

14. Копинг-поведение у больных невротами и его динамика под влиянием психотерапии: пособие для врачей / Авторы-сост. Б.Д. Карварский и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. – 22 с.
15. Кузнецова О.А., Мазурок В.А., Щелкова О.Ю. Психологическая адаптация к стрессогенным условиям профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012 .№ 2. URL: <http://medpsy.ru>
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994. – 303 с.
17. Михайлов В.М., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика копинг-поведения подростков в соотношении со стилем родительского воспитания (в аспекте психопрофилактики) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2007 – № 3. – С. 21-23.
18. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – Ч. 1. – Теория и методы / Н.В. Тарабрина Н.В. и др. – М.: Когито-Центр. – 2007. – 208 с.
19. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 181 с.
20. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
21. Щелкова О.Ю. Психодиагностика в системном исследовании эмоционально-личностной сферы врачей анестезиологов-реаниматологов (в связи со стрессогенным характером профессиональной деятельности) // Сибирский Психологический журнал. – 2007. – Том 26. – С. 154-160
22. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04; 14.00.45. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 396 с.

Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В.

ВЫБОР СТРАТЕГИЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Актуальность. В последние два десятилетия в условиях развития и современных достижений психофармакологии, социальной психиатрии пациенты с психическими расстройствами по-

лучили возможность быстрее восстанавливаться после манифестации или обострения заболевания, значительно удлинились периоды ремиссии, пациенты стали чаще возвращаться к общественно-полезной деятельности и социальной активности, повысилась качество их жизни [2;3;17;25;30]. Более длительное пребывание дома (в семье), способность к самостоятельному проживанию, доступность дистанционного (виртуального) труда и общения в Интернет-среде представляют собой новую социокультурную и экономическую реальность, определяя новые горизонты и современные направления в развитии психосоциальной реабилитации пациентов с нервно-психической патологией.

Реабилитационный процесс предполагает «восстановление максимально достижимого высокого уровня физической, психологической и социальной адаптации пациентов и включает в себя меры, направленные на снижение воздействия инвалидизирующих и затрудняющих условий и на создание условий для людей с ограниченными возможностями для достижения оптимальной социальной интеграции» [16]. Как известно, эффективная психосоциальная реабилитация улучшает качество ремиссии и удовлетворенность пациентов оказываемой психиатрической помощью, повышает уровень социального функционирования пациентов, их взаимоотношений с близкими людьми, способствует восстановлению трудоспособности [1; 3; 9; 14; 25]. Вместе с тем по-прежнему актуальной и неразрешенной является проблема социальной интеграции в общество данной группы пациентов и оказания *действенной* помощи в восстановлении или достижении *оптимального* уровня социального функционирования. Крайне важной и актуальной задачей является разработка конкретных и четких критериев эффективности реабилитационной помощи через оценку динамики реабилитационного потенциала, поиск индикаторов изменения поведения и функционирования пациентов психиатрического профиля [2; 14; 17; 23].

За рубежом в реабилитации пациентов с нервно-психическими нарушениями опираются на целостный или холистический подход (Engel, 1977; Prigatano, 1999; Silver et. al., 2011; Wilson B.A., Fergus G., Evans J.J., Bateman A., 2015 и др.). К основным компонентам холистического подхода относятся: те-

рапевтическая среда, тесное взаимодействие в междисциплинарной бригаде, сочетание медикаментозного, психосоциального и психотерапевтического воздействия, комбинирование индивидуального и группового лечения, изучение сохраненных и нарушенных функций, целенаправленные реабилитационные мероприятия, значимые для самого пациента, работа с семьями [25; 30]. В реабилитации пациентов психиатрического профиля А. Medalia выделяет три основных направления работы: восстановительное, компенсаторное, адаптационное. Восстановительное направление реабилитации связано с изменением индивидуального функционирования пациента за счет улучшения когнитивных функций и адаптационных ресурсов, навыков самостоятельного преодоления проблем, обеспечение позитивного опыта обучения и возможностей внутренней мотивации. Компенсаторное направление представляет собой разработку альтернативных (компенсирующих дефицит) методов по реализации задач повседневной жизни. Адаптационное направление заключается в модификации окружающей среды с целью снижения влияния последствий возникшего заболевания и достижения удовлетворяющего самого пациента уровня автономии и уровня участия в социальной жизни [27].

Следует отметить, что мультидисциплинарный подход не нов для нашей страны. Впервые о нем говорил еще В.М. Бехтерев при создании психоневрологического института в Петербурге. Его тезис о необходимости междисциплинарного изучения нервно-психической системы здорового и больного человека, высказанный еще в начале XX века, в рамках развития концепции психоневрологии. Говоря о необходимости междисциплинарного подхода, В.М. Бехтерев исходил из того, что задача изучения нервно-психической сферы человека столь громадна, что может быть адекватно решена лишь при использовании целого комплекса наук, имеющих отношение к изучению человека, таких, как психиатрия, неврология, нейрохирургия, нейрофизиология, психогигиена, психопрофилактика, медицинская психология, медицинская педагогика. При этом он имел в виду интегративный синтез разных дисциплин, направленный на целостное, всестороннее изучение личности, и провозгласил в качестве основного принципа эффективного лечения и восстанов-

ления психически больных людей необходимость личностного подхода, т.е. учет личности больного, его отношения к обследованию, процессу лечения [5].

Дальнейшее развитие психосоциальной реабилитации в нашей стране происходило, прежде всего, в стенах Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством профессора М.М. Кабанова. Разрабатываемый им реабилитационный подход основывался на следующих принципах: партнерства (сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего), разносторонности усилий (учет всех сторон реабилитации для каждого больного), единства психосоциальных и биологических методов лечения (комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий), ступенчатости прилагаемых усилий (позапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного). При переходе от острой фазы заболевания к подострой и затем к хронической реабилитационная помощь должна осуществляться в три последовательных этапа. Первый этап – восстановительная терапия, направленная на предупреждение развития дефекта с помощью терапии средой и стимуляции активностью, второй этап – реадaptация, связанная с приспособлением к жизни во внебольничных условиях с учетом влияния болезни, третий этап – реабилитация. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, опирающаяся на положения реабилитационного направления М.М. Кабанова и претерпевшая ряд изменений за последние десятилетия, представляет собой стройную разработанную систему, имеющую свои этапы, принципы, способы оценки эффективности [8; 10].

Ведущие отечественные специалисты современной психосоциальной реабилитации психически больных И.Я. Гурович, А.Б.Шмуклер (2004) выделяют следующие принципы реабилитации:

- а) начало процесса психосоциальной реабилитации на любом этапе оказания психиатрической помощи;
- б) необходимость формулирования целей каждого вмешательства и определения конкретного временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть;

в) осуществление выбора форм вмешательства для конкретного больного в соответствии с особенностями психосоциального дефицита;

г) осуществление последовательности психосоциальных воздействий с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности;

д) учет необходимости поддерживающих непрерывных или периодических психосоциальных воздействий при завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации [3; 17].

В.С. Ястребов выделял три этапа реабилитации: оценка и планирование целей и способов воздействия; реабилитационные вмешательства; достижение результата и его оценка. Иначе говоря, существующий подход к реабилитации психически больных подразумевает многоаспектное рассмотрение психической патологии с включением клинико-психопатологических, социально-средовых и личностных показателей при постановке целей и задач реабилитации, ведение больных с участием полипрофессиональной бригады [17;20].

Вместе с тем многофакторность психических расстройств, высокий и устойчивый процент инвалидизаций вследствие психических заболеваний определяют необходимость внедрения в реабилитационный процесс процедуры постановки *конкретных и практических целей, регулярного мониторинга достигнутых результатов*. В настоящий момент в качестве критериев эффективности лечебно-реабилитационного процесса в психиатрии рассматриваются: редукция психопатологической симптоматики, частота и длительность госпитализаций, достижение устойчивой ремиссии, изменение уровня инвалидизации, динамика трудовой занятости, снижение нагрузки на семью, улучшение социального функционирования и повышение качества жизни больных [2;3;12;14]. Социальное функционирование является на сегодняшний день одним из критериев выздоровления для больных шизофренией, а его параметры - наиболее универсальными показателями благополучия индивидуума, уровня его адаптации в окружающей среде, в связи с чем оно определено как основная задача проводимой реабилитационной работы [4]. Кроме того, нейрокогнитивный дефицит (когнитивное функционирование,

социальное познание) выделяется в самостоятельный фактор и определяет социальный и терапевтический прогноз заболевания [28;29]. Одно только медикаментозное лечение в настоящее время многими исследователями признается как недостаточно эффективное [4;17;21]. Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий применяется большое число шкал и опросников, например, используются адаптированные зарубежные шкалы социального функционирования и психического состояния пациентов: шкала общего клинического впечатления CGI, шкала позитивных и негативных синдромов PANSS, шкалы социального функционирования GAF, SOFAS или PSP, шкалы оценки качества жизни (QLS или SF-36), визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки качества жизни и др., а также отечественные шкалы и опросники: Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер), «Шкала оценки социальных сетей психически больных», «Шкала оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных», карта «Оценка уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», «Карта для оценки возможности независимого проживания психически больных» и др. [2;3; 4; 17;18; 22].

Существующая система оценок психического и социального функционирования пациентов позволяет учитывать не только субъективную составляющую (уровень удовлетворенности социальным функционированием и качеством жизни пациента), но и объективные клинические оценки специалистов (оценка психического статуса, нейропсихологическая оценка когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы).

Отечественные психиатры, медицинские психологи и психотерапевты активно реализовывают широкий спектр различных форм и методов реабилитационной работы, привлекают в своей деятельности разнообразные зарубежные и отечественные теоретические концепции и методические разработки. Данные программы включают в себя целый комплекс мероприятий: психообразовательные программы, тренинг социальных навыков и проблемно-решающего поведения, разнообразные тренинги, направленные на развитие когнитивных, социальных и комму-

никативных навыков, широкий спектр направлений арт- и трудотерапии [3; 17; 18; 20; 21; 23]. Проводимые реабилитационные программы, несомненно, повышают качество жизни больных, позволяют улучшать их социальный уровень.

Вместе с тем, при назначении реабилитационных мероприятий специалисты зачастую ограничиваются лишь общими рекомендациями о том, как нужно восстанавливаться у себя дома после выписки из стационара. И в большинстве случаев *пациент практически не рассматривается через призму его реальной жизни и тех конкретных трудностей, которые испытывают он и его семья во взаимодействии с окружающим миром и обществом*, и на преодоление которых должна быть направлена реабилитация после выписки. Например, следующие конкретные вопросы должны находиться в фокусе внимания полипрофессиональной бригады, участвующей в психосоциальной реабилитации:

- Каким образом проявляются в ежедневной жизни имеющиеся проблемы?
- С какими проблемами хуже всего справляется семья?
- Какие стратегии использует пациент, чтобы справиться с существующей проблемой?
- Какие стратегии восстановления следует применить?
- Может ли этот человек вернуться на работу/учебу/домой?

Отсутствие такого подхода к восстановлению вполне объяснимо, поскольку реабилитация – это затратное мероприятие, требует участия многих специалистов, специального оборудования, комфортных мест пребывания и длительного времени на реализацию реабилитационной программы. Многие государственные предприятия не в силах «потянуть» такие мероприятия. Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) нередко носит формальный и рекомендационный характер для больного. И цели внебольничной реабилитации формулируются достаточно обобщенно и широко - оказание помощи в восстановлении социального функционирования пациента или, например, развитие коммуникативных, профессиональных навыков с учетом специфики перенесенного заболевания. При этом границы и сроки достижения цели не определены.

Поэтому крайне актуальным, с нашей точки зрения, является *обоснованность* индивидуального подбора тех или иных, "целевых" лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление *конкретных* областей функционирования и преодоление существующих ограничений и дефицитов пациента, а также *регулярное измерение достигнутых результатов, их соответствия поставленным целям и оценка эффективности* индивидуально подобранной и проведенной реабилитационной программы. На наш взгляд, проблема измерения эффективности (в т.ч. экономической) проводимых реабилитационных мероприятий, динамики состояния и ежедневного функционирования пациентов по-прежнему требует своего решения.

С 2012 года в неврологии и кардиологии, а теперь и в травматологии и онкологии внедряется система оказания реабилитационной помощи, регулируемая приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 1705н от 29.12.2012: "О Порядке организации медицинской реабилитации", в которой разработаны стандарты оказания помощи, квалификационные характеристики специалистов по медицинской реабилитации, а мероприятия по медицинской реабилитации включены в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Основным критерием эффективности медицинской реабилитации является «не объем оказанной медицинской помощи, а *уровень достигнутых функциональных возможностей* за время, отведенное для проведения лечения, *самостоятельность и социальная активность пациента*» (Иванова Г.Е., 2013). Результативность и успех реабилитационных мероприятий, по мнению Г.Е. Ивановой, главного специалиста по медицинской реабилитации России, зависит от хорошо организованной, слаженной работы врачей и других специалистов, а также от индивидуальных восстановительных возможностей пациента и активности его окружения [6;7].

В психиатрии также требуется совершенствование системы оценок эффективности восстановительных мероприятий, обеспеченной современными технологиями и психометрическими инструментами. Анализ зарубежных исследований и знакомство с опытом британских коллег (в течение 2015-2016гг. в ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова на базе кафедры общей и клиниче-

ской психологии проводился Российско-Британский 4-модульный обучающий семинар по нейропсихологии и нейрореабилитации) позволили сопоставить теоретические и методологические позиции отечественной и зарубежной реабилитологии и определить перспективные направления или "зоны ближайшего развития" системы психосоциальной реабилитации.

Реабилитационный процесс с участием полипрофессиональной бригады, осуществляемый в Российской Федерации и других зарубежных странах, включает в себя следующие этапы:

- диагностический (подготовительный) этап, заключающийся в прохождении пациентами комплексного обследования у всех специалистов отделения, целью которого является определение реабилитационного потенциала, целей и сроков реабилитации, составление программы реабилитации.
- реабилитационный этап, представляющийся самым длительным и включающий участие всех специалистов, вовлеченных в процесс реабилитации, а также - самого пациента и членов его семьи.
- завершающий этап, требующий оценки эффективности проведенной реабилитационной работы и дальнейшего реабилитационного потенциала пациента для разработки рекомендаций.

Реабилитационный процесс направлен на возврат пациента к самостоятельному функционированию в окружающей его среде, при этом сам пациент рассматривается как активный участник и партнер этого процесса. *“Реабилитация сегодня рассматривается, как партнерство между людьми с поражением головного мозга, их семьями и персоналом, который оказывает помощь... Планирование целей становится особенно важным – как один из ключевых моментов программы реабилитации”* (Wilson B.A., 2013, p. 293). Реализация нейрореабилитационной программы видится как комплексная задача, требующая участия бригады специалистов, где каждый имеет ряд специфических и ряд взаимозаменяемых функций, например, ответственность за пациента может нести любой из специалистов в составе мультидисциплинарной бригады. Выстраивание программы реабилитации, выбор основной стратегии и средств подчинено совместно выработанной цели, позволяющей решать практические задачи социального включения пациента. Развитая в Великобритании си-

стема оказания помощи после выписки из больницы позволяет своевременно и планомерно организовывать и проводить реабилитационный процесс, достигая лучших результатов.

В деятельность медицинского психолога в полипрофессиональной бригаде входят следующие функции:

- психодиагностическая оценка (определение состояния психических функций и функционирования в целом, определение структуры реабилитационного потенциала, оценка динамики восстановительного процесса на каждом этапе реабилитации, оценка рисков);
- участие в реабилитационной работе (участие в постановке целей реабилитационной программы совместно с пациентом, разработка алгоритма индивидуализированных программ совместно с другими специалистами и их проведение);
- психообразовательная (информирование пациента и его семьи или родственников о целях и возможностях реабилитационного процесса, его этапах, способах достижения желаемого результата);
- психологическое сопровождение реабилитационных мероприятий (формирование устойчивой мотивации у пациентов на лечение, проведение школ пациентов, консультирование родственников по взаимодействию с пациентом, обучение и психологическое просвещение врачей, тренинги с целью профилактики СЭВ у врачей).

Оценка рисков при реализации диагностической функции включает в себя: отслеживание эмоционального состояния пациента (депрессия, суицидальные риски), оценка состояния памяти, коммуникативных функций, степени самостоятельности пациента, возможность адекватной оценки пациентом своего состояния и его мотивации к лечению, возможности принятия самостоятельного решения, а также мониторинг происходящих изменений в результате реабилитационного вмешательства.

Новым для отечественных специалистов может являться то, что выбору реабилитационных стратегий предшествует всестороннее обследование больного, проводимое *всеми* членами реабилитационной бригады, в которой участвуют врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и/или социальный работник, трудоинструктор

и/или медицинская сестра. Оценка может быть определена как систематический сбор, организация и интерпретация информации о пациенте в текущей ситуации и *прогноз* будущих ситуаций. На основе проведенного исследования определяется *реабилитационный потенциал* пациента (с учетом его сохранных и нарушенных функций), предпринимается попытка спрогнозировать *проблемы функционирования в реальной жизни* [1; 25]. По результатам произведенной оценки бригада специалистов *совместно с пациентом* составляют прогноз, цели, стратегии и способы ведения реабилитационной программы [30]. На основании результатов наблюдения за больным и данных обследования разрабатывается реабилитационная программа.

Особенностью реабилитационного процесса за рубежом, в частности в Великобритании, является то, что специалисты при постановке целей реабилитационных воздействий используют *систему индивидуализированной постановки целей (GAS)* и *систематическую оценку результатов* проведенных мероприятий [25;30], пример которой представлен на рис.1. Уже на начальных этапах работы специалисты МДБ регулярно заполняют карты МДБ и совместно с пациентом и его родственниками устанавливают конкретные цели (краткосрочные, долгосрочные), значимые для самого пациента и четко определенные во времени. Команда формулирует цели и план действий, которые пересматриваются регулярно за время проведения программы, обсуждает и согласовывает их с пациентом, стимулируя его становиться активным участником собственной реабилитации [30; 16].

Влияние экономических факторов во многом обусловило внедрение в систему оказания медицинской помощи населению современных технологий менеджмента, создание вневедомственных регуляторов качества помощи и повышение требований к эффективности и экономической целесообразности проводимых вмешательств. Вследствие этого, в медицине предлагается любые решения (в данном случае – цели реабилитации) проверять через технику SMART-анализа, предложенную Р.Ж. Меуер в 1965, а оценка реабилитационного потенциала и его динамика должны подчиняться принципам Evidence-based management (EBM) [24; 26]. Согласно системе индивидуализи-

рованной постановки целей, цель реабилитации должна быть описательна и соответствовать следующим критериям (SMART):

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| – Specific | Специфична |
| – Measurable | Измеряема |
| – Achievable | Достижима |
| – Realistic | Реалистична |
| – Time Orientated | Определена во времени |

Цель шкалируется для учета эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, ей присуждаются баллы с использованием стандартизированной бальной системы, позволяющей мониторировать прогресс и использовать баллы для измерения результата. Цель, с точки зрения авторов, должна:

- предоставлять доказательство, что она достигнута (т.е. должны указываться конкретные изменения поведения);
- указывать *кто, что, как часто и когда*;
- быть реалистичной – "ожидаемый уровень" должен представлять собой то, что *наиболее вероятно* произойдет, а не то, что наиболее желательно;
- быть поставлена *с точки зрения пациента*;
- быть важной в *отношении качества жизни* пациента.

Ожидаемый результат реабилитационных мероприятий должен представлять собой *наиболее вероятный уровень достижения* между постановкой цели и назначенной датой проверки. Условно реабилитационные цели можно подразделить на краткосрочные (достижение в течение 5-14 дней) и долгосрочные (к моменту выписки или через 1-3 месяца) [1; 9].

В неврологии и нейрореабилитации в качестве основы для разработки и измерения поставленных реабилитационных целей служит Международная классификация функционирования (МКФ), что позволяет оценивать функционирование человека на различных уровнях:

- 1) на уровне поврежденного органа (или системы), включая его *структуру и функции*;
- 2) на уровне деятельности (функционирования) человека, что подразумевает его *активность* (способность к выполнению задачи или действия) и *участие* (вовлеченность в конкретную жизненную ситуацию);

3) на уровне социального окружения, заключающем *социальные* (предыдущий опыт, социальное происхождение, возраст, образование, пол, профессия) и *средовые факторы* (культурная среда, ближайшее окружение, жилищные условия) [13].

Применение МКФ позволяет, с одной стороны, проводить оценку состояния пациента более конкретно, детально и индивидуализированно, а с другой – дает более глубокое, разностороннее и комплексное представление о том, *какие функции, навыки, формы поведения и аспекты жизнедеятельности наиболее нарушены*, с какими трудностями сталкивается человек *в своем ежедневном функционировании*, и *какие ресурсы (внешние и внутренние)* имеются в наличии.

Для оценки социально-бытового функционирования и существующих трудностей в неврологии применяются также различные шкалы: шкала деятельности Ривермид, шкала FIM-FAM и др. [13; 19; 22].

Таким образом, формулирование проблем пациента представляет собой *составление списка проблем*, включающего нарушения структур и функций тела, а также связанные с ними ограничения деятельности, трудности в осуществлении активности при вовлечении в жизненные ситуации: обучение, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь и т.д.; учитываются факторы окружающей среды, т.е. какие существуют трудности/барьеры во внешней среде и какая потребуется помощь в их преодолении.

Преимуществом в работе зарубежных специалистов является активное использование визуальных методов представления данных (диаграмм, графиков и др. наглядных средств), а при постановке целей реабилитации - определение четких критериев оценки результата (наличие индикаторов изменений в процессе реабилитации, широкий арсенал измерительных средств), что позволяет команде специалистов выбирать *наиболее точные мишени*, подбирать обоснованные и эффективные стратегии воздействия, и в конечном итоге определяет высокое качество оказываемой помощи (Рисунок 1).

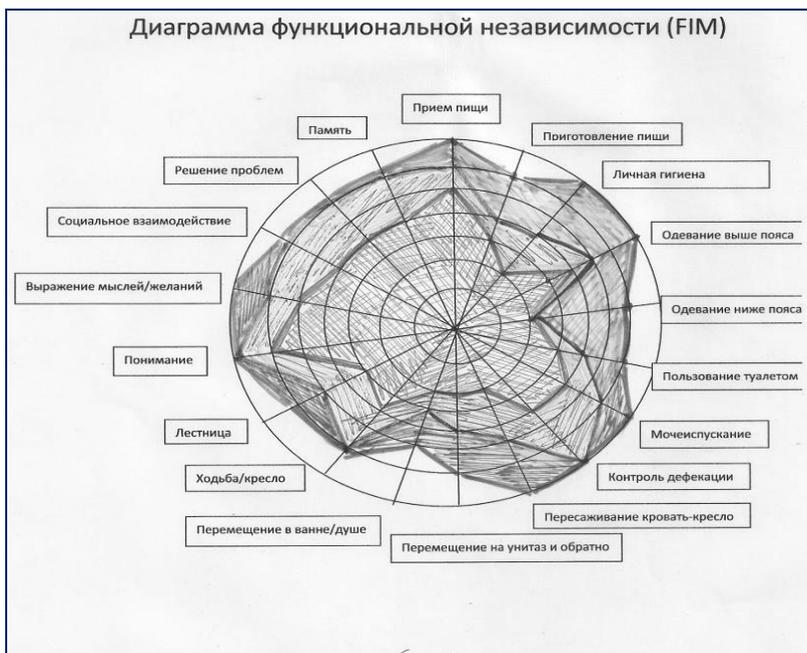


Рисунок 1. Диаграмма функциональной независимости по FIM-FAM. Три замера (обозначены разным типом штриховки) отражают изменения в ежедневном функционировании пациента в процессе нейрореабилитации.

Опыт зарубежных специалистов в области нейрореабилитации может быть полезным в разработке собственных шкал оценки повседневной жизнедеятельности и характера возникающих проблем, созданных для пациентов психиатрического профиля, а также для внедрения в систему психосоциальной реабилитации не только психометрических, но и визуальных методов представления динамики состояния функций пациента и достигнутых результатов.

Важной частью работы при проведении реабилитационных мероприятий является привлечение и включение близкого окружения пациента, направленной на помощь в осознании тех изменений, которые произошли с их близким человеком и их жизнью, с одной стороны, выстраивании окружения пациента в соответствии с поставленными целями реабилитационного процесса с применением узко направленных методов психического вмешательства. Другой важной частью реабилитационной рабо-

ты медицинского психолога является не только взаимодействие непосредственно с пациентом, но также работа с составом МДБ, которые также сталкиваются с рядом психологических трудностей, требующих формирования навыков взаимодействия с пациентами, специализированных знаний и умений по коррекции поведенческих и эмоциональных изменений.

Заключение. Таким образом, в настоящий момент в психиатрии основным направлением развития системы оказания психосоциальной помощи населению является расширение и укрепление комплексной, бригадной и внебольничной форм лечения и реабилитации, в основе которых лежит биопсихосоциальный подход. Особое место в системе внебольничной помощи, как и в условиях стационаров, занимает вопрос ресоциализации пациентов, базирующийся на разработках психосоциальной терапии школы В.М. Бехтерева, М.М.Кабанова. Наибольшую эффективность проводимых мероприятий доказал мультидисциплинарный подход, активно развивающийся во многих направлениях медицины и позволяющий учитывать как биологические нарушения, так и социальное функционирование, обосновывать цели реабилитационных мероприятий и реализовывать оценку их эффективности. Трудноразрешимой задачей на современном этапе развития отечественной системы психосоциальной реабилитации является достижение преемственности реабилитационных целей и мероприятий между учреждениями здравоохранения и органами социальной защиты, центрами социальной реабилитации инвалидов.

В зарубежной системе нейрореабилитации обнаруживается ряд разработок, демонстрирующих свое удобство и результативность: применение и опора на МКФ, использование метрических шкал для систематической оценки/измерения достигнутых результатов, технологии менеджмента (SMART-анализ) и т.д. Опыт как зарубежных, так и отечественных специалистов в нейрореабилитации может стать полезным и важным ориентиром в создании единой структурированной системы оценок эффективности восстановительных мероприятий для психиатров, медицинских психологов и др. специалистов, занимающихся психосоциальной реабилитацией пациентов с психическими нарушениями. А разработка собственных, простых, наглядных и

удобных в применении шкал для оценки разных аспектов социального функционирования и его динамики позволит обеспечить систему психосоциальной реабилитации современными технологиями и надежными измерительными психодиагностическими инструментами.

Литература

1. Григорьева В.Н., Ковязина М.С, Тхостов А.Ш. Когнитивная нейро-реабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.:Психология. 2006. 256 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссия и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения по 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т.18, №4. С.34-39.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Мед-практика-М. 2004. 492 с.
4. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Магомедова М. В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания// Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. № 4. – С. 31-35.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М: Юрайт-Издат, 2012. 367 с.
6. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Вестник восстановительной медицины. 2013. № 5. С. 3–8.
7. Иванова Г.Е. Организация реабилитационного процесса / Г.Е. Иванова // Кремлевская медицина. Клинический вестник. Выпуск №4. 2012. С.8-10.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
9. Ларина О.Д., Шевцова Е.Е. Система полипрофессионального взаимодействия специалистов как условие создания единого реабилитационного пространства специализированной службы нейрореабилитации г.Москвы// Специальное образование. 2014. №4. С.24-39.
10. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22, №3. С. 99-106.
11. Лиманкин О.В. Вопросы совершенствования психиатрической помощи и развития общественного здравоохранения / О.В. Лиманкин //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111, № 11. С. 56-61.

12. Лиманкин О.В. Реабилитация и психотерапия в биопсихосоциальной модели психиатрической помощи / О.В. Лиманкин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. №2 (71). С. 54-57.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003. 133 с.
14. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных / Н.Г. Незнанов, Н.Н. Петрова // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб, 2001. Т. 137. С. 301-311.
15. Незнанов Н.Г., Акименко М.А. Холистический подход В.М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии / Н.Г. Незнанов, М.А. Акименко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии №1, 2012 С.3-6.
16. Предупреждение инвалидности и реабилитация. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1983. 43с.
17. Савельева О.В., Петрова Н.Н. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике / О.В. Савельева, Н.Н. Петрова // Практическая медицина. Выпуск 2 (78), 2014. С. 83-87.
18. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т.20, №1. С.52-63.
19. Скворцова В.И., Гудкова В.В и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом / В.И. Скворцова, В.В. Гудкова / Журн. Неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2002. Т.102. № 7. С. 28-33
20. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации / В.С. Ястребов и др. М.: МАКС Пресс, 2012. 44 с.
21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Психосоциальная и когнитивная реабилитация психически больных: Практическое руководство / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Мед-практика-М, 2015, С.225-249.
22. Цыкунов М.Б., Иванова Г.Е., Найдин В.Л., Дутикова Е.М., Бжилянский М.А., Романовская Е.В. Обследование в процессе реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред.

- Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М., 2010. С. 337-338.
23. Чуканова Е. К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера // Социальная и клиническая психиатрия. 2014, Т.24, №1, С.21-27.
 24. Dopson, S. Bennett, C. Fitzgerald, L. Ferlie, E. Fischer, MD Ledger, J. McCulloch, J. & McGivern, G. //"Health care managers' access and use of management research"(PDF). National Institute of Health Research - Service Delivery & Organisation Programme. Retrieved 29 May 2013
 25. Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians\ ed.L. Goldstein, J. E. Mc Neil. Wiley-Blackwell. 2013
 26. George T. Doran. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives // Management Review. Volume 70, Issue 11 (AMA FORUM). P. 35-36.
 27. Medalia A, Revheim N. Dealing With Cognitive Dysfunction Associated With Psychiatric Disabilities: A Handbook for Families and Friends of Individuals With Psychiatric Disorders. Albany, NY: Office of Mental Health; 2002. 35p.
 28. Velligan, D.I. & Glahn, D. Treating the cognitive deficits of schizophrenia. *Curr psych & therapeutics rep* (2004) 2: 73-77.
 29. Wykes T, Reeder C, Williams C, et al. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003;61:163-174.
 30. Wilson B. A., Fergus G., Evans J.J., Bateman A. Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome. Cambridge University Press, 2013. 456 p.