципиально благоприятном прогнозе невротических расстройств было фактически доминирующим. Однако постепенно накапливались данные о возможности и хронического их течения. Так, К. Ernst (1959) отмечал длительный характер указанных расстройств, по меньшей степени, у четверти всех обследованных, R. Giel et al. (1964) – почти у 30% на протяжении 5 лет наблюдения, а J. Sylph et al. (1969) – у половины всех больных невротизмами. К.Р. Lloyd et al. (1996) у 2/3 пациентов с психическими расстройствами, обращающихся к врачам общей практики,

диагностировали те или иные непсихотические («невротические») нарушения (тревожно-фобические, депрессивные, психосоматические и др.). При этом для большей части указанных расстройств было характерно хроническое течение: от года до 11 и более лет. Эти данные подтверждаются целым рядом других исследований (Mann A.H. et al., 1981; Escobar J.L., Burnam B., 1987; Williams P. et al., 1989). Особо отмечается повышенный риск смертности среди больных с так называемыми «тяжелыми» неврозами (Sims S., 1973; Sims A., Prior P., 1978).

Длительное хроническое течение ППР проявляется и в достаточно частых **повторных госпитализациях** пациентов в стационары общего и специализированного типа (клиники неврозов). К сожалению, достоверные статистические данные о них фактически отсутствуют. Следует подчеркнуть, что подобные явления нередко связаны с мотивом вторичной выгоды (уход от решения проблем, стремление получить дополнительный отдых, «восстановить силы») и должны рассматриваться в таких случаях как вариант своеобразного аддиктивного поведения (Рожков С.А., 1993).

К числу неоспоримых фактов в итоге следует отнести **социальную дезадаптацию** больных с ППР, которая проявляется, естественно, не грубым снижением уровня профессиональной или общей социальной активности, не инвалидизацией, а в той или иной степени выраженным ухудшением качества жизни пациентов. В. Соопер (1972) одним из первых обратил пристальное внимание на разнообразные социальные трудности, возникающие у больных с хроническими невротическими расстройствами, на их зависимость от выраженности клинических проявлений, а также на связанную с этим общую неудовлетворенность жизнью. С позиции современных подходов **качество жизни** следует рассматривать как самостоятельный многофакторный показатель состояния больных при ППР, который является при этом и основным диагностическим критерием степени нарушения социализации пациентов, предполагающим соответствующую медико-социальную коррекцию нарушений тех или иных его параметров (Самойлова Д.Д., 2011).

#### **Методологические особенности реабилитации в пограничной психиатрии**

На настоящий момент не вызывает сомнений то, что методология реабилитации в пограничной психиатрии, как это принято и в общей психиатрии, и медицине в целом, должна строиться на основе **системного подхода** ко всем без исключения аспектам клинической реальности. Здесь подразумевается и диагностика, и терапия, и профилактика ППР, причем в самом широком смысле, исходя из **биопсихосоциальной модели** заболевания (Engel G.L., 1980). Правда, декларация системного подхода к реабилитации вообще и психически больных, в частности, – явление общеизвестное. Тем

не менее, некоторые принципиальные особенности ППР и пограничной психиатрии как особой научно-практической области медицины заставляют в очередной раз пересмотреть целый ряд понятий, связанных с вопросами реабилитации соответствующего контингента пациентов.

К числу определяющих особенностей пограничной психопатологической симптоматики, помимо *непсихотического (невротического)*, в широком смысле) уровня расстройств, следует отнести, прежде всего, высокий удельный вес и разнообразие *неспецифической (общей) симптоматики* в клинической картине фактически любого ППР. Это отмечают все исследователи. М. Goodman (1995) особо подчеркивает, что для различных «невротических» (в экстранозологическом плане) состояний характерны множественные неспецифические проявления, «*объективно незначимые, а субъективно очень значимые*». Последние слова, на наш взгляд, являются ключевыми, поскольку прямо указывают на проблемы, возникающие в связи с дифференциальной диагностикой различных клинических вариантов ППР. Здесь уместно вспомнить О.В. Кербикова (1971), который говорил, что выделяемые дифференциально-диагностические различия между разными формами ППР скорее их объединяют, нежели разъединяют. С точки зрения Ю.А. Александровского (2007), разнообразные по своей клинической структуре пограничные состояния имеют сходные тенденции в плане синдромогенеза. Таким образом, налицо клинико-патогенетическое единство ППР, еще более увеличивающее объективную клиническую значимость неспецифической или общей пограничной психопатологической симптоматики.

Помимо этого, для клинической картины любого ППР также характерна широкая представленность *психологически понятного* содержания в структуре болезненных переживаний пациента. Данная клиническая особенность ППР серьезным образом отличает их от сугубо психотических форм психических нарушений, при которых содержание болезненных переживаний пациентов психологически малопонятно и, как правило, не конгруэнтно объективной реальности. Напротив, именно *конгруэнтность содержания болезненных переживаний реальности* у больных с ППР обеспечивает возможность переработки и интеграции их в процессе психотерапевтических и реабилитационных воздействий.

Вышеописанные клинические особенности основной симптоматики ППР не позволяют полностью уместить ее в прокрустово ложе привычных для психиатров клинических понятий (симптом, синдром, нозология), не рассчитанных на сколько-нибудь приемлемое описание психического содержания. Традиционный клинический подход в пограничной (малой) психиатрии приходится дополнять, фактически, «диким» образом

клинико-психологическими описаниями в рамках психологической парадигмы, в широком смысле, но никак не психопатологической. Последующая интеграция психопатологических и клинико-психологических описаний в силу полярной разницы исходных позиций (психопатологическая *форма* vs психическое *содержание*) может осуществляться только по принципу простой суммы, примером чего являются и так называемая осевая диагностика по МКБ-10 и DSM-IV, и большинство предложений, связанных с внедрением функционального диагноза в пограничной психиатрии и психосоциальной реабилитации.

Следует подчеркнуть, что все сказанное никак не свидетельствует о необходимости отказа от клинического подхода в пограничной психиатрии как некой особой области, выходящей за рамки медицины. Такой отказ неизбежно приведет к размыванию или полной утрате клинической реальности самих ППР. Речь может идти лишь о некоторых особенностях диагностики в пограничной психиатрии, выражающихся, прежде всего, в придании гораздо большей значимости неспецифической (или общей) симптоматике в структуре ППР, по сравнению с клинически дифференцированными проявлениями, на основе которых устанавливается конкретный нозологический диагноз. Для классической парадигмы дифференциальной диагностики в медицине и психиатрии характерно, в определенном смысле слова, вынесение за скобки неспецифических клинических проявлений на заключительном этапе с целью максимальной объективизации и валидации основного клинического диагноза, опирающегося на наиболее специфические для той или иной нозологии симптомы. Из-за этого неспецифическая симптоматика уходит как бы в тень, на второй клинический план. Учитывая то, что удельный вес и, особенно, значимость неспецифической психопатологической симптоматики в пограничной психиатрии гораздо выше, по сравнению с так называемой большой психиатрией, становится очевидным, какой огромный клинический материал фактически выпадает из картины заболевания (ППР), определяемой традиционной объективной клинико-нозологической диагностикой.

В итоге уже на этапе диагностики в отношениях между врачом и пациентом возникает расхождение: с точки зрения врача (объективная оценка), наиболее значимы нозологически специфические симптомы и наименее – неспецифические (общие) психопатологические проявления; с точки зрения пациента (субъективная оценка), как правило, нет различий по значимости между неспецифическими и специфическими проявлениями заболевания, более того, нередко как раз неспецифическая симптоматика занимает одно из первых мест в содержании болезненных переживаний. Указанное расхождение в последующем практически неизбежно оказывает негативное влияние на

весь лечебно-реабилитационный процесс. В связи с этим для его преодоления, на наш взгляд, необходимо смещение диагностического акцента с нозологически специфической на неспецифическую пограничную психопатологическую симптоматику, что, в конечном счете, обуславливает перенос центра тяжести при клинической диагностике в пограничной психиатрии с позиции традиционного «жесткого» нозологизма к системному и *интернозологическому* подходу. Сутью последнего должно быть рассмотрение различных клинических вариантов ППР не как совокупности самостоятельных нозологических единиц, клинически четко дифференцируемых по отношению друг к другу, но как взаимосвязанных и взаимозависимых (коморбидных), лишь относительно специфических симптомокомплексов – в некоем «поле» *общей неспецифической пограничной психопатологической симптоматики*. Таким образом, интернозологический подход к диагностике в пограничной психиатрии подразумевает клинический анализ конкретного расстройства в рамках целостной группы ППР с единой общей (неспецифической) симптоматикой. При этом хочется еще раз подчеркнуть, что интернозологический диагностический подход не есть какое-то отрицание принципов общепринятой клинической диагностики в психиатрии, включая и нозологический принцип. Речь идет лишь о некотором смещении акцентов в процессе клинической диагностики ППР с целью получения прямого доступа именно к общей (неспецифической) психопатологической симптоматике. Клиническая значимость последней определяется не только соответствующей субъективной оценкой (с точки зрения пациента), но и непосредственной включенностью (исходя из принципа единства клиники и патогенеза) наиболее общих, неспецифических патогенетических механизмов на всех уровнях биопсихосоциальной модели заболевания. В итоге мы получаем прямое логическое обоснование для широкого спектра реабилитационных подходов применительно к ППР.

Интернозологический подход, акцентирующий внимание на неспецифических проявлениях ППР, при вынесении заключения о клинической значимости тех или иных болезненных проявлений опирается, как уже было отмечено выше, на оба вида оценки: объективную (с точки зрения врача) и субъективную (с точки зрения пациента). Следовательно, его полноценная реализация на практике невозможна вне контекста *интерсубъективности*, подразумевающей диадные взаимоотношения «врач – пациент». Указанный контекст характерен для всей современной психотерапии, и при этом условии использование интернозологического диагностического подхода может способствовать сближению позиций клинической психопатологии и психотерапии, что, несомненно, является весьма перспективным.



В свою очередь, помещение диагностического процесса в область интерсубъективности так или иначе предполагает соблюдение *принципа партнерства* во взаимоотношениях между двумя основными действующими лицами: врачом и пациентом. Естественно, данный принцип не должен оказывать искажающее влияние на объективную оценку психического состояния больного со стороны врача, его соблюдение имеет цель максимально полного учета и использования субъективной оценки пациента – в дополнение к объективной – при вынесении комплексного диагностического заключения. Все это полностью согласуется с другим принципом, без которого невозможны никакие лечебно-реабилитационные мероприятия, проводимые в пограничной психиатрии, – *принципом добровольного, информированного согласия* со стороны пациента и неотъемлемо сохраняемой за ним *свободой выбора* того или иного вида помощи на всем протяжении лечения.

### **Организационные принципы терапии и реабилитации больных с ППР**

9

Реабилитация, несмотря на различные трактовки данного понятия многочисленными научными школами, в организационном плане практически повсеместно рассматривается как весьма сложный комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых или врожденных заболеваний и травм (ВОЗ, 1969). При таком подходе реабилитация, как это уже было сказано, всегда системный процесс, разворачивающийся в несколько последовательных этапов. Традиционно можно выделить следующие этапы (Кабанов М.М., 1985): 1) восстановительная терапия (медикаментозное и другое лечение, направленное на восстановление нарушенных функций организма); 2) реадaptация (восстановление адаптационных навыков и возможностей); 3) собственно реабилитация (восстановление индивидуальной и общественной ценности больного).

В идеале целью реабилитации является стремление вернуть пациентам все то, что они утратили в процессе заболевания. Эти потери у психически больных, в силу специфики психического расстройства вообще, связанного вне зависимости от степени его выраженности с тотальным характером дефицита, касаются самых разных сфер жизни. Учитывая это, необходимые реабилитационные мероприятия должны быть предельно разнообразными, чтобы обеспечить в полном смысле слова ресоциализацию психически больных. Однако построенные исходя из такой посылки системы реабилитации обязательно будут излишне громоздкими, так или иначе воспроизводящими в себе не только медицинские, но и основные государственные функции (охрана здоровья,

трудоустройство, юридическая поддержка и т.д.) и напоминающими вследствие этого «государство в государстве». Ожидаемым нежелательным последствием функционирования подобных систем может оказаться их замыкание на самих себе, и тогда «ресоциализация» пациентов будет обеспечена только в рамках этих систем и неизбежно ими опять же замкнута, что в итоге будет приводить к формированию различных видов госпитализма. В этой ситуации стоит какому-то хотя бы одному звену вышеуказанной системы «выпасть» по тем или иным причинам, как вся система может оказаться неэффективной. Помимо всего прочего, «большие» реабилитационные системы требуют весьма существенных дополнительных финансовых, организационных и кадровых затрат, что резко увеличивает их себестоимость.

Угроза обратного превращения «больших» реабилитационных систем в «тотальные учреждения», как Е. Goffman в 1961 г. назвал психиатрические больницы, заставляет в очередной раз пересмотреть принципы построения программ лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении больных с ППР. В свое время введение понятия «институционального невроза» (Barton R., 1959; Wing J., 1962) логически привело к возникновению концепции «деинституционализации», направленной на решение задач социальной реинтеграции психически больных, то есть на их социальную реабилитацию.

10

Но излишний акцент на организационных вопросах реабилитации психически больных очень часто приводит к созданию высокодифференцированных, сложно организованных, многопрофильных структур в виде реабилитационных отделений, диспансеров или центров, имеющих целью обеспечить изолированное проживание больных, их социальную и юридическую поддержку, а в какой-то мере и трудоустройство (по типу лечебно-трудовых мастерских). Фактически получается «новая институционализация», в крайнем случае, альтернативная психиатрическому стационару. Такой подход может быть эффективен в отношении пациентов с наиболее тяжелыми формами психической патологии, стойкой утратой трудоспособности, а также выраженным снижением социального статуса. Для больных с ППР указанные структуры в большинстве случаев являются излишними, приводящими в некотором смысле к «передозировке» реабилитацией, по аналогии с психофармакотерапией, что может породить целый ряд специфических нежелательных явлений. Пожалуй, только «военные неврозы» и ПТСР среди всех невротических и стрессовых расстройств могут рассматриваться в качестве показаний для традиционной формы реабилитации, адресованной пациентам с тяжелыми психическими расстройствами (Maxwell J., 1946). Не зря в большинстве руководств по реабилитации неврозам или ППР посвящается не более одной страницы и притом самых общих рекомендаций.

В связи с этим разработка дифференцированных лечебно-реабилитационных программ, включая основные принципы их организации, для пациентов с ППР является достаточно актуальной задачей. При этом надо учитывать то, что лекарственная терапия пациентов с невротическими расстройствами в общей практике часто проводится в ущерб психотерапии и социальным мероприятиям (Shepherd M. et al., 1966; Skegg D.C.G. et al., 1977). По мнению М. Johnston (1978), этим пациентам показана, в первую очередь, психологическая помощь в структуре так называемых центров здоровья. Таким образом, речь ведется о преимущественно психосоциальном воздействии. При этом особое внимание должно уделяться такой важной составляющей любого невроза, как «деморализация» (Gelder M.G., 1979). Это означает, что на вершине «пирамиды» лечебно-реабилитационных мероприятий при ППР психосоциальная реабилитация вынуждена обращаться к вопросам смыслового и ценностного ряда, то есть к духовной сфере личности. Подобные вопросы можно целенаправленно решать с позиции экзистенциально-философского подхода (экзистенциальная психотерапия), но во многих случаях невозможно обойтись и без привлечения огромного религиозно-нравственного потенциала, накопленного различными конфессиями.

Итоговая оценка реабилитационных достижений при ППР должна учитывать самые общие параметры, такие как трудовая активность, физическая и эмоциональная устойчивость, социальная независимость. Особо следует подчеркнуть важность гибкого подхода к организации и проведению реабилитации у данного контингента больных в противовес «ригидной приверженности» к излишне дифференцированным и громоздким реабилитационным схемам (Thompson D.R., Lewin R.J.P., 2000). Так, психосоциальная реабилитация при невротических нарушениях, коморбидных сердечно-сосудистым заболеваниям, не требует участия больших полипрофессиональных бригад специалистов и может проводиться даже средним медперсоналом, например, специально обученной медсестрой (Naismith L.D. et al., 1979). F. Grasset et al. (2004) предлагают при построении реабилитационных схем иметь ввиду три основные позиции: 1) этическое обоснование реабилитации; 2) реабилитационные мероприятия; 3) материальная и организационная база. Цели, задачи и содержание конкретных реабилитационных программ могут быть при этом весьма разнообразными. Ключевыми особенностями реабилитации психически больных, по мнению американских специалистов (Anthony W. et al., 2002), являются, во-первых, определенные условия ее проведения (реабилитационный сеттинг), во-вторых, максимально широкий круг специалистов (при этом не требуется обязательного руководства со стороны врача) и, в-третьих, широкий выбор реабилитационных

мероприятий с акцентом на тренинге навыков самообслуживания, повседневной жизни и межличностного взаимодействия.

В отечественной психиатрии в последние годы также идет усиленный поиск новых реабилитационных подходов в отношении больных с разнообразными клиническими формами ППР. Особый интерес представляют сочетанные, коморбидные с соматическими заболеваниями и травмами состояния. При этом авторы чаще всего опираются на такие классические принципы реабилитационного воздействия, как дифференцированность, комплексность и поэтапность. Так, реабилитационный комплекс при нозогенных ППР у лиц с сочетанной травмой, по мнению О.В. Краля (2009), должен включать психофармакологическое, психотерапевтическое, психопрофилактическое и социальное направления и осуществляться поэтапно. Ведущее место в профилактике ППР у пациентов, перенесших сочетанную травму занимают при этом немедикаментозные методы воздействия: комплексная психотерапия, физиолечение, социотерапия и другие медико-психологические мероприятия. Среди принципов психотерапевтических и реабилитационных стратегий при невротических расстройствах Т.А. Караваева (2010) выделяет этапность, комплексность, дифференцированность, интегративность, краткосрочность. Автор акцентирует внимание на дифференциации показаний для стационарной и амбулаторной психотерапевтической помощи больным с неврозами и особо подчеркивает важность такого вопроса, как взаимодополняемость вышеуказанных ее этапов: если стационарное лечение обеспечивает наибольшую эффективность краткосрочной психотерапии и широту спектра других психотерапевтических, социотерапевтических и лекарственных воздействий, то в рамках амбулаторного лечения легче организовать долгосрочную психотерапевтическую поддержку при минимуме медикаментозных воздействий.

В.А. Тихоненко и соавт. (2005) также считает, что основу реабилитации больных с ППР должны составлять различные мероприятия немедикаментозного характера, прежде всего, психотерапия в сочетании с нелекарственными методами биологического воздействия. Авторами разработаны пять комплексных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ для следующих клинико-нозологических групп ППР: реакции на стресс и нарушения адаптации, психогенные непсихотические депрессии, тревожно-фобические расстройства, соматоформные расстройства, а также неврозоподобные и астенические расстройства органического генеза.

Накопленный к настоящему времени опыт работы отделения проблем реабилитации Отдела пограничной психиатрии ГНЦССП им. В.П. Сербского на базе филиала «Клиники неврозов» (Рублево) позволяет нам подтвердить, наравне с другими

авторами (Кабанов М.М., 1985; Гурович И.Я., 2007; Ястребов В.С. с соавт., 2008), изначальною **неразрывность лечебного и реабилитационного процессов при ППР**. Иными словами, лечебный процесс при ППР должен с самого начала проводиться в научно-практическом контексте реабилитационного подхода. Данный вывод обоснован указанными выше клинико-психопатологическими особенностями ППР. В этой ситуации лечащий врач выступает не только и даже не столько клиницистом, сколько **руководителем и организатором комплексного лечебно-реабилитационного процесса** своих пациентов. Среди основных организационных принципов такой **«системной терапии»** мы предлагаем особо выделить следующие: **непрерывность** и **преемственность** лечебно-реабилитационного процесса на всех его этапах (стационарном и амбулаторном); **дифференцированность** и **непротиворечивость** комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий; **котерапия** и **принцип разделения** биологических и психологических методов воздействия; **профилактика ятрогений**; обеспечение оптимального уровня **комплаенса** и **качества жизни** пациента. В структуре лечебно-реабилитационных программ для больных с разными вариантами ППР первостепенную роль (но не исключительную) должны играть, на наш взгляд, различные виды психологического воздействия (психотерапия, психообразовательные и психосоциальные методики). На стационарном этапе реабилитации приоритетными являются краткосрочные варианты **сочетанной психотерапии** (индивидуальная + групповая + семейная) и психообразовательные мероприятия, а на амбулаторном – долгосрочная, поддерживающая психотерапия в индивидуальном или групповом варианте в рамках конкретного теоретического направления (по выбору пациента на этапе стационарного лечения).

#### **Оценка эффективности реабилитационных мероприятий для больных с ППР**

Доказательная оценка эффективности реабилитационных мероприятий – крайне сложная задача из-за полимодальности и мультидисциплинарности реабилитации как таковой. Рассматриваемая в большинстве зарубежных моделей реабилитации в качестве концептуальной базы психосоциальных исследований «матричная модель» (Торникрофт Г., Танселла М., 2000), по мнению самих ее авторов, не в состоянии дать точные количественные показатели. Предлагаемая В.С. Ястребовым с соавт. (2008) системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации, построенная на основе метода иерархического моделирования, учитывает практически все возможные уровни «большой» реабилитационной системы (государство – общество – ближайшее окружение – пациенты) и при этом позволяет получить целый ряд количественных данных, касающихся эффективности проведенных реабилитационных мероприятий с помощью

специального математического аппарата – метода анализа иерархий. Однако применение указанного метода по-настоящему имеет смысл лишь в отношении реабилитационных систем институционального типа, но не для оценки индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ, адресованных больным с ППР.

Вообще, изучение эффективности реабилитационных программ в пограничной психиатрии с позиций доказательной медицины, по модели, например, рандомизированных клинических испытаний лекарственных препаратов (РКИ), практически вряд ли осуществимо из-за целого ряда проблем. Во-первых, это исключительная сложность дизайна подобного рода исследований, обусловленная необходимостью иного, в отличие от РКИ в клинической фармакологии, функционально-диагностического подхода, разноплановостью лечебно-реабилитационных мероприятий (биологических, психологических психосоциальных), входящих в ту или иную реабилитационную программу, и невозможностью рассмотрения их по единому методологическому принципу. Во-вторых, это проблемы чисто практического характера, обусловленные ограниченностью материальных ресурсов для комплексного лечебно-реабилитационного воздействия в структуре подавляющего большинства клинических баз, на которых должны проходить эти исследования. В-третьих, это отсутствие каких-либо исходных доказательных данных о показаниях и, особенно, противопоказаниях комплексных лечебно-реабилитационных программ именно в пограничной психиатрии. Принцип "чем больше, тем лучше", который в целом может быть полезным для большинства больных шизофренией инвалидов, здесь категорически не подходит, поскольку потенциально может вызвать массу нежелательных явлений (агравация болезни, невротические реакции по типу вторичной выгоды, госпитализм и неогоспитализм). В-четвёртых, это несопоставимые даже с современными мультицентровыми РКИ новых лекарственных препаратов финансовые затраты, которые наверняка будут, как минимум, на порядок выше, если попытаться соблюсти все необходимые требования доказательной медицины при построении дизайна подобного рода исследований.

Указанные проблемы предполагают введение целого ряда методологических «поправок» при проведении научной оценки эффективности реабилитации больных с ППР. Прежде всего, при построении лечебно-реабилитационных программ в пограничной психиатрии следует исходить из конкретного характера индивидуальных проблем каждого пациента (*проблемная ориентация*). Далее нужен учет реальных возможностей того или иного медицинского учреждения, в задачи которого, тем не менее, входит оказание не только лечебных, но и реабилитационных услуг. В методологическом плане

необходимо строить указанные лечебно-реабилитационные программы на основе не индивидуально-личностного подхода, который имплицитно как раз и предполагает создание избыточных по своей полноте и сложности лечебно-реабилитационных комплексов, а **интерсубъективного**. В его рамках врач-психиатр на основе установившихся партнерских отношений с пациентом **предлагает** последнему конкретные лечебно-реабилитационные мероприятия, а пациент, осуществляя **свободный выбор** (в соответствии с современными требованиями биоэтики), дает свое **информированное согласие** или **отказ** от того или иного воздействия. Интерсубъективный подход, относительно недавно начавший применяться и в психотерапии, позволяет достаточно четко определить рамки как построения конкретных лечебно-реабилитационных программ, заменяя систему **врачебных назначений**, традиционную для классического лечения, системой **врачебных предложений**, позволяющей разделить ответственность за организацию и результаты лечения между врачом и пациентом в рамках равноправных партнерских отношений, так и их последующей научно обоснованной оценки. В итоге конкретные, **индивидуализированные лечебно-реабилитационные программы** создаются и оцениваются на основе активного взаимодействия врача и пациента, а не назначаются директивно врачом тому или иному пациенту, выступающему при этом в роли пассивного реципиента. Оценка эффективности этих программ должна базироваться на едином комплексе качественных и количественных показателей, с учетом объективной и субъективной оценок, а также специфики каждой модальности реабилитационных мероприятий (биологических, психологических, социальных).

#### **Нежелательные явления в процессе реабилитации больных с ППР**

О нежелательных явлениях (НЯ) в процессе реабилитации больных, в том числе и с ППР, говорить не принято. Тем не менее, их появление, как уже было сказано выше, в ряде ситуаций вполне вероятно. Речь идет, прежде всего, о разнообразных проявлениях **госпитализма** и **неогоспитализма** (Кабанов М.М., 1985): формирование зависимости от стационара, обусловленной тепличными условиями существования, исключаящими привычные стрессовые воздействия и связанную с ними необходимость принятия самостоятельных решений, настроенность на повторные госпитализации, сужение круга интересов в условиях повседневной жизни, а также снижение социальной и трудовой активности. У больных с длительно протекающими ППР на фоне динамики основного расстройства и, особенно часто, при изменении условий проведения лечебно-реабилитационных мероприятий возникают психологические и невротические **реакции вторичной выгоды** («френтные неврозы») в виде аггравации болезни, внезапных

ухудшений состояния, мотивирующих отказы от запланированной выписки из стационара, преждевременные или необоснованные повторные госпитализации. В связи с дополнительными стрессовыми воздействиями, побочными эффектами психофармакотерапии, разного рода ятрогениями возможны и другие **вторичные невротические реакции и развития личности**: ипохондрические, истерические, паранойяльные.

Поскольку ядром психосоциальной реабилитации больных с ППР являются различные методы психотерапевтического воздействия, мы считаем весьма важным аспектом ее успешного осуществления признание обязательности возникновения НЯ не только при проведении психофармакологического лечения, но и психотерапии. Этот аспект тем более важен, что в клинической практике НЯ, возникающие в психотерапевтическом процессе, чаще всего игнорируются. Анализ литературы показал, что фактически любая психотерапевтическая методика может приводить к возникновению не только позитивных, но и негативных эффектов (Бородин В.И. с соавт., 2004). Представляется очевидным, что последние, по аналогии с психофармакологическими побочными эффектами, обусловлены основными механизмами психотерапевтического действия. Разнообразие **НЯ психотерапии** также вполне сопоставимо с психофармакологическим лечением. Таким образом, они могут рассматриваться как один из важнейших показателей качественной и количественной оценки проводимых в отношении больных с ППР лечебно-реабилитационных мероприятий. Учитывая принцип добровольного, информированного согласия на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, то же самое касается и дифференцированного анализа разных вариантов **отказов** больных от тех или иных методик на всех этапах реабилитации по предложенному нами осевому принципу: полные – частичные, первичные – вторичные, единичные – рецидивирующие (Бородин В.И., 2009).

### Заключение

Учитывая представленные выше методологические и организационные особенности, а также подходы к научно обоснованной оценке эффективности проводимых мероприятий, реабилитацию больных с ППР необходимо рассматривать в качестве самостоятельной проблемы в рамках широкой области психиатрической или психосоциальной реабилитации в целом. Среди ведущих принципов реабилитации в пограничной психиатрии, на наш взгляд, следует выделить интернозологический и интерсубъективный подходы при диагностике и планировании лечебно-реабилитационных мероприятий, с учетом баланса позитивных и негативных эффектов



(НЯ) как отдельных лечебно-реабилитационных мероприятий, так и комплексных индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ.

*Литература:*

- Аведисова А.С. Новые проблемы психофармакотерапии. – М., 2006. – С. 167.
- Александров А.А. О сотрудничестве врача и психолога в лечебном процессе, задачи их совместной подготовки на кафедре медицинской психологии. Психотерапия: от теории к практике. СПб., 1995; с. 165–70.
- Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 111 с.
- Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.: ил.
- Бородин В.И., Миронова Н.В., Новиков Д.Д. Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 01, № 3. – С. 22-25.
- Бородин В.И. Переносимость лечения у больных с депрессивными расстройствами (комплексный анализ). – Дисс. докт. мед. наук. – Москва, 2009.
- Гундаров И.А. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа // Общественные науки и современность – 2001, № 5. – С. 58-65.
- Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПб университета, 1999. – 1021 с.
- Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Соц. и клин. психиатрия. – 2007. – Т. 17, Вып. 1. – С. 5-9.
- Давыдкин Н.Ф. Медицинская реабилитация, восстановительная медицина - это что? // Нелекарственная медицина. -2007. - №1. – С. 4-11.
- Зачепиский Р.А. В кн.: Вопросы психотерапии. М., 1966, 74—76.
- Исурина Г.Л., Мелик-Парсаданов М.Ю. Формы сотрудничества врача и психолога в психотерапевтической работе с больными неврозами // Третий Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. Л., 1979; с. 117–9.
- Кабанов М.М. Этапы ресоциализации (реабилитации) психически больных // Вопросы реабилитации в психиатрии и невропатологии. – Л., 1969. – С. 15-24.
- Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
- Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. Учебное пособие. – Изд. Гелиос. – 2001. – 384 с.
- Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71–74.
- Кербиков О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971.
- Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. – М., 1959. – 224 с.
- Краля О.В. Клиническая типология, реабилитация и психопрофилактика нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – 2009.
- Медицинская реабилитация. Руководство в 3 томах. – Ред. Боголюбова В.М. – Москва-Пермь, ИПК «Звезда», 1998.
- Михайлова Н.А., Федоров А.П., Эйдемиллер Э.Г. Основы клинической и психологической диагностики неврозов в связи с задачами психотерапии. Л., 1986.
- Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами: Сборник научных трудов / Под ред. проф. В.А. Тихоненко. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2005. – 190 с.
- Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья. // Обозрение психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1996, № 1-2. – С. 136-143.
- Рожков С.А. Регоспитализация больных с неврозами и неврозоподобными состояниями как вариант аддиктивного поведения (предварительное сообщение) // Профилактика нервно-психических заболеваний. – Томск, 1993. – С. 162-164.
- Самойлова Д.Д. Медико-социологическое обоснование социализации больных при пограничных психических расстройствах. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – 2011. – 21 с.
- Свядош А.М. Неврозы. Руководство для врачей. – Изд. Питер Паблишинг. – 1997. – 441 с.
- Торникрофт Г., Танселла М. Матрица охраны психического здоровья: Пособие по совершенствованию служб. Пер. с англ. – Киев: Сфера, 2000.
- Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. - №6. – С. 4-10.
- Barton R. Institutional Neurosis. – Bristol, England: Wright. – 1959.

- Cooper B. Clinical and Social Aspects of Chronic Neurosis // *Proc. roy. Soc. Med.* – Volume 65, June 1972. – P. 509-12.
- Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535-44.
- Gelder M.G. // *Journal of the Royal Society of Medicine.* – 1979; 72: 421-424.
- Giel R., Knox R.S., Carstairs G.M. A Five-year Follow-up of 100 Neurotic Out-patients // *Brit. Med. J.* – 1964. – 2, 160-163.
- Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* – New York: Doubleday Anchor. – 1961.
- Goodman M. Illness as lifestyle // *Canadian Family Physician.* – 1995; 41: 267-70.
- Grasset F., Spagnoli D., Orita A., Veillon H., Cucchia A.T. [Psychosocial rehabilitation at the dawn of the 21st century. I: Principles, population targets, and pathologic causes]. [Article in French] // *Rev. Med. Suisse Romande.* – 2004 Apr;124(4):187-91.
- Ernst K. *Die Prognose der Neurosen* / Springer, Berlin. – 1959.
- Escobar J.L., Burnam B. Somatisation in the community // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1987; 44: 713-8.
- Johnston M. // *Journal of the Royal College of General Practitioners.* – 1978; 28: 661-667.
- Kline N. Rehabilitation as distinct from treatment: quantification, evaluation and decision – making as to the application of each. – In: 2<sup>nd</sup> Intern. Symp. On Rehabilitation in Psychiatry. Örebro, 1973. – P. 135-140.
- Links P.S. Psychiatric rehabilitation model for borderline personality disorder // *Can. J. Psychiatry.* – 1993, Feb; 38 Suppl. 1: S35-8.
- Lloyd K.R., Jenkins R., Mann A. Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice // *BMJ.* – 1996 Jul 6; 313 (7048): 26-8.
- Mann A.H., Jenkins R., Belsey B. The 12 month outcome of patients with neurotic disorder in general practice // *Psychol. Med.* – 1981; 11: 535-50.
- Maxwell J. Rehabilitation of forces neurosis patients to civilian life // *Br. Med. J.* – 1946, April, 6: 533-5.
- Naismith L.D., Robinson J.F., Shaw G.B., Macintyre M.M. Psychological rehabilitation after myocardial infarction // *BMJ.* – 1979, 1, 439-442.
- Pietzcker A., Gaebel W. Prospective Study of Course of Illness in Schizophrenia: Part I. Outcome at 1 Year // *Schizophrenia Bull.* – 1987. – Vol. 13, No 2. – p. 287-297.
- Psychiatric Rehabilitation, Second Edition by William Anthony, Mikal Cohen, Marianne Farkas, and Cheryl Gagne. – Copyright © 2002. – 399 c.
- Shepherd M., Cooper B., Brown A.C., Kalton G.W. *Psychiatric Illness in General Practice.* – Oxford University Press, London. – 1966.
- Sims S. Mortality and neurosis // *Lancet.* – 1973; ii: 1072-5.
- Sims A., Prior P. The pattern of mortality in severe neuroses // *Br. J. Psychiatry.* – 1978; 133: 299-305.
- Skegg D.C.G., Doll R., Perry J. // *British Medical Journal.* – 1977; i: 1561-1563.
- Sylph J., Kedward H.B., Eastwood M.R. Chronic neurotic patients in general practice (A pilot study) // *J. Roy. Coll. Gen. Practit.* – 1969, 17, 162. – p. 162-170.
- Thompson D.R., Lewin R.J.P. Management of the post-myocardial infarction patient: rehabilitation and cardiac neurosis // *Heart.* – 2000; 84: 101-105.
- Williams P., Wilkinson G., Rawnsley K., Sharp D., Morrell M. The psychiatry of general practice. In: Williams P., Wilkinson G., Rawnsley K., eds. *Scientific approaches in epidemiological psychiatry. Essays in honour of Michael Shepherd.* London: Routledge, 1989: 404-19.
- Wing J. Institutionalism in mental hospitals // *British Journal of Social and Clinical Psychology.* – 1962; 1: 38-51.