

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено  
к печати решением  
Ученого Совета  
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева  
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Использование бригадного (мультипрофессионального) подхода при  
проведении лично-центрированной терапии пациентов с  
эндогенными психическими расстройствами**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2020

**УДК:** 616.89-083(075.4)

Использование бригадного (мультипрофессионального) подхода при проведении лично-центрированной терапии пациентов с эндогенными психическими расстройствами: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, С.Э. Медведев, О.В. Гусева, А.Н. Еричев. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 16 с.

**Организация-разработчик:** федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Авторы-составители:** Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Гусева О.В., Еричев А.Н.

**Рецензент:** Крылов В.И. – профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, д.м.н.

#### **Аннотация**

Данное пособие содержит материал об использовании бригадного (мультипрофессионального) подхода при проведении лично-центрированной терапии пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами, на основе целостного (холистического) подхода. Последний является базовой концепцией для содержательной оценки биопсихосоциального статуса пациентов и определения векторов проводимой с ними реабилитационной программы.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов.

ISBN 978-5-94651-075-2

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
А. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ СУЩНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .4	
Б. ХОЛИСТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	5
ГЛАВА 1. РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ БРИГАДНОЙ ФОРМЫ РАБОТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	6
1.1. РАЗРАБОТКА КОНЦЕПЦИИ БРИГАДНОЙ ФОРМЫ РАБОТЫ КАК ОСНОВЫ ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	6
1.2. РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ БРИГАДНОЙ ФОРМЫ РАБОТЫ ПРИ ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	8
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИБРИГАДНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЛЕНОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ .....	11
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	13
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	14

## **Использование бригадного (мультипрофессионального) подхода при проведении личностно-центрированной терапии пациентов с эндогенными психическими расстройствами**

А. П. Коцюбинский, Б. Г. Бутома, С. Э. Медведев, О. В. Гусева, А. Н. Еричев

### **ВВЕДЕНИЕ**

#### **А. Биопсихосоциальная сущность психических расстройств**

Важность параметров психического здоровья для целостной оценки здоровья населения делает обоснованным то внимание, которое уделяют исследователи психическому нездоровью, то есть психическим расстройствам. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в Европейском регионе каждый год психическими расстройствами поражены более одной трети населения, при этом значительная часть из них не получает своевременной квалифицированной помощи.

Это обстоятельство обуславливает интерес исследователей к этиопатогенетическому пониманию сущности психических расстройств. В результате современный период характеризуется стремлением к пониманию человеческого организма как целостной системы. Сегодня в науке все чаще рассматриваются положения, согласно которым внешний для человека мир необходимо анализировать в подобии (изоморфизме) с его внутренним миром. Изоморфизм явлений внешнего и психического мира предполагает отражение в материальных элементах нервной системы состояния окружающей среды, каких-то значимых ее характеристик. Поэтому целесообразно обратиться к поиску некоторых аналогий и закономерностей, возникающих в социальной деятельности человека, которая и становится важнейшим посредником не только между природой и культурой людей, но и ее «представленностью» в мозге человека (Карнышев А. Д., 2014).

В рамках этого направления получило свое развитие и включение в научный обиход представлений о **биопсихосоциальной сущности психических расстройств** и признание, что предметом психиатрии не может быть только мозг.

Основные положения биопсихосоциальной концепции рассматривались уже в трудах В. Н. Бехтерева, но терминологически закрепились в работах G. L. Engel (1982) и способствовали появлению интереса исследователей к изучению психологических особенностей пациентов и характера их социального приспособления (Коцюбинский А. П. и др., 2004; Незнанов Н. Г., 2009; Незнанов Н. Г. и др., 2007, 2013; McClain T. et al, 2004).

Теоретические положения современной концепции о биопсихосоциальной природе психических расстройств базируется на следующих моделях:

1) уязвимость-диатез-стрессовой модели возникновения психических расстройств;

2) системной адаптационной модели динамики сформированных психопатологических феноменов.

Отражая сложный мультифакториальный характер психической патологии, биопсихосоциальная концепция, с точки зрения Н.Г. Незнанова (2009), «формирует комплексный подход к изучению и лечению психических расстройств, смещая акцент с поиска главного фактора на установление характера их взаимодействий».

Это обстоятельство предполагает необходимость полноценной интеграции двух направлений научных исследований в области психиатрии:

1) исследований в рамках биологической психиатрии (которые ближе по своей методологии к естественнонаучным дисциплинам);

2) исследований в рамках клинической психологии и социальной психиатрии (стоящих по своей методологии гораздо ближе к гуманитарным дисциплинам).

Использование такого рода интеграции (с включением изучения психологических, феноменологических, генетических и эндокринных особенностей пациентов) способствует:

а) более глубокому **клиническому пониманию общего континуума и конкретной типологии** различных психических расстройств (например, «шизотипическое расстройство личности — шизотипическое расстройство *per se* — шизофрения» или «пограничное расстройство личности — подпороговые аффективные расстройства — психотические аффективные расстройства»);

б) более глубокому пониманию **биологических и психологических механизмов реконвалесценции или причин ее отсутствия** (или малой эффективности лечения) при этих состояниях.

## **Б. Холистическая диагностическая оценка психических расстройств**

Биопсихосоциальное понимание сущности психических болезней закономерно привело к необходимости такого многоосевого диагностического подхода, который бы, в отличие от уже имеющихся мультиаксиальных разработок, базировался на обоснованных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным практическим потребностям службы психического здоровья.

Потребность в **целостной оценке** состояния пациента, страдающего психическим расстройством, подчеркивается все большим количеством исследователей (Беляева Г. Г., Тарасова Л. А., 2000).

Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический диагностический подход, нацеленный на многоосевую (многомерную, мультиаксиальную) диагностическую оценку психических расстройств (Незнанов Н. Г. и др., 2013; Ястребов В. С. и др., 2008) и предполагающий оценку не только феноменологических особенностей психического расстройства,

но также оценку психологических и социальных характеристик индивидуума. При холистическом подходе (Коцюбинский А. П., Зайцев В. В., 2004) достигается системное понимание сущности психических расстройств, при котором соотношение феноменологического в рамках категориально-дифференциальных представлений (фундированного физиологическими изменениями), психологического и социального предстают более полными и многогранными, как реципрокные, взаимодействующие и взаимосодержащие развитию психического заболевания.

Холистический диагностический подход является базовой концепцией для развития психиатрической помощи, основанной на перераспределении приоритетов в объеме различных ее видов с преимущественным развитием, помимо стационарных, также стационарзамещающих и внебольничных организационных форм.

## **ГЛАВА 1. Разработка и реализация концепции бригадной формы работы при проведении лично-центрированной реабилитации пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами**

Холистическая оценка психического состояния пациента привела к пониманию того, что «сейчас недостаточно только одних медицинских работников, включая хорошо обученных медицинских сестер, для успешного проведения системы лечебно-восстановительных мероприятий. Необходимо «бригадное» обслуживание, «бригадное» лечение» (Кабанов М. М., 1998).

### **1.1. Разработка концепции бригадной формы работы как основы лично-центрированной реабилитации пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами**

Основы функционирования бригадной формы работы заложены В. М. Бехтеревым и другими отечественными и зарубежными специалистами. Громадное разнообразие бригадных форм работы зависит от вида структурного подразделения учреждения, целей и задач, а также фокуса помощи на данном этапе психического расстройства, мотивации пациентов, актуальной профессиональной и семейной ситуации, возраста пациентов и пр. (Гусева О. В., Еричев А. А., Коцюбинский А. П., 2018).

Такие полипрофессиональные группы по охране психического здоровья структурно формируются, как: 1) мультидисциплинарная бригада; 2) интердисциплинарная бригада; 3) междисциплинарная бригада.

В мультидисциплинарной бригаде сотрудники работают независимо, с минимальным взаимодействием по отношению к пациент-обусловленной цели.

В интердисциплинарной бригаде принимается больше согласованных попыток по достижению 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.

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 (Latimer E. A., 1999).

Такой подход к лечебному процессу в условиях бригадного метода работы создает оптимальные условия для проведения психофармакотерапии, так как лечащий врач в процессе обсуждения психического состояния пациента членами бригады получает более полное представление о его состоянии. Полученная информация может быть использована для коррекции фармакотерапии и включению в комплекс лечения психосоциотерапии на более ранних стадиях лечения. В результате при бригадной форме работы проводится **не только медикаментозная коррекция** болезненного состояния пациента, но также его **реабилитация и ресоциализация**.

Для оптимального функционирования междисциплинарной бригады в ее состав необходимо включение следующих специальностей: 1) психиатры; 2) психотерапевты; 3) психологи и 4) социальные работники.

Роль руководителя принадлежит врачу-психиатру с общей ответственностью за клиническую работу и формирование комплаентности у пациентов. В бригадное обсуждение вопросов динамики в состоянии пациента включается и медицинская сестра отделения, предоставляя сведения о результатах наблюдения персонала за поведением пациента, его социальной активности, что дополняет информацию, полученную от лечащего врача. Роль медицинской сестры в структуре бригадной работы очень важна в создании «терапевтической среды»: уважительное отношение к пациентам, развитие чувства доверия, расположения, эмпатии, устранение чрезмерной авторитарности, формирование комплаенса.

В рамках биопсихосоциальной концепции природы психических расстройств (Незнанов Н.Г. и др., 2018а, 2018б) при формулировании индивидуальной биопсихосоциальной терапевтической программы требуется учитывать не только клинические, но и психологические особенности пациента, что определяет место и задачи **психолога** как члена терапевтической бригады. Кроме того, для целостной оценки состояния пациента важными являются характеристики его социума (что обуславливает цели и задачи социотерапевтических мероприятий, осуществляемых **специалистом по социальной работе и социальным работником**), 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 пациентов (Коцюбинский А.П. и др., 2015).

В бригадном методе работы существенную роль играют различные формы групповой психотерапии, осуществляемые **психотерапевтом** бригады. Независимо от модальности применяемой групповой психотерапии, ее эффект определяется во многом неспецифическим активирующим воздействием на личность пациента, обеспечивая «активизацию ресурсов» и «прояснение проблем» (Grawe К., 1998). При этом группу можно рассматривать как системообразующую основу проведения стационарного лечения, оказывающую значительное влияние на его конечный результат.

Кроме того, общепризнанным является необходимость проведения психологической работы, осуществляемой всеми членами терапевтической бригады, что диктуется задачей коррекции искажений и неадекватных представлений пациентов по поводу заболевания и способов его лечения.

Количество пациентов, имеющих доступ к бригадным формам работы специалистов (вместо устаревшей модели «лечащий врач–пациент» может рассматриваться в качестве одного из ведущих целевых показателей деятельности психиатрического подразделения на современном этапе.

## **1.2. Реализация концепции бригадной формы работы при лично-центрированной реабилитации пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами**

Реализация концепции междисциплинарной бригадной формы работы с 250 пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, позволили сформулировать определенные **принципы** ее деятельности:

1) **Взаимодействие специалистов** (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер) по оценке пациента на основе **холистического подхода (феноменологического, психологического, социального и функционального диагноза)** и охватом всех биопсихосоциальных аспектов диагностики и оказания лечебно-реабилитационной помощи. Для этого необходим постоянный обмен информацией и координация действий между лечащим врачом-психиатром и специалистами психологического и социального профиля.

Родственники пациента — важные участники реабилитационного процесса. Привлечение родственников пациента способствует присоединению и оптимальному использованию ресурсов его семейной системы. Работа с семьей способствует дестигматизации факта психического расстройства пациента, необходимости его лечения в стационаре и после выписки, приема поддерживающей терапии. Принятие семьей ответственности за результаты лечения повышает комплаентность пациента, уменьшает возникшее у некоторых родственников чувство вины и их желание найти виновного при отсутствии быстрого выздоровления пациента. Вовлечению пациента и его родственников в лечебно-реабилитационный процесс способствует также и проведение психологических психотерапевтических групп, осуществляемых как для пациентов, так и для их родственников.

2) Внедрение холистического диагностического подхода в практику здравоохранения делает работу каждого из членов бригады, курирующей психически больного, и бригады в целом более слаженной и целеленаправленной.

Это способствует четкому формулированию целей, задач и реабилитационных «мишеней», необходимых для их реализации различными специалистами, входящими в полипрофессиональную бригаду, при проведении лечебно-восстановительного лечения пациентов, страдающих психическим расстройством (в частности, с психогенными клиническими проявлениями и симптомами заболевания, имеющими в своем этиопатогенезе психологические и психосоциальные механизмы) например, нарушения детской привязанности в анамнезе и последующие нарушения межличностного взаимодействия, эмоциональной регуляции, поведения и самопрезентации, в том числе, при расстройствах шизофренического спектра.

3) Применение **специализированных знаний** каждого специалиста при совместной постановке лечебных и реабилитационных целей, обеспечение синергизма усилий специалистов.

4) Использование **клинических шкал и психологических методов** с целью проведения экспертной оценки психического состояния пациента и использования этих данных при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

5) Выбор ведущего куратора на каждом этапе курирования пациента (например, после купирования психиатром психопатологической симптоматики пациент может быть передан психологу для дальнейшего лечения в формате групповой коррекции; или наоборот, после курса индивидуальной психотерапии по поводу депрессии, при отсутствии достаточного эффекта, пациенту рекомендовано медикаментозное лечение психиатра, с рекомендацией двойного ведения специалистами в качестве ведущих кураторов).

Вышеперечисленные принципы организации работы обуславливают следующую **конфигурацию** ее практической деятельности:

1. Каждый член терапевтической бригады выполняет свою, качественно отличную задачу с учетом позиций других специалистов и лечебных вмешательств, с взаимным информированием, с доверием и поддержкой позиций друг друга, что образует, таким образом, единое целое, единое поле информации о каждом пациенте по вертикали и горизонтали.

2. В целях фиксации информации, доступной для каждого специалиста, специально разработаны исследовательские инструменты (индивидуальная карта пациента) и регулярные обсуждения с коллегами. Карта представляет собой клинический инструмент для оценки зоны и степени выраженности нарушений функционирования пациента, одновременно фиксирует характер и результаты вмешательств, а также итоговую оценку результатов лечения.

3. Сотрудничество различных специалистов позволяет добиться синергетического, потенцирующего командного эффекта с оказанием изоморфного влияния на микросоциальную систему семьи пациента, способствует новому восприятию образа коллектива отделения, а также делает данное лечебное учреждение более привлекательным для пациентов.

4. Работа единой командой способствует формированию у пациентов большего ощущения защищенности и доверия помогающей службе.

5. На поведенческом уровне специалисты, участвующие в проведении интегративной психотерапевтической программы, демонстрируют позитивный пример конструктивных форм взаимодействия, отчасти выступая тем самым моделями для подражания и обучения.

6. Каждый специалист бригады имеет возможность знакомиться с индивидуальной картой участника, при необходимости используя эти данные для своей части психотерапевтической программы. Взаимодействие специалистов осуществляется на основе общего теоретического языка, хотя каждый специалист сохраняет свой специфический язык терминов и методическое обеспечение, сохраняет свободу выбора того или иного вмешательства.

7. Сотрудничество помогающих специалистов создает условия для активизации взаимодействия пациента с социальным окружением, уменьшая влияние стигматизации и способствуя повышению его собственных адаптационных возможностей.

8. Пациент-центрированное обсуждение (Холмогорова А. Б., 2006) членами бригады успешности решения различных клинико-биологических, психологических и социальных проблем, вытекающих из особенностей функционального диагноза, решает не только задачу осведомленности участников терапевтического процесса о методах лечения, но и задачу сотрудничества специалистов, объединенных общей стратегической целью.

9. Специалисты имеют возможность проводить мини-совещания для согласования, планирования и уточнения тем, обсуждения групповых реакций и поведения отдельных участников, а также для подведения итогов за неделю, разработки домашних заданий для каждого отдельного пациента, согласование (планирование вмешательств для достижения согласованной цели, которая должна быть конкретной и доступной, либо для количественного измерения или для качественного описания какого-либо параметра, характеризующего пациента; например, проявления им более уверенного стиля поведения).

10. Предлагаемая модель требует скоординированной системы взаимодействия членов психотерапевтической бригады и общности теоретических позиций. Существенное значение имеет фактор интереса, увлеченности. Специалисты для реализации психотерапевтической программы не назначаются администрацией, а сами проявляют инициативу в организации в стационаре или отделении амбулаторной службы бригадного формата работы.

Можно обозначить следующие **преимущества** бригадного подхода:

- свободный обмен *профессиональными знаниями* между специалистами;
- возможность *более широкого обсуждения психологических и других факторов*, влияющих на динамику в психическом состоянии пациента;
- *оперативность* при направлении пациента к другим специалистам;
- подключение психосоциальной терапии на *ранних стадиях лечения* после купирования острых проявлений психоза, что обеспечивает наиболее благоприятный прогноз.

— реализация принципа партнерства — принятие пациентом и его семьей ответственности за результаты лечения, а также вовлечение пациента в лечебно-реабилитационный процесс.

Данный подход эффективен при осуществлении реабилитационного процесса как в стационарных, так и амбулаторных условиях у пациентов с эндогенными психическими расстройствами (Гусева О. В., Еричев А. Н., Коцюбинский А. П., 2018).

Включение в клиническую методологию функционального диагноза предполагает его использование как в полном (прежде всего — при проведении научных исследований), так и в редуцированном виде, ориентируясь в этом случае только на результирующие характеристики и интегративные показатели функционального диагноза.

## **ГЛАВА 2. Особенности внутрибригадного взаимодействия членов терапевтической бригады**

В условиях психиатрической службы нашей страны, — подчеркивают И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова (2004), — «вероятно, наиболее целесообразно возложение лидерских функций на врача-психиатра. 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, отмечают эти авторы, представляет серьезную проблему не только в нашей стране и «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, которые должны обладать исчерпывающей информацией о государственных, общественных и частных учреждениях, оказывающих помощь пациентам, страдающим психическими расстройствами, и технике ее получения. Кроме того, эти специалисты

занимаются изучением условий жизни семей с такими пациентами и предоставлением им соответствующей помощи.

В то же время, как отмечают В. С. Ястребов с коллегами (2008), 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. В связи с этим указывается, что члены бригады должны придерживаться таких форм поведения, чтобы расходящиеся взгляды не вели к конфликтам и разделению ответственности (Гурович И. Я. и др., 2004).

Выявлен ряд факторов, требующих специального обсуждения и учета при организации работы междисциплинарной бригады.

В случае отсутствия контакта и сотрудничества между специалистами помогающих профессий, характер складывающихся внутрибригадных взаимоотношений фактически тяготеет к воспроизводству дезадаптивных «треугольников», которые наблюдаются в семьях пациентов (рис. 1).

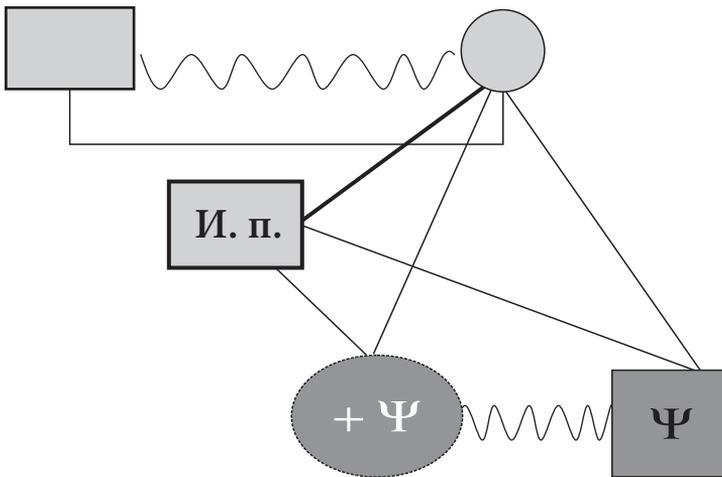


Рис.1. Конкурентное взаимодействие специалистов (И.п. — носитель симптома семейной дисфункции; + Ψ — врач-психиатр; Ψ — врач-психотерапевт)

Примеры подобных неадаптивных взаимодействий достаточно многочисленны (Медведев С. Э., Бутома Б. Г., 2016; Медведев С. Э и др., 2016). Отмечаются следующие примеры изоформного воспроизведения неадаптивных взаимодействий («подводные камни») в работе междисциплинарной бригады:

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

2) «реактивное направление» пациента от психиатра к психотерапевту (исключение собственного участия в биопсихосоциальной терапии конкретного пациента) вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом и его семьей;

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

В связи с этим с самого начала работы необходимо выработать определенные «корпоративные» положения. Прежде всего, оказалось необходимым проведение «внутрибригадных» дестигматизирующих мероприятий, связанных с преодолением психофобической стигмы, как и других «ловушек нейтральности» (Варга А. Я., 2017), имеющих у «помогающих специалистов» (членов профессиональной бригады), что дало возможность супервизии, личной психотерапии и бригадному обсуждению конкретных случаев.

Современные тенденции развития психиатрии, направленные на смещение акцентов в лечении и реабилитации на внебольничные формы помощи, расширение круга специалистов службы психического здоровья и углубление взаимопонимания между ними, создание интегративных (биопсихосоциальных) психологических подходов к терапии, адаптированных к индивидуальным нуждам пациента и этапам заболевания, а также повышение уровня информированности населения в вопросах психопрофилактики и психогигиены дают обоснованную надежду на достойное противостояние тенденции роста психопатологии среди населения и предотвращению явлений стигматизации в отношении пациентов, страдающих психическими расстройствами (Коцюбинский А. П. и др., 2016; Лутова Н. Б. и др., 2016; Медведев С. Э., Бутома Б. Г., 2016).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, целостный (холистический) подход является базовой концепцией для дальнейшего совершенствования психиатрической помощи, основанной на перераспределении приоритетов в объеме различных ее видов с преимущественным развитием, помимо стационарных, также стационарозамещающих и внебольничных организационных форм, что, в случае их осуществления на единой территории, увеличивает доверие к психиатрической службе, позволяет избежать «шока выписки из стационара», осуществляя плавный переход «больница (клиника) — полустационар — дом», и способствует тем самым в дальнейшем раннему обращению в случае рецидива психического расстройства к врачу, началу лечения и профилактике инвалидизации, а также оптимальной ресоциализации пациентов (Краснов В. Н. и др., 2007; Краснов В. Н., 2011; Kety S. S. et al., 1968) что делает необходимым создание новых организационных форм реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами (Коцюбинский А. П. и др., 2013; Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., 2017; Коцюбинский А. П. и др., 2017, 2018), в том числе внедиспансерных психопрофилактических учреждений.

Комплексный учет биологических, психологических, социальных и функциональных характеристик состояния человека позволяет 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. Это позволяет рассматривать холистический диагностический подход в русле гармоничного сочетания естественнонаучных и гуманистических тенденций современного этапа развития психиатрии.

Использование при этом подходе междисциплинарной бригады (в которой основой всего являются коммуникации и взаимодействие между ее членами, каждый из которых способен привнести собственный эффективный вклад в «общую копилку» предоставляемых услуг) наилучшим образом обеспечивает более интегрированный подход к оказанию помощи пациенту.

Такая структура бригадной формы помощи способствует использованию системного (целостного) 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*» (Ястребов В. С. и др., 2008), 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.

### Список литературы

1. Беляева Г. Г., Тарасова Л. А. Междисциплинарная интеграция как организационная форма новых технологий промышленной психиатрии. Российский психиатрический журнал. 2000; 5: 32–35.
2. Варга А. Я. Введение в системную семейную психотерапию. СПб.: Когито-Центр. 2017; 182 с.
3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова А. Б. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД «Медпрактика-М», 2004; 492 с.
4. Гусева О. В., Еричев А. Н., Коцюбинский А. П. Особенности психотерапии при расстройствах шизофренического спектра. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций. Сост. Н. В. Семенова; под общей ред. Н. Г. Незнанова. СПб.: ИПК «КОСТА», 2018; 309–343.
5. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Изд-во СПб НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998; 256 с.
6. Карнышев А. Д. Изоморфизм как естественный и психологический феномен и его влияние на гармонию отношений человека с окружающим миром. Известия Иркутского Государственного университета. Серия «Психология». 2014; 10: 2–15.
7. Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб.: Гиппократ+, 2004; 336 с.

8. Коцюбинский А. П., Зайцев В. В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2004; 1(1): 7–10.
9. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Еричев А. Н. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране за рубежом. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2013; 1: 6–15.
10. Коцюбинский А. П. и др. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А. П. Коцюбинского. СПб.: СпецЛит, 2015; 495 с.
11. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Медведев С. Э., Степанова А. В. Системные аспекты дестигматизации в психиатрии. Вестник психотерапии. 2016; 60(65): 74–87.
12. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г. Новая организационная форма реабилитации психически больных. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017; 1(94): 69–75.
13. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Медведев С. Э., Лутова Н. Б., Сорокин М. Ю. Экологически ориентированный подход к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой (сообщение 1). Социальная и клиническая психиатрия. 2017; 27(4): 5–9.
14. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Медведев С. Э., Лутова Н. Б., Сорокин М. Ю. Экологически ориентированный подход к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой (сообщение 2). Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 28(1): 5–9.
15. Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство. М., 2007; 260 с.
16. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011; 432 с.
17. Лутова Н. Б., Сорокин М. Ю., Петрова Ю. И., Вид В. Д. Структура психиатрической стигмы в наши дни. Психическое здоровье. 2016 (а); 8: 44–50.
18. Медведев С. Э., Бутома Б. Г. Практика применения биопсихосоциального подхода в лечении и реабилитации пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III / под ред. О. В. Лиманкина, С. В. Бабина. СПб.: Таро, 2016; 162–168.
19. Медведев С. Э., Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Задонская О. Ю. Место системной психотерапии в полипрофессиональном комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при расстройствах шизофренического спектра. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2016; 3: 10–15.
20. Незнанов Н. Г., Акименко М. А., Коцюбинский А. П. Школа В. М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб.: ВВМ, 2007; 248 с.
21. Незнанов Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма — новые тенденции и старые проблемы. Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т. / под ред. О. В. Лиманкина. СПб., 2009; 1: 32–36.
22. Незнанов Н. Г., Акименко М. А., Коцюбинский А. П. Значение школы В. М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013; 1(76): 77–82.
23. Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Мазо Г. Э. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода. Часть 1. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 28(3): 5–11.
24. Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Мазо Г. Э. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода. Часть 2. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 29(4): 54–60.
25. Первый В. С., Сухой В. Ф., Гриневич Е. Г., Маркова М. В. Справочник невротических расстройств. Ростов-на-Дону: Феникс, 2012; 637 с.

26. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / А. Б. Холмогорова. М., 2006; 53 с.
27. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солозина Т. А. и др. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации. Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2008; 6: 4–10.
28. Engel G. L. Biopsychosocial model and medical education: who are to be the teacher? N. Eng. Journ. Med. 1982; 306: 802–805.
29. Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, 1998: 773.
30. Kety S. S., Rosenthal D., Wender P. H., Schulsinger F. The type and prevalence of mental illness in the biologic and adoptive families of adopted schizophrenics. The transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press Ltd. 1968: 345–362.
31. Latimer E. A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. Can. J. Psychiatry. 1999; 44(5): 443–454.
32. McClain T., O'Sullivan P. S., Clardy J. A. Biopsychosocial Formulation: Recognizing Educational Shortcomings. Academic Psychiatry. 2004; 28: 2. Summer.