

## БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ОСНОВА ХОЛИСТИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА. ЧАСТЬ 2

Н.Г. Незнанов<sup>1,2</sup>, А.П. Коцюбинский<sup>1</sup>, Г.Э. Мазо<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева»,

<sup>2</sup>ГСПб ГМУ им. И.П.Павлова

Биопсихосоциальное понимание природы психических расстройств закономерным образом предопределяет многомерный (холистический) подход при диагностике этих состояний. Истоки представлений о таком подходе можно обнаружить в формулировании Г.А.Захарьиным [8] необходимости использования при терапевтических мероприятиях двойственного диагноза – *diagnosis morbid et diagnosis aegroti* (лат.), то есть диагноза болезни и диагноза больного. Современное состояние клинической медицины показывает, что игнорирование индивидуальных характеристик больного существенно ухудшает терапевтический процесс и исход заболевания [10]. По мнению К.В.Ягнюк [17], в данный момент такой подход считается широко принятым способом в психиатрии, необходимым для синтеза информации о пациенте. Обзор литературы и исследование [22] демонстрируют, что, хотя владение современной методикой диагностики считается важнейшим навыком практикующих психиатров, начинающие специалисты явно недостаточно владеют способностью создавать биопсихосоциальную «формулировку случая» на достаточно компетентном уровне, особенно в части ее психологической и социальной составляющих. Хотя известно, что даже при аналогичных феноменологических проявлениях заболевания (и, соответственно, одинаковых нозологических диагнозах) социальное функционирование пациентов оказывается очень разным, что свидетельствует о недостаточности учета лишь психопатологических особенностях психического статуса пациента.

Холистическая диагностика состояния психически больного – это целостная оценка его психического статуса в формате многоосевого подхода, каждая составляющая которого формулируется в присущих ему диагностических категориях: биологических, психологических и социальных, отражающихся на особенностях функционирования пациента в соци-

альной реальности. Системообразующим фактором при холистическом подходе являются адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие характер функционирования пациента. Следует особо подчеркнуть, что имеется тесная взаимозависимость как между параметрами внутри каждого из блоков, так и между блоками, анализируемыми в рамках холистического диагностического подхода.

Холистический диагностический подход позволяет углубленно понимать сущность психических расстройств, при котором соотношения биологического, психологического и социального «предстают более полными и многогранными, как реципрокные, взаимодействующие и взаимосодействующие развитию психического заболевания» [11], то есть рассматривать их различные аспекты психического в рамках системной многосторонней оценки функционирования больного, основанной на единых теоретических позициях. Это обусловлено тем, что комплексный учет биологических, психологических, социальных и функциональных характеристик состояния человека позволяет оценить как изменения в психическом состоянии и образе жизни пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения, а значит – индивидуализировать клиническую, психологическую и социальную диагностическую оценку, оптимизировать на этой основе тактику лечебных и реабилитационных мероприятий, уточнить социальный прогноз, что способствует преодолению «ярлыкового» характера психиатрической диагностики и, в конечном счете, повышению уровня социального функционирования и качества жизни лиц с психическими расстройствами.

Использование целостного анализа позволяет преодолеть старую дихотомию «биологическое или психосоциальное», а также антиномию «первопричины» и четко обозначить природу заболевания

с однозначным отнесением его к тому или иному классу психических расстройств. Это обстоятельство позволяет рассматривать холистический диагностический подход в русле гуманистических тенденций современного этапа развития психиатрии.

При этом делается возможным точнее оценить потенциально имеющиеся адаптивно-компенсаторные возможности пациентов и конструировать индивидуальные программы восстановительного лечения, направленные на: а) устранение актуальных факторов, которые способствуют снижению адаптивных возможностей больных, хронизации болезни и инвалидизации пациентов; б) выделение протективных факторов, способствующих активации резервных возможностей пациента; в) оказание помощи больному в его адаптации к микросоциальной среде (производственной, семейной, бытовой и др.) и адаптации среды к нему, что способствует максимально возможному восстановлению уровня функционирования пациента в значимых социальных сферах; г) достижение хорошего или удовлетворительного качества жизни больного.

Фундаментальные положения холистического подхода к диагностике психических расстройств, заменившие бытовавшие ранее представления о «линейных» закономерностях процессов, участвующих в формировании психической патологии, на «объемное», «стереоскопическое», многомерное видение сложных механизмов ее этиопатогенеза и динамики, оказались особенно важными для организации целенаправленной работы при бригадных формах терапии психически больных, что становится особенно актуальным в настоящее время, так как ориентирует врачей на необходимость разграничения области компетенции каждого из членов терапевтической бригады [16]. Последнее обстоятельство актуализирует проблему организации работы различных специалистов в области психического здоровья с пациентом и его семьей, а именно – интеграции и одновременно целевой координации их усилий.

Можно сказать, что холистический диагностический подход является своего рода антитезой линейным (несистемным) моделям понимания психических расстройств, приводящим подчас различных специалистов (врачи-психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и т.д.) к попыткам необоснованного расширения сферы своей профессиональной активности в вопросах, требующих специализированной компетенции других членов полипрофессиональной терапевтической бригады, что особенно важно при перенесении в настоящее время основной части работы по реабилитации пациентов во внебольничные условия [7].

Терапевтическая деятельность полипрофессиональных бригад считается одной из наиболее эффективных форм работы с психически больными. Бригады обеспечивают тесную координацию между различными дисциплинами и позволяют рацио-

нально распределить усилия разных специалистов – психиатров, психологов, специалистов социальной работы, социальных работников, медицинских сестер. Цель бригады – обеспечение психически больного специализированной помощью, как можно более гуманной и адекватной его состоянию при имеющихся у него условиях и ресурсах. На Западе на смену традиционной патерналистской медицинской модели лечения с доминирующей фигурой врача-психиатра уже давно пришла модель команды специалистов-партнеров [14]. Все это способствует преодолению «ярлыкового» характера психиатрической диагностики и, в конечном счете, повышению уровня социального функционирования и качества жизни лиц с психическими расстройствами.

В США медицинская и социальная помощь неразрывны и функционируют в виде мультидисциплинарных команд, осуществляющих регламентированные программы реабилитации психически больных, нуждающихся в ресоциализации. Наибольшее распространение получил «клинический вариант ведения индивидуального случая» (clinical case management), когда социальный менеджер (имеющий специальное образование и принимающий непосредственное участие в оказании помощи пациенту) покупает пакет услуг, в которых нуждается пациент, у персонала контрактных организаций. В Великобритании, где существует разделение помощи на медицинскую и социальную, функционирует «полипрофессиональная психиатрическая бригада», для более традиционной деятельности которой в одних случаях используется словосочетание «мультидисциплинарная бригада психического здоровья в сообществе» (СМНТ – multidisciplinary community mental health teams), а для более энергичной терапевтической помощи – бригада «интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе» (assertive community treatment).

И.Я.Гурович и соавт. [6, 7] также различали бригаду психиатрической помощи, осуществляющей лечение во внебольничных условиях, и бригаду настойчивого (ассертивного) лечения в сообществе. При этом под «сообществом» (community) имеется в виду население, проживающее в районе обслуживания комплекса психиатрических учреждений, проявляющих участие в проблемах психически больных. Собственно, эти два варианта бригад (клинический вариант «кейс-менеджмента» и «полипрофессиональная психиатрическая бригада») оказываются столь близкими, что некоторые авторы их практически не различают.

Итак, для полноценной помощи психически больным в современной службе психического здоровья лидирующим становится бригадный полипрофессиональный метод ведения больных специалистами смежных областей знаний и установка на интеграцию различных подходов. Бригадный полипрофессиональный метод ведения пациентов

является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точки зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества [6, 20, 21].

Модель междисциплинарной бригады базируется на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами, относящимися к разным, хотя и связанным дисциплинам и подчиненным общей пациент-обусловленной цели [20], что отличается как от мультидисциплинарной, так и от интердисциплинарной бригады.

В мультидисциплинарной бригаде сотрудники работают независимо, с минимальным взаимодействием по отношению к пациент-обусловленной цели. В интердисциплинарной бригаде принимается больше согласованных попыток по достижении общей цели, но роль специалиста каждой дисциплины остается обособленной внутри своих устоявшихся границ. Это может привести к «профессиональному протекционизму» и к ощутимой разнице в понимании состояния пациента.

В отличие от этого, междисциплинарная бригада обеспечивает более интегрированный подход к оказанию помощи больному, поскольку в ней основой всего являются коммуникации и взаимодействие, и каждый член бригады способен привнести эффективный вклад в большинство сфер предоставляемых услуг [13]. Современный бригадный метод работы с психически больными предполагает постоянный контакт различных специалистов и понимание смысла того, что делает другой член полипрофессиональной команды.

В то же время, как отмечали В.С.Ястребов и соавт. [18], в практической деятельности хорошо известны серьезные проблемы взаимодействия специалистов внутри этих бригад. В частности, указывается, что в бригаду входят специалисты с разными способностями и занимающие различные места в управленческой иерархии, в результате чего вопросы лидерства, подчиненности и подотчетности нередко приводят к потере эффективности работы как отдельных членов этих бригад, так и самих бригад в целом.

Важно подчеркнуть, что в случае отсутствия контакта и сотрудничества между специалистами помогающих профессий, характер складывающихся внутрибригадных взаимоотношений фактически воспроизводит дезадаптивные «треугольники», наблюдаемые в семьях пациентов [9, 16, 19].

Примеры подобных неадаптивных взаимодействий достаточно многочисленны. В частности, можно указать на следующие:

- критика терапевтических назначений других членов бригады и сомнения в профессиональной компетентности друг друга, высказываемые специалистами пациенту и его семье;

- «реактивное направление» [3] пациента от психиатра к психотерапевту вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом и его семьей;

- отказ специалиста (психиатра/психотерапевта) от контакта с представителем смежной помогающей профессии и попыткой объединения всех функций в одном лице.

В связи с этим указывается, что члены бригады должны придерживаться таких форм поведения, чтобы несовпадающие взгляды не вели к конфликтам и разделению ответственности [6]. Так, в деятельности полипрофессиональной бригады нами был выявлен ряд факторов, требующих специального обсуждения. В частности, в процессе работы членов бригады по дестигматизации оказалось необходимым проведение специальных мероприятий, связанных с преодолением психофобической стигмы, как и других «ловушек нейтральности», у «помогающих специалистов» (членов профессиональной бригады), для чего потребовалось осуществлять их супервизию, личную психотерапию и обсуждение конкретных «случаев» в полипрофессиональной бригаде.

Таким образом, для комплексной диагностики состояния больного с целью оптимального выбора соответствующей программы реабилитации необходимо построить эффективное междисциплинарное взаимодействие членов полипрофессиональной бригады с учетом области профессиональной деятельности каждого. Как считают В.С.Ястребов и соавт. [18], «решению этой проблемы может способствовать использование системного подхода, который широко применяется в различных отраслях науки и практики. Применение этого подхода в практике психиатрической реабилитации дает возможность разработать системно-ориентированную модель психосоциальной реабилитации, которая позволяет в максимальной степени учитывать ее современные стратегии, интересы всех вовлеченных в реабилитационный процесс сил, а также совокупность актуальных для данной модели факторов и их иерархию».

В условиях психиатрической службы нашей страны «вероятно, наиболее целесообразно возложение лидерских функций на врача-психиатра [6]. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую работу (при этом каждый член бригады ответственен за свое направление работы), функции эти должны быть, скорее, координирующими, а не властными. Только такой подход сохранит автономию каждого специалиста-участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей. Последние предполагают творческий подход, активность в совершенствовании работы, введение новых методик, вариантов социальных интервенций, поиска наиболее эффективных путей социального восстановления пациентов».

Взаимодействие психиатрических и психологических (психотерапевтических) служб представляет серьезную проблему не только в нашей стране. Как отмечали И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер и Я.А.Сторожакова [6], она «вряд ли может быть решена повсеместно в короткое время. <...> Ее

решение во многом будет зависеть от насыщения имеющихся вакантных ставок существующими специалистами». Тем более важным представляется, чтобы эти специалисты, начиная работать в психиатрических учреждениях, были изначально нацелены на продуктивную работу в полипрофессиональной терапевтической бригаде, ясно представляя свои цели, задачи и возможности, существующие для их реализации.

Важнейшей задачей становления бригадной модели в отечественной психиатрии является развитие института социальных работников.

Цель социальной работы – адаптировать пациента к жизни в семье и обществе. Существуют два основных аспекта социальной работы: 1) организация необходимой помощи нуждающимся в ней; 2) включение подопечных в определенный социальный контекст. Это соответствует основной цели психиатрической реабилитации: интеграции психически больных в социальную реальность.

Социальный работник должен обладать исчерпывающей информацией о государственных, общественных и частных учреждениях, оказывающих помощь психически больным, и технике ее получения. Кроме того, эти специалисты занимаются изучением условий жизни семей с психически больными и предоставлением соответствующей помощи таким семьям. Государство обязано осуществлять социальную защиту населения, которая является системой гарантий, обеспечивающих, в частности, нетрудоспособным (социально уязвимым) слоям преимущества в пользовании общественными формами потребления, прямую материальную и социально-психологическую поддержку.

Органы местного управления (муниципалитеты) обязаны осуществлять социальную поддержку: временные или постоянные меры адресной помощи отдельным категориям граждан в кризисной ситуации.

Фактический объем социальных услуг (имеющих отношение к психически больным), предоставляемых населению муниципалитетами: 1) комплексные центры социального обслуживания ветеранов и других социальных групп; 2) дома инвалидов и престарелых; 3) центры психолого-педагогической помощи.

Полномочиями муниципального управления в сфере здравоохранения являются: а) создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими заболеваниями; б) организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудоустройства; в) создание специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов.

Важным представляется согласованность деятельности всех учреждений «помогающей службы». При этом алгоритм и последовательность их включения в решение такого рода задач определяется необходи-

мостью постгоспитальной адаптации и реинтеграции пациента в социум и в семью, имея конечной целью становление пациента «на крыло» и самостоятельное его функционирование.

Учитывая тенденцию изоморфизма взаимодействия «идентифицированного пациента» в семье и с различными социальными организациями [12], представляется возможным сопоставить функционирование микросоциальных систем семьи и систем помогающей службы. Так, стадия психологического отделения успешно реабилитированного пациента, стремящегося к построению самостоятельной жизни, от системы помогающей службы, аналогична стадии жизненного цикла сепарации семьи. В функциональной системе «пациент-помогающие службы» это представляется как естественный процесс хода событий. В дисфункциональной же системе это может чрезмерно повысить уровень тревоги всех членов этой системы относительно трансформации имеющегося гомеостаза.

Итак, современные бригадные формы курации психически больных делают необходимым оценку состояния пациента не только с точки зрения наличия или отсутствия у него клинических проявлений заболевания, но и всего характера его существования в социальной действительности. Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей [4].

Организуя началом, объединяющим разнородные усилия различных членов бригады и делающих их конгруэнтными относительно друг друга, является концепция холистического диагностического подхода, поскольку только целостная оценка состояния пациента позволяет бригаде, руководимой врачом-психиатром и состоящей из специалистов разного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер), сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из ее членов. С этой точки зрения внедрение холистического диагностического метода в практику здравоохранения делает работу каждого из членов бригады, курирующей психически больного, и бригады в целом более слаженной и целенаправленной. Осуществляемое в его рамках совместное еженедельное обсуждение [14] членами бригады успешности решения различных клинко-биологических, психологических и социальных проблем, решает не только задачу осведомленности участников терапевтического процесса о методах лечения, но и тесного сотрудничества пациент-центрированных специалистов, объединенных общей стратегической целью.

В результате использования холистического подхода появляется возможность всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и образе жизни пациента, вызванные болезнью, так и

адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения.

Такое положение в известной степени соотносится с замечанием В.С.Ястребова и соавт. [18] о том, что «в качестве необходимого условия оказания психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами все больше утверждается холистический подход, который предполагает проведение комплексных мер, дифференцированных на разных уровнях воздействия – индивидуальном, семейном, институциональном или общества в целом».

Исходя из сказанного, программа лечения и реабилитации должна быть разработана для «каждого больного в каждом конкретном случае» [2] и базироваться на анализе индивидуальной структуры системы психической адаптации с выявлением ее проблемных областей («терапевтических мишеней») и базовых саногенных механизмов, в совокупности составляющих биопсихосоциальный потенциал адаптации индивидуума.

Это помогает сформулировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента (составными компонентами которой являются фармакотерапия, психотерапия и социотерапия), учитывающую не только клинические, но и психологические особенности пациента, а также важные характеристики его социума, поскольку только совокупность санирующих факторов (усилий самого пациента, правильного поведения его семьи и квалифицированной помощи специалистов службы психического здоровья и социальных институтов) составляет максимальный потенциал восстановления пациента, что позволяет конструировать наиболее продуктивные программы реабилитации и ресоциализации психически больных и дает надежный инструмент взаимодействия различных специалистов в области психического здоровья.

В результате современный уровень развития психиатрии позволяет добиваться максимально возможного «восстановления» пациента, страдающего психическим расстройством [5], вплоть до его возвращения к функционированию на доболезненном уровне [15]. При этом, как нам представляется, в соответствии с современными представлениями об этиопатогенезе психотических психических расстройств, основными критериями выбора лечебного учреждения должны служить: а) характер психической (психологической) дезадаптации и снижения качества жизни больного; б) личностные характеристики пациента, соучаствующие в синдромообразовании, с одной стороны, и составляющие потенциал его адаптации, с другой; в) особенности социальной ситуации больного.

В зависимости от сочетания этих факторов больные могут лечиться амбулаторно (в специальных подразделениях поликлиник или в психоневрологических диспансерах), либо в условиях специализированных стационаров (полустационаров, центрах

реабилитации при диспансерах, круглосуточных стационарах).

Спорным является вопрос о возможности терапии непсихотических состояний врачами общей практики. С одной стороны, наблюдается неуклонный рост непсихотической психической патологии среди населения, и значительную часть больных, завсегдаев поликлиник, составляют пациенты со «скрытыми» формами непсихотической (аллохтонной и аутохтонной) патологии (самостоятельными или в сочетании с другими заболеваниями). И всех их направлять к психиатру вряд ли уместно.

С другой стороны, терапия этих пациентов требует специальных знаний и навыков и наиболее продуктивна при комплексном подходе, с применением дифференцированного набора фармакологических средств и психотерапевтических воздействий. Поэтому предложение «овладевать навыками терапии» таких состояний врачами общей практики, которые «могли бы курировать большинство таких больных» [1], вызывает большие сомнения.

В связи с этим перспективным представляется создание специальных внедиспансерных учреждений, прообразом которого является создание в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева специального подразделения, названного «Центром психопрофилактики». Основной целью Центра психопрофилактики является оказание психологической и первичной специализированной медицинской и психологической помощи в амбулаторных условиях по специальностям «психиатрия», «психиатрия-наркология», психотерапия, «сексология» Особенностью его является следующее.

1. Отсутствие в названии психиатрического «клейма», которое нередко связано у клиентов с опасностью стигматизации и вызывает страх и уклонение от контактов с имеющимися в настоящее время организационными формами помощи психически больных.

2. Возможность осуществления первичной психопрофилактики в виде психологической помощи и первичной медицинской специализированной помощи, осуществляемой в амбулаторных условиях по обслуживанию не только пациентов, но и практически здоровых лиц с психологическими проблемами (в частности – ближайших родственников, проживающих совместно с психически больными).

3. Возможность осуществления диагностики и вторичной профилактики в форме первичной специализированной медицинской помощи, которая может быть осуществлена в амбулаторных условиях психически больным: а) с инициальными проявлениями ранее не диагностированного психического расстройства или на ранних его этапах; б) с непсихотическими проявлениями текущего психического расстройства заболевания и в) страдающим «пограничными» психическими расстройствами.

4. Возможность осуществления третичной психопрофилактики лицам, выписанным из стационарных психиатрических учреждений, но нуждающихся на ремиссионном этапе имеющегося у них психического расстройства проведения первичной специализированной медицинской помощи, осуществляемой в амбулаторных условиях.

5. Использование при проведении реабилитационных мероприятий возможностей полипрофессиональной терапевтической бригады.

В целом, современные тенденции развития психиатрии, направленные на расширение круга

специалистов службы психического здоровья и углубление взаимопонимания между ними, смещение акцентов лечения во внебольничные учреждения, создание интегративных персонологических подходов к терапии, гибко адаптированных к индивидуальным нуждам больного и этапам заболевания, повышение уровня знаний населения в вопросах психопрофилактики и психогигиены, смогут дать обоснованную надежду на достойное противостояние тенденции роста психопатологии среди населения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аджигитов Р.Г. Пограничные психические расстройства // Медицинская газета. 2001. № 37 от 27 мая.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. 720 с.
3. Бейкер К., Варга А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с.
4. Беляева Г.Г., Тарасова Л.А. Междисциплинарная интеграция как организационная форма новых технологий промышленной психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2000. № 5. С. 32–35.
5. Вилкен Ж.П., Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Комплексный подход. М.: Глобальная инициатива в психиатрии, 2011. 296 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД «Медпрактика-М», 2004. 492 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М., 2007. 180 с.
8. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. М.: Печатня А.И.Снегиревой, 1910. 557 с.
9. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / Под ред. О.В.Лиманкина, С.М.Бабина. СПб: Изд-во «Таро», 2013. С. 9–13.
10. Незнанов Н.Г. Персонализированная медицина и семантика персонализированного диагноза // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии: тезисы конф. 19–21 сентября 2013, Самара; Под ред. Н.Г.Незнанова, В.Н.Краснова. Самара. 2013. С. 3.
11. Семичов С.Б. Системный подход и социально-биологическая проблема в психиатрии // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977. С. 39–43.
12. Тогунов И.А. Закон универсальности социальных организаций // Эксклюзивный маркетинг. 2007. № 2. С. 3–20.
13. Хибберт Ш. Модель бригады настойчивого лечения в сообществе Калгари // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика, 2007. С. 188–203.
14. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006. 53 с.
15. Цыганков Б.Д., Вильянов В.В. Клинико-терапевтический патоморфоз параноидной шизофрении. Саратов: Изд-во Саратов ун-та, 2005. 228 с.
16. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. 3-е изд., испр. и доп. М.: Класс, 2010. 208 с.
17. Ягнюк К.В. Формулировка случая психотерапии: значение для клинической практики // Журнал практического психолога. 2009. № 2. С. 191–203.
18. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А. и соавт. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2008. № 6. С. 4–10.
19. Bowen M.A. Family Concept of schizophrenia. D.D. Jackson (Ed.). NY: Basic Books. 1960. 370 p.
20. Latimer E.A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature // Can. J. Psychiatry. 1999. Vol. 44. P. 443–454.
21. Lehman A.F., Dixon L., Hoch J.S. et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless person with severe mental illness // Br. J. Psychiatry. 1999. Vol. 174. P. 346–352.
22. McGlashan T.H., Walsh B., Wood S. The Psychosis-Risk Syndrome // Handbook for Diagnostic and Follow-up. USA, Oxford University Press, 2010. 243 p.

## БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ОСНОВА ХОЛИСТИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА. ЧАСТЬ 2

Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский, Г.Э. Мазо

В статье указывается на адекватность использования при биопсихосоциальном понимании природы психических расстройств многомерного (холистического) диагностического подхода, что особенно важно при организации деятельности полипрофессиональных терапевтических бригад, позволяя рационально распределить усилия разных специалистов – психиатров, психологов, специалистов социальной работы, социальных работников, медицинских сестер. В результате использования холистического подхода появляется возможность всесторонне оценить как изменения в психическом состоянии и образе жизни пациента, вызванные болезнью, так и адаптационно-компенсаторный потенциал самого больного и его окружения. Кроме того, использование холистического диагностического подхода предполагает возможность сформулировать необходимую персонализированную реабилитационную программу пациента (составными компонентами которой являются фармакотерапия, психотерапия и социоте-

рапия), учитывающую не только клинические, но и психологические особенности пациента, а также важные характеристики его социума. Холистический диагностический подход необходим для применения как в амбулаторных, так и полустационарных и стационарных условиях. При этом, в соответствии с современными представлениями об этиопатогенезе психических расстройств, основными критериями выбора лечебного учреждения должны служить: а) характер психической (психологической) дезадаптации и снижения качества жизни больного; б) личностные характеристики пациента, соучаствующие в синдромообразовании, с одной стороны, и составляющие потенциал его адаптации, с другой; в) особенности социальной ситуации больного.

**Ключевые слова:** многомерный (холистический) диагностический подход; полипрофессиональные терапевтические бригады; персонализированная реабилитационная программа.

## BIOPSYCHOSOCIAL CONCEPT OF MENTAL DISORDERS AS A BASIS FOR CHOLISTIC DIAGNOSTIC APPROACH. PART 2

N.G. Neznanov, A.P. Kotsubinsky, G.E. Mazo

In our paper we review the adequacy of multimodal (holistic) approach use in the understanding of mental disorders nature. This is especially important in organization of poly-professional therapeutic team work allowing the rational distribution of the different specialists (e.g. psychiatrists, psychologists, social workers, nurses) resources. The cholisitic approach use gives the opportunity to comprehensively evaluate not only the changes in mental state and patient's lifestyle but also the adaptive and compensatory potential of the patient and his/her environment. Moreover the use of cholisitic diagnostic approach offers the opportunity to make personalized rehabilitation program for the patient, including pharmacological, psychotherapeutic and socio-therapeutic

components and considering not only clinical and psychological profiles, but also important society characteristics. Cholistic diagnostic approach is essential for both outpatient and inpatient services. In this, according to recent data about psychotic mental disorders ethiopathogenesis the main criteria for treatment facility choice should include: a) the nature of psychic (psychological) disadaptation and decrease in patient's life quality; b) patient's personality traits participating in syndrome development on one side and in the adaptive capacity on the other; c) the characteristics of patient's social situation.

**Key words:** multimodal (holistic) approach, poly-professional therapeutic team, personalized rehabilitation program.

---

**Незнанов Николай Григорьевич** – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВПО «ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии; e-mail: spbinstb@bekhterev.ru

**Коцюбинский Александр Петрович** – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева»; e-mail: ak369@mail.ru

**Мазо Галина Элевна** – доктор медицинских наук, ученый секретарь, руководитель отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: galina-mazo@yandex.ru