

## **ИНТЕРНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ**

**Бородин В.И.**

*Бородин Владимир Иванович*

*доктор медицинских наук, профессор; федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, пер. Кропоткинский, 23, Москва, 119991, Россия. Тел.: 8 (495) 637-35-55.*

*E-mail: bor111@yandex.ru*

**Аннотация.** Необходимость реабилитационных мероприятий для больных с пограничными психическими расстройствами (ППР) исходит из предрасположенности большинства ППР к хроническому течению. Лечебно-реабилитационный подход к ППР давно известен отечественной пограничной психиатрии. В связи с этим методология реабилитации в пограничной психиатрии должна строиться на основе системного подхода ко всем без исключения аспектам представленной в ней клинической реальности. В статье акцентированы общие особенности пограничной психопатологической симптоматики, включая ее неспецифический характер, полиморфизм, высокую субъективную значимость. Отмечается, что разнообразные по клинической структуре пограничные состояния имеют сходные тенденции и механизмы синдромокинеза и синдромогенеза, демонстрируя тем самым клинко-патогенетическое единство ППР. Кроме того, для клинической картины любого ППР характерна широкая представленность психологически понятного содержания в структуре болезненных переживаний пациента. Конгруэнтность содержания болезненных переживаний реальности у больных с ППР обеспечивает возможность переработки и интеграции их в процессе психотерапевтических и психосоциальных реабилитационных воздействий. Исходя из этого подчеркивается ограниченность традиционного клинко-нозологического подхода к диагностике и лечению пограничных психических расстройств. В качестве альтернативы обоснован интернозологический подход, подразумевающий необходимость учета уровня защитного функционирования личности, а также выделения объективной и субъективной составляющих в структуре общей оценки состояния конкретного пациента. Основная его цель — получение прямого доступа именно к общей (неспецифической) психопатологической симптоматике. Практическая реализация интернозологического подхода невозможна вне контекста интерсубъективности, подразумевающей полноценные диадные взаимоотношения «врач — пациент». В то же время соблюдение принципа партнерства во взаимоотношениях между врачом и пациентом в рамках единого лечебно-диагностического процесса не должно оказывать искажающего влияния на объективную оценку психического состояния больного.

**Ключевые слова:** пограничная симптоматика; защитные механизмы; интернозологический диагноз.

УДК 159.9:616.89-07

### **Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008**

Бородин В.И. Интернозологическая диагностика в пограничной психиатрии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 3 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

*Поступила в редакцию: 28.03.2017    Прошла рецензирование: 19.04.2017    Опубликована: 15.05.2017*

Необходимость реабилитационных мероприятий для больных с пограничными психическими расстройствами (ППР) исходит из предрасположенности большинства ППР к хроническому течению. В этом плане они практически не отличаются от таких заболеваний, как шизофрения и биполярное аффективное расстройство [7]. У большинства пациентов с ППР, обращающихся к врачам общей практики, отмечаются разного рода невротические нарушения длительностью от года до 10 и более лет [6], включая даже повышенный риск смертности среди больных, страдающих т.н. «тяжелыми»

неврозами [8]. Помимо этого, у больных с хроническими невротическими расстройствами определяются разнообразные социальные трудности, вплоть до общей неудовлетворенности жизнью, зависящие от выраженности клинических проявлений [3].

Лечебно-реабилитационный подход к ППР давно известен отечественной «малой» (или пограничной) психиатрии. В частности, основоположник московской психотерапевтической школы С.И. Консторум интенсивно использовал метод т.н. «трудового активирования» в процессе лечения и реабилитации больных с агорафобией в структуре разработанной им активирующей терапии [2].

Сегодня не вызывает сомнений, что методология реабилитации в пограничной психиатрии должна строиться на основе системного подхода ко всем без исключения аспектам представленной в ней клинической реальности. Исходя из этого, крайне важно выделить некоторые принципиальные особенности ППР и пограничной психиатрии как особой научно-практической области медицины и пересмотреть ряд понятий, связанных с вопросами лечения и реабилитации соответствующего контингента пациентов.

К числу определяющих особенностей пограничной психопатологической симптоматики, помимо непсихотического уровня расстройств, следует отнести *высокий удельный вес и разнообразие неспецифической (общей) симптоматики* в клинической картине любого ППР. Некоторые исследователи прямо говорят, что для различных «невротических» состояний характерны множественные неспецифические проявления, «объективно не значимые, а субъективно очень значимые» [5]. Последние слова прямо указывают на проблемы, возникающие в связи с дифференциальной диагностикой клинических вариантов ППР, и напоминают тот факт, что выделяемые дифференциально-диагностические различия между ними, скорее, их объединяют, нежели разъединяют [1]. Разнообразные по своей клинической структуре пограничные состояния имеют сходные тенденции и механизмы в плане как синдромокинеза, так и синдромогенеза. Налицо клинико-патогенетическое единство ППР, еще более увеличивающее объективную клиническую значимость неспецифической или общей пограничной психопатологической симптоматики.

Для клинической картины любого ППР характерна и широкая представленность *психологически понятного* содержания в структуре болезненных переживаний пациента. Этим ППР отличаются от психозов, при которых содержание болезненных переживаний пациентов непосредственно психологически малопонятно и драматически 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 психосоциальных реабилитационных воздействий.

Вышеописанные клинические особенности симптоматики ППР не позволяют полностью уместить ее в прокрустово ложе привычных для психиатров клинических понятий. Традиционный клинический подход в пограничной психиатрии приходится дополнять «диким» образом клинико-психологическими описаниями и интерпретациями за рамками жесткой психопатологической парадигмы. 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, что и демонстрирует осевая диагностика в структуре международных классификаций психических расстройств.

Все сказанное, однако, не позволяет говорить о каком-либо отказе 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 об особенностях и модификациях диагностики в пограничной психиатрии, выражающихся в придании гораздо большей значимости неспецифической (общей) симптоматике в структуре ППР по отношению к клинически дифференцированным проявлениям, на основе которых устанавливается окончательный нозологический диагноз.

Для классической парадигмы дифференциальной диагностики в медицине и психиатрии характерно вынесение за скобки неспецифических клинических проявлений на заключительном этапе с целью максимальной валидизации основного клинического диагноза, опирающегося на наиболее специфические симптомы. Из-за этого неспецифическая симптоматика уходит на второй клинический план. Если учитывать, что удельный вес и клиническая значимость неспецифической психопатологической симптоматики в пограничной психиатрии гораздо выше, по сравнению с «большой» психиатрией, то становится очевидным, какой огромный объем клинического материала фактически выпадает из картины заболевания.

Кроме того, 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, а нередко отмечается даже обратное. Указанное расхождение в последующем оказывает негативное влияние как на комплаенс, так и на весь лечебно-реабилитационный процесс. Для его преодоления, на наш взгляд, необходимо смещение диагностического акцента с нозологически специфической на неспецифическую пограничную психопатологическую симптоматику, что обуславливает переход при клинической диагностике именно в пограничной психиатрии с позиции традиционного «жесткого» нозологизма к **интернозологическому** подходу. Сутью последнего является 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*. Интернозологический подход к диагностике в пограничной психиатрии подразумевает клинический анализ конкретного расстройства в рамках целостной группы ППР с единой общей (неспецифической) симптоматикой. При этом интернозологический диагностический подход не есть какое-то отрицание принципов общепринятой клинической диагностики в психиатрии, включая и нозологический принцип. Речь идет лишь о некотором смещении акцента 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 конечном счете мы получаем также 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 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 полноценные диадные взаимоотношения «врач — пациент». При этом для пациента открываются двери не только в совместное с врачом планирование собственного лечения, но и в «святая святых» — личную диагностику. Указанный контекст и манера взаимоотношений характерны для психотерапии. В связи с этим использование интернозологического диагностического подхода может способствовать сближению позиций клинической психопатологии и психотерапии, что является совершенно необходимым в современных условиях и весьма перспективным в плане дальнейшего развития нашей дисциплины.

Вышеуказанный контекст интерсубъективности, востребованный в структуре интернозологического подхода, включает необходимость учета роли так называемого *защитного функционирования* (психологические защитные механизмы, ЗМ) в общей и частной психодинамике ППР. В предпоследнем издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации [4] на с. 807–813 представлен особый раздел, посвященный ЗМ и уровням защитного функционирования психики. В нем перечислены и достаточно четко определены 27 вариантов ЗМ, выделенных и подробно описанных в теории и практике психоаналитической психотерапии. Также дана Шкала защитного функционирования (Defensive Functioning Scale), позволяющая в самом общем виде определить используемые конкретным индивидом ЗМ и копинг-стратегии (КС), а также основной (из представленных семи) уровень защитного функционирования. Принципиальная важность для интернозологической диагностики и лечения ППР указанного раздела DSM-IV-TR связана с официальным признанием самого факта защитного функционирования психики и, соответственно, научным обоснованием необходимости психотерапии ППР наравне с фармакотерапией. Через включение ЗМ и КС в официальные рамки единого лечебно-диагностического и реабилитационного процесса в психиатрии методы психологического воздействия и психотерапии приобретают одинаковый с биологической терапией и психофармакотерапией исходно доказательный статус. В связи с этим напрашивается необходимость отказа от пресловутого негласного «запрета на психологизацию», характерного для лечебно-диагностической парадигмы в классической клинко-нозологической психиатрии. В то же время, благодаря дифференцированной оценке уровня защитного функционирования личности, на основе клинко-психодинамической (в том числе и стандартизированной) диагностики принципиально расширяются возможности комплексной клинической диагностики ППР, которая, в свою очередь, может служить доказательной базой для дифференцированного назначения комплексной биологической терапии, психотерапии и психосоциальной реабилитации пациентов в области пограничной психиатрии.

Следует также отметить, что помещение диагностического процесса в область интерсубъективности предполагает соблюдение *принципа партнерства* во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Естественно, данный принцип не должен оказывать искажающее влияние на объективную оценку психического состояния больного со стороны врача, его соблюдение имеет целью максимально полный учет и использование субъективной оценки пациента — в дополнение к объективной — при вынесении комплексного диагностического заключения. Это согласуется с другим принципом, без которого невозможны никакие лечебно-реабилитационные мероприятия в пограничной психиатрии, — *принципом добровольного, информированного согласия* пациента и неотъемлемо сохраняемой за ним *свободы выбора* на всем протяжении лечебно-диагностического процесса.

### Литература

1. Бородин В.И. Проблема реабилитации в пограничной психиатрии // 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.
2. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 1. – С. 5–9.
3. Зубик Т.М., Козлов К.В. Пути оптимизации интенсивной терапии инфекционных больных // Журнал инфектологии. – 2013. – Т. 5, № 3. – С. 61–66.
4. Кербиков О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.
5. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. – М.: Государственный институт психиатрии, 1959. – 224 с.
6. Лобзин Ю.В. Проблема инфекции в медицине // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92, № 5. – С. 707–717.
7. Cooper B. Clinical and Social Aspects of Chronic Neurosis // Proc R Soc Med. – 1972, Jun. – Vol. 65, № 6. – P. 509–512.

8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
9. Ernst K. Die Prognose der Neurosen. Verlaufsformen und Ausgänge neurotischer Störungen und ihre Beziehungen zur Prognostik der endogenen Psychosen (120 Jahrentelange Katamnesen poliklinischer Fälle). – Berlin: Springer, 1959. – 118 s.
10. Giel R., Knox R.S., Carstairs G.M. A Five-year Follow-up of 100 Neurotic Out-patients // *Br Med J.* – 1964. – № 2. – P. 160–163.
11. Goodman M. Illness as lifestyle // *Canadian Family Physician.* – 1995. – Vol. 41. – P. 267–270.
12. Links P.S. Psychiatric rehabilitation model for borderline personality disorder // *The Canadian Journal of Psychiatry.* – 1993, Feb. – Vol. 38 (Suppl. 1). – 535–538.
13. Lloyd K.R., Jenkins R., Mann A. Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice // *BMJ.* – 1996. – Vol. 313, № 7048. – P. 26–28.
14. Pietzcker A., Gaebel W. Prospective Study of Course of Illness in Schizophrenia: Part I. Outcome at 1 Year // *Schizophrenia Bull.* – 1987. – Vol. 13, № 2. – P. 287–297.
15. Sims A., Prior P. The pattern of mortality in severe neuroses // *Br J Psychiatry.* – 1978. – № 133. – P. 299–305.
16. Sylph J., Kedward H.B., Eastwood M.R. Chronic neurotic patients in general practice. A pilot study // *J R Coll Gen Pract.* – 1969. – Vol. 17, № 80. – P. 162–170.

## Internosological diagnosis in borderline psychiatry

Borodin V.I.<sup>1</sup>

E-mail: bor111@yandex.ru

<sup>1</sup> V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Kropotkinsky pereulok, 23, Moscow, 119991, Russia  
Phone: 8 (495) 637-35-55

**Abstract.** The required rehabilitation measures for patients with non-psychotic mental disorders (NMD) comes from their tendency to chronicity. The single treatment and rehabilitation approach to NMD has long been known in Russian psychiatry. In this regard, the methodology of rehabilitation in borderline psychiatry should be based on a systematic approach to all the aspects presented inside the clinical reality. This article focused on the general features of non-psychotic symptomatology, including nonspecific character, polymorphism, high level subjective validity. It is noted that various clinical structure of the nonpsychotic states have similar trends and mechanisms of syndromokinesis and syndromogenesis demonstrating the clinical and pathogenetic unity of NMD. In addition the clinical picture of any of NMD is characterized by a wide representation of psychologically understandable content in the structure of the painful experiences of the patient. The congruence of the content of the painful experiences — to reality in patients with NMD provides the possibility of processing and their integration in the process of psychotherapeutic and psychosocial rehabilitation influences. The limitations of the traditional nosological approach to the diagnosis and treatment of NMD is emphasized on this basis. An internosological approach to the diagnosis of non-psychotic mental disorders is validated with necessity to take into account the level of the defensive functioning, objective and subjective assessment of the patient condition. Its main purpose is to obtain direct access to a general (nonspecific) psychopathological symptoms. Practical implementation internosological approach is impossible outside the context of intersubjectivity that implies a full dyadic relationship "doctor — patient". At the same time, the principle of partnership in the relationship between doctor and patient within a single treatment and rehabilitation approach should not have a distorting effect on the objective assessment of the mental state of the patient.

**Key words:** non-psychotic symptomatology; defense mechanisms; internosological diagnosis; single treatment and rehabilitation approach.

### For citation

Borodin V.I. Internosological diagnosis in borderline psychiatry. *Med. psihol. Ross.*, 2017, vol. 9, no. 3(44), p. 3 [in Russian, abstract in English]. Available at: <http://mprj.ru>