

ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДОЙ. СООБЩЕНИЕ 1

А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, С.Э. Медведев, Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии имени В.М. Бехтерева»*

Методологически обоснованная система многомерной (холистической) диагностики, включающей дифференцированное рассмотрение биологического, психологического, социального и функционального диагноза, которая позволяет оперативно определить в рамках бригадной формы работы как врачебную стратегию, так и программу психокоррекционных психологических воздействий и социотерапевтических мероприятий, в имеющейся литературе отсутствует. Сказанное позволяет судить об актуальности предпринимаемого исследования, отражающего потребность как в теоретическом осмыслении представлений о психических расстройствах, так и насущную потребность врачей-практиков в многомерном («стереоскопическом») понимании психических расстройств, что предопределяет совершенствование содержания, форм и методов бригадной работы с больными. В рамках таких общих представлений необходима дальнейшая разработка отдельных значимых «узлов» холистического подхода. Разработка такого инструмента позволяет оптимизировать программу терапии и осуществить фундаментальное исследование влияния совокупности различных психопатологических, личностных и социальных факторов (в частности, экологии внутрисемейных коммуникаций) на характер и уровень формирующихся у пациентов адаптационно-компенсаторных стратегий, определяющих, в конечном счете, их функциональные возможности.

В данном разделе статьи мы бы хотели привести ряд дефиниций, поскольку, на наш взгляд, в современной литературе, посвященной биопсихосоциальному подходу, они используются недостаточно точно. Кроме того, результаты, проводимых исследований, описываемых в статье, привели к необходимости уточнения указанных дефиниций.

Холистический подход основывается на биопсихосоциальных представлениях о природе психи-

ческих расстройств и предполагает постановку биологического, психологического, социального и функционального диагнозов, что позволяет разработать действенную программу персонализированной терапии каждого пациента и использовать не только индивидуализировано обоснованные психофармакотерапевтические препараты, но также различные виды психотерапевтических интервенций и социотерапевтических мероприятий, базирующихся на адекватном соотношении разных форм специализированной медицинской помощи в зависимости от этапов течения психических расстройств [1, 10, 14, 15].

При холистическом подходе соотношения биологического, психологического и социального «предстают более полными и многогранными, как реципрокные, взаимодействующие и взаимосодействующие развитию психического заболевания» [17].

В последние годы предпринимаются попытки подмены биопсихосоциальной концепции представлениями о биопсихосоциодуховной природе психических расстройств [19, 20].

Бригадная форма работы. Терапевтическая деятельность полипрофессиональных бригад считается одной из наиболее эффективных форм работы с психически больными [4]. Бригады обеспечивают тесную координацию между различными дисциплинами и позволяют рационально распределить усилия разных специалистов – психиатров, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер. Модель междисциплинарной бригады базируется на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами, относящимися к разным, хотя и связанным дисциплинам с подчинением общей пациент-обусловленной цели [35]. Цель бригады – обеспечение психически больного специализированной помощью на основе единого понимания

целей и задач лечения на основании нужд больного, с учетом имеющихся у него ресурсов.

Это предопределяет необходимость рассмотрения членами бригады установок и ожиданий пациентов, в частности, наличия у них сниженной приверженности лечению, стигматизации, нежелательных эффектов терапии, а также дисфункциональных убеждений, представлений о собственной неэффективности и неуспешности деятельности и пр. [5, 29].

В то же время взаимодействие психиатрических, психотерапевтических, психологических и социальных служб представляет серьезную проблему не только в нашей стране. Тем более важным представляется, чтобы специалисты полипрофессиональной бригады, начиная работать в психиатрических учреждениях, были изначально нацелены на продуктивную работу, ясно представляя свои цели, задачи и возможности, существующие для их реализации. Такая ситуация предполагает определение и решение связанных с нею круга проблем (организационных, нормативно-правовых, бюрократических, лечебно-диагностических, реабилитационных и др). Все это, разумеется, требует существенного изменения в штатном расписании, особенно в отношении психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. Эта задача, как отмечают И.Г.Гурович, А.Б.Шмуклер и Я.А.Сторожакова [4], «вряд ли может быть решена повсеместно в короткое время. Ее решение во многом будет зависеть от насыщения имеющихся вакантных ставок существующими специалистами».

Функциональный диагноз – целостная характеристика функциональных особенностей больного и его потенциальных адаптационно-компенсаторных возможностей с учетом самоощущения пациента, его ожиданий и пожеланий относительно своего здоровья и жизнедеятельности. В целостной адаптационно-компенсаторной характеристике функционального диагноза выделяют определяющие её три различные формы: клинико-биологическую, психологическую и социальную. В связи с этим функциональный диагноз описывается в рамках триединого подхода и предусматривает дифференцированную оценку трех блоков, каждый из которых формулируется в присущих ему диагностических категориях: клинико-биологических, психологических и социальных. Характеристики клинико-биологического блока функционального диагноза направлены на фиксацию особенностей биологической адаптации (динамики заболевания у конкретного пациента), что определяет стратегию в отношении клинического прогноза и направления психофармакологического воздействия. Параметры психологического блока функционального диагноза ориентированы на уточнение психологической адаптации (психологической защиты, копинга и внутренней картины болезни), а также на ряд характеристик пациента, особенности функционирования психодинамиче-

ских личностных механизмов, его внутренние и внешние конфликты, что в совокупности определяет направленность психокоррекционных воздействий. В социальном блоке функционального диагноза фиксируются особенности социальной адаптации, а именно – социального статуса больного и имеющихся у него психосоциальных проблем, а также наличествующих у него ресурсов для социальной поддержки (со стороны семьи и внесемейного окружения). Значимость вышеперечисленных адаптационных характеристик трех блоков функционального диагноза основана и на том, что они могут служить надежными индикаторами эффективности терапевтических вмешательств, позволяя конструктивно рассматривать и оценивать современные программы реабилитации и ресоциализации психически больных [8, 22, 24, 39, 41].

Анализ полученных данных, в конечном счете, и становится «полем деятельности» для членов полипрофессиональной бригады, определяя объем и особенности необходимых социотерапевтических мероприятий. Благодаря такой модели каждый из членов бригады отчетливо видит свои задачи в предоставлении персонализированной помощи для достижения общей цели – максимального восстановления больного. В противном случае работа бригады превращается либо в набор не связанных единой целью социотерапевтических мероприятий, порождая конкуренцию и напряжение среди специалистов, или в назначение «общих» для всех пациентов занятий, не позволяющих решать конкретные задачи отдельно взятого пациента.

Помимо необходимости оценки вышеперечисленных блоков функционального диагноза важными аспектами, оказывающими серьезное влияние на планирование и эффективность проведения реабилитационных мероприятий у больных эндогенными психическими расстройствами, являются: оценка социальной компетенции больного, уровень его медикаментозного комплаенса, особенности мотивации к лечению и проблема стигмы.

Социальная компетенция пациента представляет собой имеющиеся у индивидуума потенциальные способности к эффективному взаимодействию с социальной средой [42], способность и готовность, на основании совокупности знаний, умений и способов деятельности, к разрешению теоретических и практических задач, реализации личностью жизненных планов, соотносимых с потребностями общества.

Современные научные представления отдают приоритет адаптационно-компенсаторной теории эндогенных психозов, предполагающей взаимодействие между специфической (в отношении психических расстройств) уязвимостью индивида, стрессорными воздействиями среды и объемом индивидуальных и социальных ресурсов, позволяющих устранять или компенсировать развивающиеся после манифестации заболевания нарушения. Таким

образом, «участниками» патологического процесса являются три составляющие: 1) психобиологическая уязвимость; 2) психологические ресурсы, определяющие объем усвоенных пациентами в процессе их индивидуального развития способов реагирования на различные стрессовые ситуации; 3) социальные ресурсы, определяющие уровень стрессогенности (агрессивности/протективности) окружающей среды. Соотношение индивидуальных и социальных ресурсов, противодействующих биологическим детерминантам заболевания, определяет возможность устранения или компенсации развивающихся болезненных нарушений. Не описывая подробно психотерапевтические интервенции, применяемые в рамках биопсихосоциальной реабилитации психически больных, остановимся на новом и перспективном психотерапевтическом подходе – системной семейной психотерапии.

Медикаментозный комплаенс – проблема согласия и следования больным лечебным назначениям, предписанным врачом [11, 12]. Одним из важнейших параметров, предопределяющих эффективность лечения и возможность проведения социотерапевтических мероприятий, направленных на максимально возможное улучшение личного и социального статуса пациента является соблюдение им режима приема лекарств, назначенных врачом – то, что в литературе обозначается как медикаментозный комплаенс. Активное изучение феномена комплаенса в психиатрии обусловлено как высоким уровнем распространенности нарушений больными режима приема лекарств, так и тяжелыми последствиями нарушений. Некомплаентные больные чаще госпитализируются в связи с обострениями, ухудшается течение и прогноз их заболевания, среди них наблюдается рост первичной инвалидизации, что приводит к значительным финансовым затратам на лечение [11]. В связи с этим современная парадигма оказания психиатрической помощи во всем мире направлена на последовательное долгосрочное лечение больных преимущественно не в стационарных, а в амбулаторных условиях.

Таким образом, проблема формирования и поддержания высокого уровня медикаментозного комплаенса должна находиться «в поле зрения» всех членов полипрофессиональной бригады на всем протяжении лечения и реабилитации больного.

Еще одним важным критерием эффективности использования возможностей полипрофессиональной бригады является параметр.

Системная семейная психотерапия – первый в нашей стране вариант психотерапевтической модели, основанный на общей теории систем [44, 45], а в психиатрии концептуально сформулированный на материале семей больных шизофренией [2, 3, 28].

Идентифицированный пациент – член семьи, отклоняющееся поведение которого является непосредственным поводом обращения семьи к психоте-

рапевту. «Идентифицированный пациент или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения ею гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом [13, 18, 21, 23, 25, 26].

Стигматизация. Стигма и ее эффекты проявляются в двух формах: внешней стигмы и самостигматизации. Внешняя стигма – это негативное выделение обществом индивидуума или социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной группы) [7, 9]. Существующая и воздействующая на психически больного цепь стереотипов, предубеждений и дискриминации со стороны социума вызывает реакцию со стороны людей, имеющих психические расстройства, формируя личностный ответ в виде самостигматизации. В.G.Link считал, что самостигматизация это деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя статуса, который приводит к трансформации социальной и личностной идентичности больного в связи с принятием им роли больного [36]. Поведенческие последствия самостигматизации проявляются в том, что люди начинают избегать ситуаций, где бы они могли почувствовать неуважение к себе. Люди, которые согласны с социальной стигмой, чувствуют себя недостойными и неспособными к достижению целей. Многочисленные исследования в качестве негативных последствий указывают на то, что внутренняя стигма способствует прекращению или откладыванию лечения, ухудшает процесс выздоровления; самостигматизация ассоциирована с возрастанием остроты психопатологической симптоматики – позитивной, негативной, депрессивной, снижением сознания болезни, уровнем социального функционирования и функции внимания [33, 37, 38, 43, 46].

Дестигматизация – это восстановление членами стигматизированных групп своих гражданских прав, утраченных в связи с самостигматизацией и внешней стигматизацией [6, 7].

Мотивация к лечению. Сложность проблемы мотивации к лечению заключается в том, что, казалось бы, естественное желание человека избавиться от болезни, приложив для этого определенные усилия, на практике не всегда реализуется. З.Фрейд никогда не говорил о воле больного к выздоровлению, подчеркивая нужду в выздоровлении, обозначенную им словом *Leidensdruck* (давление страданием). Однако, даже субъективно воспринимаемое страдание и декларированная больными мотивация к лечению не гарантируют успех терапии. Представляется целесообразным понимать мотивацию как сумму взаимодействия нескольких мотивов, которые могут формироваться на базе одной или нескольких, осознаваемых или не осознаваемых потребностей

Субъект планируемого действия оценивает исходные условия, на основании накопленного опыта и сформированных установок, в ходе анализа условий и прогнозирования поведения, человек формирует план действия. Реализация плана находится в динамическом взаимодействии с ожиданиями и корректируется по ходу его выполнения для достижения поставленной цели оптимальным образом. Такая функциональная система является мотивом и способна находиться как в активном состоянии исполнения, так и в виде устойчивых диспозиций. Важной особенностью мотивационного процесса является его динамический характер, в результате чего под воздействием мощных стимулов, накопленного опыта, личностных особенностей субъекта могут редуцироваться некоторые этапы формирования мотива (динамический стереотип по Павлову, 1932). Применительно к вовлеченности больного в процесс лечения можно сказать, что здесь мотивацией является побуждение личности, ее заинтересованность включиться в процесс лечения, продолжить участвовать в нем и быть приверженным определенной стратегии изменения поведения, связанного с болезнью [27].

Экология семейных отношений. Общая теория систем позволяет рассматривать семью как систему, состоящую из внутренних элементов, которые взаимодействуют с окружением как целое [34]. Семейные отношения состоят из взаимосвязанных элементов, функционирующих совместно для достижения общей цели. Длительные изменения и взаимодействия между элементами системы (физическое состояние индивидуума, социальное окружение, семейная организация, окружающая среда и т.д.) приводят к необходимости адаптации каждого элемента данной системы к изменившимся условиям [40, 42].

U. Bronfenbrenner [30], как один из основателей экологического подхода в семейных отношениях, рассматривает их с точки зрения индивидуального развития личности и выделяет 4 уровня: микро-систему, мезосистему, экосистему и макросистему. Подробные описания этих систем были даны в последующих работах автора [31, 32]. Аналогичные подходы разрабатывались и в отношении семьи, где в основу были положены не особенности развития индивидуума, а взаимодействие между членами семьи и другими элементами экосистемы (социальные, экономические, культурные) [40].

ЛИТЕРАТУРА

1. Аутохтонные непсихотические расстройства / Под ред. А.П. Коцюбинского. СпецЛит. 2015. 495 с.
2. Бейтсон Г. Экология разума: избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии: пер. с англ. М.: Смысл. 2000. 476 с.
3. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. М.: Когито-центр. 2009. 182 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД «Медпрактика-М», 2004. 492 с.
5. Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А.П. Когнитивно-поведенческая терапия больных с параноидным бредом // Российский психиатрический журнал. 2011. № 4. С. 45-50.
6. Кнуф А., Эпов Л.Ю. Стигма: теория и практика // Знание, понимание, умение. 2006. № 3. С. 116-122.
7. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 3. С. 9-13.
8. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2004. Т.1, № 1. С. 7-10.
9. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Степанова А.В. Системные аспекты дестигматизации в психиатрии // Вестник психотерапии. 2016. № 60. С. 74-87.
10. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство. М., 2007. 260 с.
11. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Взаимосвязь терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012. № 4. С. 59- 63.
12. Лутова Н.Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: Автореф. дисс. док мед.наук. СПб, 2013.
13. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. Пер. с англ. А.Д. Иорданского. М.: Независимая фирма «Класс». 1998. 304 с.
14. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Школа В.М. Бехтерева от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб.: ВВМ, 2007. 248 с.
15. 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. С. 77-81.
16. Общая психология / Под ред. А.В. Петровского. Том 1. М.: ПЕР СЭ, 2005. 251 с.
17. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 182 с.
18. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи: традиции и современное состояние / Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская, И.В. Добряков и др. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. N. 6 (29) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.rj> (дата обращения: 02. 10. 2015).
19. Сидоров П.И. Экология ментальных эпидемий // Экология человека. 2015. №6. С. 33-49.
20. Сидоров П.И., Совершаева Е.П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ментальных эпидемий психосоматозов // Экология человека. 2015. №10. С. 18-26.
21. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика / Под ред. К.Бейкер, А.Я.Варга. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с.
22. Функциональный диагноз в психиатрии / А.П. Коцюбинский, Н.С.Шейнина, Г.В. Бурковский, Т.А.Аристова, Б.Г.Бутома СПб.: СпецЛит. 2013. 231 с.
23. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. 3-е изд., испр. и доп. М.: Класс, 2010. 208 с.
24. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И.Скорик, И.О.Аксенова, Н.С.Шейнина, В.В.Зайцев, Т.А.Аристова, Г.В.Бурковский, Б.Г.Бутома, А.А.Чумаченко. СПб.: Гиппократ+, 2004, 336 с.
25. Шлиппе А. фон, Швайтцер Й. Системные интервенции. СПб.: Издательство Вернера Регена. Немецкая школа коучинга и медиации. Gera: VWR-Verlag. 2013. 184 с.
26. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-изд. СПб.: Питер. 2008. 672 с.
27. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2009. № 6. С. 60-69.
28. Bateson G. et al. Towards a theory of schizophrenia// Behav. Science. 1956. N. 1. P. 251-264.
29. Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P. Schizophrenia: Cognitive Theory, Research and Therapy. N.Y. The Guilford Press, 2008. 420 p.
30. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory // Ann. Child Development. 1989. Vol. 6. P. 187-224.
31. Bronfenbrenner U. The Ecology of Cognitive Development: Research Model and Fugitive Findings // Thinking in Context / R.H.Wozniak, K.Fisher (Eds.). Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, 1993. P. 37-43.

32. Bronfenbrenner U. Ecological Model of Human Development // International Encyclopedia of Education. 1994. Vol.3. 2nd Ed. Elsevier Science, Ltd, Oxford, England. P.1643–1647.
33. Fung K.M., Tsang H.W., Corrigan P.W., Lam C.S., Cheung W.M. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery // Inter. J. Soc. Psychiatr. 2007. Vol. 53, N 5. P. 408–418.
34. Human Ecology Theory - The Family As A System // [Электронный ресурс]. – http://family.jrank.org/pages/820/Human-Ecology-Theory-Family-System.html (дата обращения: 15.08.2017).
35. Latimer E.A. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature // Can. J. Psychiatr. 1999. Vol. 44. P. 443–454.
36. Link B.G., Struening E.L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan Jo.C. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses // Psychiatr. Serv. 2001. Vol. 52, N 12. P. 1621–1626.
37. Lysaker P.H., Davis L.W., Warman D.M., Strasburger A., Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Association across 6 month // Psychiatry Res. 2007. Vol. 149, N 1–3. P. 89–95.
38. Mak W., Wu C. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia // Psychiatr. Serv. 2006. Vol. 57, N 12. P. 1800–1802.
39. Misdrahi D., Verdoux H., Lancon C., Bayle F. The 4-Point ordinal alliance self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health // Compr. Psychiatry. 2009. N. 50. P. 181–185.
40. Paulucci B., Hall O.A., Axinn N. Family Decision Making: A Ecosystem Approach. N.Y.: John Wiley @ Son Inc. 1977. 204 p.
41. Practice Guide for Treatment of Patient with Schizophrenia. APA, 2004 (original publication). 2010 (copyright). 116 p.
42. Rodgers B.E. An Ecological Approach to Understanding the Stigma Associated with Receiving Mental Health Services: The Role of Social Proximity – Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, Blacksburg, Virginia. 2009. 120 p.
43. Stengler-Wenzke K., Beck M., Holzinger A., Angermeyer M.C. Stigmaerfahrungen von Patienten mit Zwangserkrankungen // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2004. Bd. 72(1). S. 7–13.
44. von Bertalanffy L. General System Theory: Foundations, Developmental, Applications. University of Alberta, Edmond, Canada: George Brazziler, New York, 1968. 286 p.
45. von Bertalanffy L. The History and Status of General Systems Theory // Acad. Manag. J., General Systems Theory 1972. Vol. 15, N 4. P. 407–426.
46. Yanos P.T., Roe D., Markus K., Lysaker P.H. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders // Psychiatric Serv. 2008. Vol. 59, N 12. P. 1437–1442.

ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДОЙ/ СООБЩЕНИЕ 1

А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, С.Э. Медведев, Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин

В статье обозначены теоретические аспекты применения биопсихосоциального подхода в психиатрии, в том числе показана недопустимость предлагаемого некоторыми авторами его специального дополнения так называемой «духовной» составляющей. Показано, что биопсихосоциальная концепция является базой для экологически ориентированного подхода к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой. Приведены

основные определения и понятия.

Ключевые слова: бригадная форма работы, психические расстройства, холистический подход, биологический диагноз, психологический диагноз, социальный диагноз, функциональный диагноз, мотивация к лечению, комплаенс, психотерапия, системная семейная терапия, экология семейных отношений, социотерапия, психофармакотерапия.

ECOLOGICALLY ORIENTED APPROACH TO REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS HANDLED BY A MULTIDISCIPLINARY TEAM (PAPER 1)

A.P. Kotsyubinsky, B.G. Boutoma, S.E. Medvedev, N.B. Loutova, M.Yu. Sorokin

The article draws attention to theoretical aspects of using biopsychosocial approach in psychiatry and emphasizes unacceptability of additional so called ‘spiritual’ constituent proposed by some authors. The authors show that the biopsychosocial concept forms the basis for ecologically oriented approach to rehabilitation of mental patients handled by a multidisciplinary

team. The article contains major definitions and descriptions.

Key words: teamwork, mental disorders, holistic approach, biological diagnosis, psychological diagnosis, social diagnosis, functional diagnosis, motivation to treatment, compliance, psychotherapy, system family therapy, ecology of partner relations, sociotherapy, psychopharmacotherapy.

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

Бутома Борис Георгиевич – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева»; e-mail: butbor08@gmail.com

Медведев Сергей Эрнстович – кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева»; e-mail: sem2001@bk.ru

Лутова Наталия Борисовна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармакопсихотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева»; e-mail: lutova@mail.ru

Сорокин Михаил Юрьевич – младший научный сотрудник отделения интегративной фармакопсихотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева»; e-mail: m.sorokin@list.ru