

*В.А. Абрамов, С.Г. Пырков, Е.М. Выговская, О.Н. Голоденко*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПАРАДИГМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: парадигма деинституционализации, юридическая, биомедицинская, ценностно-гуманистическая, интегративная, личностно-ориентированная

В современных условиях процесс оказания психиатрической помощи должен основываться на общепринятой парадигме и научно обоснованной концептуальной базе. Парадигма определяется как система теоретических и методологических предпосылок, на которых базируется соответствующая деятельность. В таком по-

нимании, как отмечают В. Б. Первомайский и соавт. (2003), парадигма современной психиатрии еще далека от своего полного оформления.

Существует множество мировоззренческих подходов к пониманию психиатрической проблематики. Основные из них представлены на рис. 1.



**Рис. 1** Мировоззренческие подходы к пониманию психиатрической проблематики

**Юридическая парадигма.** Юридическая парадигма в психиатрии (парадигма юридического контроля над оказанием психиатрической помощи) находит опору в понятиях законности и защиты прав пациента. Изоляция, принуждение, недобровольное лечение, физическое ограничение, дискриминация, любые другие формы унижения человеческого достоинства пациента – всё это подлежит правовой оценке и регуляции с помощью юридических механизмов. Однако эта парадигма не в состоянии устранить базового противоречия психиатрической помощи – «защитить окружающих, не навредив пациенту». Защита общества от возможных посягательств и неадекватных действий лиц с психическими расстройствами нередко превращается в главный принцип оказания психиатрической помощи и «дамклов меч» для жизнедеятельности больного вопреки законодательно ус-

тановленному приоритету соблюдения свобод и законных интересов человека и фундаментального права жить той жизнью, которую он для себя изберёт. Необоснованные изоляция и принуждение, а также стигматизация и дискриминация пациентов, продолжающие оставаться обязательными компонентами психиатрической помощи, представляют главную опасность для будущего психиатрии как медицинской специальности.

**Биомедицинская парадигма.** Основой биомедицинской (научной, естественнонаучной) парадигмы является концепция доказательной медицины или научно-обоснованной клинической практики. Однако реализация такого подхода в психиатрии существенно затрудняется из-за отсутствия чётких представлений о содержании понятия «психическая норма» и закономерностях психической деятельности здорового чело-

века, что делает методологически некорректным идентификацию психопатологических феноменов и лежащих в их основе механизмов.

Биомедицинская модель психиатрической помощи ориентирована на генетические и клинико-биологические составляющие психического расстройства, которое определяется (диагностируется) на основе конкретных клинических критериев и симптомов. Ее цель – устранение или «смягчение» психопатологических симптомов (улучшение психического состояния), достижение ремиссии продуктивных симптомов, предупреждение рецидивов заболевания и социально опасных действий больных. Терапевтические подходы в рамках этой модели – это приоритетное использование психофармакотерапевтических средств и методов, которые при отсутствии четких данных о патогенезе большинства психических расстройств можно рассматривать как симптоматическое паллиативное лечение.

С другой стороны, биомедицинская модель психиатрической помощи – это рутинный («cook-book») подход к лечебно-диагностическому процессу, не позволяющий индивидуализировать оказание медицинской помощи, учесть все составляющие психического расстройства, и в тоже время оказывающий значительное влияние на современное законодательство и социальную (преимущественно патерналистическую) политику в области психического здоровья. Эта традиционная модель психиатрической помощи: 1) не учитывает ни одного из критериев психического здоровья ВОЗ; 2) содержит предпосылки для медикализации любых проблем психического здоровья и личности пациента с высоким риском превращения его в объект психиатрического вмешательства; 3) не выходит за рамки идентификации психического расстройства как «совокупности психопатологических симптомов»; 4) не содержит личностно-ориентированных ценностно-гуманистических аспектов, декларируемых Законом Украины о психиатрической помощи (ориентирована на болезнь, а не на больного); 5) не содержит необходимых предпосылок для осуществления реабилитационной пациент-центрированной деятельности и возвращения пациенту психического здоровья, соответствующего критериям ВОЗ; 6) сопровождается высоким риском стигматизации, дискриминации, социальных ограничений и социального отторжения больного; 7) рассчитана только на симптоматическое восстановление и не затрагивает других составляющих психического расстройства.

Таким образом, традиционные подходы к оказанию психиатрической помощи, ограниченные медицинской парадигмой, не входят ни в число методов доказательной медицины, основанных на научных фактах или экспериментальных исследованиях, ни в число личностно-ориентированных ценностно-гуманистических методов. Такая помощь на самом деле основана на принципах диагностического, классификационного и терапевтического консенсуса, имеющего самую низкую степень доказательности и высокий риск профессиональных ошибок.

Кроме того, биомедицинская модель психиатрической помощи, как правило, не учитывает совокупность позитивных аспектов здоровья – адаптивное функционирование, экзистенциальные параметры личностной направленности (цели и смысл жизни, ответственность и свобода выбора, передача и прием полномочий по управлению болезнью), поддержка, качество жизни, личностное достоинство, которые являются основой для укрепления здоровья [1]. Неспособность осознать человеческое достоинство больных психическими расстройствами, а также признать высокую ценность психического здоровья индивида и общества, выражаются в частом игнорировании личностно-центрированного подхода в психиатрии.

Ценностно-гуманистическая парадигма. Декларации этического содержания содержатся в многочисленных международных документах, в виде отдельных принципов они сформулированы в Законе Украины о психиатрической помощи. В этих документах представлены основные ценностные особенности психиатрического вмешательства, в частности право пациента на: 1) получение безопасной и соответствующей современному уровню научных знаний психиатрической помощи, эффективность которой доказана; 2) гуманное отношение, исключающее унижение чести и достоинства человека. К сожалению, в реальной клинической практике эти принципы не выходят за рамки декларации, они не включены в клинические протоколы, а, следовательно, не являются обязательными и поэтому далеко не в полной мере реализуются.

Как парадигма, ценностно-гуманистический подход к пациенту с психическим расстройством не используется, не учитывается индивидуальный характер процесса выздоровления, многочисленные субъективные факторы, включая отношение самого пациента к проблемам, возникающим в связи с болезнью. Игнорирование этических подходов обычно не рассматри-

вается как недоброкачественная клиническая практика, а персонал не несёт ответственности, в частности, за причинение вреда пациенту в связи с формированием и травматическими переживаниями стигмы, как результата соответствующего психиатрического вмешательства. Это делает терпимым отношение медперсонала к дегуманизирующим эффектам психиатрической помощи и объясняет причину настороженности и нежелания людей обращаться к психиатру. Поэтому ценностно-гуманистический подход является важнейшей составляющей психиатрической помощи, а если учесть низкий терапевтический потенциал медикаментозного лечения и социальную уязвимость пациентов, то он приобретает ещё большее значение и нуждается в чёткой технологической регламентации.

Парадигма социального включения или возвращения социального гражданства. Жизнь с психической болезнью – это ещё и жизнь с сопровождающими эту болезнь серьёзными социальными потерями и невозможным дефицитом социальных возможностей и перспектив [2].

Парадигма социального включения пациента предполагает в качестве ключевого использовать понятие социального гражданства как статуса индивида, определяющего возможности его участия в жизни общества, что, по сути, означает наличие возможности участвовать в таких значимых практиках как работа, досуг, политическая и религиозная занятость, принятие решений, оформляющих или изменяющих состояние общества. В этом контексте психическое расстройство можно рассматривать как социальный конструкт, а изменение социального положения и жизненной ситуации людей, страдающих психическим заболеванием, становится возможным только в случае изменения доминирующих представлений об этих заболеваниях и тех мерах и действиях, которые нужно принять по отношению к больному.

Парадигма деинституционализации традиционно длительному пребыванию больных в психиатрических отделениях противопоставляет так называемое движение общественной психиатрии, подразумевающее долгосрочную внебольничную помощь и систему поддержки психически больных на базе специально созданных центров психического здоровья. Однако деинституционализация не ограничивается сокращением численности пациентов психиатрических больниц, а предполагает отказ от догм и стереотипов в организации и осуществлении психиатрической помощи, базирующихся на принципах

«панклинцизма» и «госпиталоцентризма». Ее сущность сводится, во-первых, к действенной персонификации отношения персонала к пациентам и лечебно-реабилитационной тактике и, во-вторых, к возможности использования разнообразных видов, условий и форм помощи в соответствии с потребностями пациента и при его активном участии в лечебном процессе.

Таким образом, в современных условиях процесс оказания психиатрической помощи не опирается на общепринятую научно обоснованную концептуальную базу. Достижения современной биологии, психологических и социальных наук, анализ взаимодействия между социальными и биологическими детерминантами поведения делает актуальным преодоление как односторонне биологических подходов в психиатрии, так и теорий, ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств. Разработка интегрированной модели, применимой к различным аспектам теоретической и практической психиатрии, задача чрезвычайно сложная, главным образом, по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих психическое состояние человека (здорового и больного). Однако недостаточная эффективность традиционно используемых в психиатрической практике психофармакологических средств (старого и нового поколения) настоятельно требует создания такой лечебно-диагностической парадигмы, которая учитывала бы весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинко-биологических детерминант.

По мнению В. И. Полтавца [3], новая парадигма в психиатрии должна предусматривать:

1. Постепенный переход от рассмотрения пациента как объекта психиатрической помощи к отношению к нему как к субъекту лечебно-реабилитационного процесса;
2. Более четкое определение содержания категории «психическое здоровье» и «психическая норма» с учетом позиции транскультурального подхода, идей толерантности и максимального внимания к индивидуальности человека;
3. Переход к пониманию психиатрической помощи не как суммы медицинских приёмов, направленных на восстановление здоровья, а как мультидисциплинарной сферы деятельности, которая имеет целью интеграцию или реинтеграцию пациента в общество.

Биопсихосоциальная парадигма. С нашей точки зрения, концептуальной и прагматической основой подхода, который удовлетворял бы этим

требованиям и обеспечивал возможность реализации реабилитационных, гуманистических и мультидисциплинарных (бригадных) технологий оказания психиатрической помощи, является биопсихосоциальная модель возникновения психических расстройств и лечения больных. Без глубокого познания, принятия и ассимилирования этой истины специалистами и организаторами здравоохранения существенно страдает качественная составляющая психиатрической помощи, направленная в этих случаях только на ослабление и контроль симптомов.

Такой системный или интегративно-аналитический подход к пониманию сущности психических расстройств, проблем пациента и оказанию эффективной психиатрической помощи – направление правомерное, теоретически целесообразное и практически оправданное. Для того, чтобы оно было реализовано в клинической практике, его следует распространить на все составляющие лечебно-диагностического процесса и теоретические основы психиатрии. Т.Б. Дмитриева и соавт. [4] считает необходимым системный подход к решению клинических проблем в их специфическом преломлении на социальном, социально-психологическом и личностном уровнях с выделением на каждом из них наиболее информативных подсистем и выяснением существующих взаимосвязей. В более упрощенном контексте польза системного подхода состоит не только в том, что «о вещах начинают мыслить упорядоченно, по известному плану, но и в том, что о них начинают мыслить вообще».

С нашей точки зрения, в настоящее время нет альтернативы интегративному пониманию патогенетической сущности психических расстройств, одновременно учитывающему биологические, психологические и социальные аспекты любого психического заболевания, в том числе, в рамках концепции нелинейного взаимного структурного сцепления между различными взаимодействующими феноменологическими областями [5]. Такое, интегративное, понимание психического расстройства («психиатрия трех измерений» по Л. Чомпи [6]) дает надежную научную основу для разработки современных многоосевых диагностических технологий, алгоритма и структуры реабилитационного диагноза, а также многовекторной медико-психологической и социальной помощи пациентам.

В частности, в рамках биопсихосоциальной модели шизофрении существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и

реабилитационном потенциале имеют адаптивно-компенсаторные механизмы. Большинство исследователей считает, что адаптация – это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой [7], а компенсация – это реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов [8]. Т.Б. Дмитриева [9] рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функции, направленной на поддержание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой. С этой точки зрения адаптацию и компенсацию можно рассматривать как составные элементы единого процесса приспособления, имея в виду способность больных приспособительно реагировать на изменения в социально-экологической среде, т.е. внутреннюю их готовность приспособляться к тем или иным условиям жизни.

Таким образом, создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни связано с представлениями о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, об уровнях психической и социальной адаптации пациента. Каждая составляющая этого комплекса характеризуется соответствующим типом системных измерений:

1. Клиническое измерение – симптомы, синдромы, диагностические категории.
2. Личностно-психологическое измерение – уровень зрелости и адаптивных ресурсов личности, особенности копинг стратегий и защитных психологических механизмов, способность совладания с симптомами болезни.
3. Социальное измерение: а) особенность социально-ролевого функционирования и приспособительного поведения пациента; б) навыки решения жизненно важных проблем; в) уровень ресурсов поддержки пациента в сообществе.

В этой плоскости предмет психиатрии может быть обозначен как нозос в системе сложных внутриличностных и межличностных отношений. В случае уже развившегося заболевания клинический прогноз определяется в значительной степени характером болезни и в меньшей степени – психологическими и психосоциальными

ми характеристиками, однако социальный прогноз обуславливают преимущественно психологические и психосоциальные характеристики. При этом, какого бы уровня и качества социальной адаптации мы не добивались, всегда следует помнить, что биологические лечебные сдвиги не являются финалом курирования больных, что на их основе может и должна быть развернута дифференцированная реабилитационная программа воздействий, позволяющая включить и использовать максимум сохраняющихся у больного компенсаторных возможностей.

Таким образом, цель психиатрической помощи в рамках биопсихосоциальной модели психиатрии не ограничивается «лечением» расстройства. Она может быть сформулирована как возвращение личности способности жить в системе социально-психологических отношений, адекватных ее оптимальным возможностям. Как предмет, так и цель психиатрии, исходящей из биопсихосоциальной модели, сопряжены с оценкой динамической системы отношений личности. Биопсихосоциальная парадигма закономерно приводит к осознанию того факта, что реальность психического расстройства не может быть полностью охвачена средствами естественнонаучной методологии и требует методологии гуманитарного познания, в частности, использования герменевтического подхода в диагностике, лечении и оценивании достигнутого результата. При этом существенно меняется понимание позиции пациента в ходе оказания психиатрической помощи – сутью вмешательства становится постепенное наделение пациента возможностями и полномочиями субъекта помощи, или процесс перехода от терапевтического субъект-объектного патернализма к оптимальным субъект-субъектным помогающим профессиям [10].

Принцип системности в психиатрии можно распространить на различные виды коммуникативного поведения и взаимоотношений между врачом и пациентом, феноменологическую трактовку психических состояний, проблемы личности, ее психической адаптации и социального функционирования, отношения пациента с окружающей средой. Не менее важным представляется использование системного (целостного) подхода при организации психиатрической помощи, проведении восстановительного лечения и медико-социальной экспертизы.

Проблема реабилитации также может быть понята в свете современных представлений о системном подходе как динамической системе

взаимосвязанных биопсихосоциальных компонентов. Рассмотрение пациента с психическим расстройством в контексте объединенной медицинской, психологической и социальной моделей является особой методологической установкой, позволяющей избежать альтернативного противопоставления социального и биологического в понимании целей и задач реабилитации. Такой подход основан на представлении о реабилитации как системе, направленной на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса больного) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, с учетом как клинко-биологических, так и психологических, а также социальных факторов [11].

Личностно-ориентированная парадигма. Интерес к целостной личности пациента обусловлен растущим значением интеграции психического здоровья в общее здоровье и практику общественного здравоохранения, а также является ответом на множество недостатков биологически ориентированной психиатрии, включая пренебрежение к нуждам реальных людей [12]. Главный ракурс этого направления предполагает использование теории, которая изучает не только болезненные, но и позитивные проявления, а также биологическую, психологическую, социальную, культурную и духовную структуру личности [13]. В контексте такого методологического фокуса адекватными представляются холистический подход к психиатрическому обслуживанию (подход к человеку как к целостной личности, как к индивиду с личными проблемами и переживаниями), а также такие основополагающие принципы реабилитации как единство биологических и психосоциальных методов воздействия и разносторонность (разноплановость) вмешательств для реализации реабилитационной программы [11]. В этой связи можно говорить о различных модулях реабилитационной стратегии, ориентированных как на клинко-биологический субстрат болезни, так и на особенности личности, и социально-ролевого функционирования пациента.

Высокая значимость проблем личности при оказании психиатрической помощи нашла отражение в институциональной программе Всемирной психиатрической ассоциации «Личностно-ориентированная психиатрия: от клинической помощи к охране общественного здоровья» (IPPP); одобренная Генеральной Ассамблеей в

2005 году, она делает центром и основной мишенью клинической помощи целостную личность пациента, взятую в контексте ее функционирования на уровне отдельного индивида и общества. Из этого вытекает необходимость использования при оказании психиатрической помощи научных и гуманистических подходов, при этом личностно-ориентированная психиатрия рассматривается как долговременная инициатива, направленная на то, чтобы инновационным образом изменить основной фокус приложения усилий в психиатрии, согласовав их с глубокой сущностью этой дисциплины.

В рамках концептуального компонента программы IPPP предусматривается интенсификация исследований позитивных аспектов здоровья и целостных особенностей личности по следующим направлениям: а) исторический подход: эволюция личностно-центрированных подходов в психиатрии; б) философский подход: глубокое обоснование здоровья и личностно-центрированной помощи; в) этический и ценностный (антистигматизационный) подход: аксиологическое вовлечение личностно-ориентированной психиатрии; г) биологический подход: генетические, молекулярные и физиологические основы личностно-ориентированной психиатрии, включающие индивидуализированное понимание болезни, здоровья и процессов помощи; д) психологический подход: феноменологические, обучающие и другие психологические основы личностно-ориентированной помощи; е) социально-культурный подход: контекстуальная структура широкого понимания здоровья и плюралистическое значение личности в медицине; ж) подход всех заинтересованных лиц (участников сферы психического здоровья): интерактивная вовлеченность в развитие и использование личностно-ориентированных концепций и методов всех заинтересованных лиц, в том числе пациентов и их родственников, специалистов и руководителей службы, представителей фармацевтической индустрии и социальных защитников.

Цель клинико-диагностического компонента IPPP заключается в разработке личностно-ориентированных интегративных диагнозов (РІД). В основе лежит концепция диагноза, определяемого как описание позитивных и негативных аспектов здоровья в их взаимодействии внутри жизненного контекста личности, включая ее достоинства, ценности и устремления. Отправной точкой развития РІД будет схема, сочетающая стандартизованные мультиосевые и лично-

стно-идеографические формулировки Международного руководства ВПА по диагностическим оценкам.

Цель терапевтического компонента IPPP заключается в том, что центральной мишенью воздействия является не болезнь (что часто делает помощь неэффективной), а совокупность позитивных аспектов здоровья (адекватное функционирование, ресурсы, благополучие, поддержка, качество жизни), а также достоинство личности, которой оказывается помощь. Дополнительный импульс от теоретического и клинического развития личностно-ориентированной психиатрии получит и деятельность, направленная на укрепление психического здоровья и профилактику психических болезней.

Необходимость совершенствования гуманистических подходов при оказании психиатрической помощи прослеживается и в Европейской декларации по охране психического здоровья, принятой в 2005 году, и в Европейском плане действий по охране психического здоровья. Среди приоритетных задач – способствование более широкому осознанию значения психического благополучия; борьба со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией больных, обеспечение защиты прав человека и человеческого достоинства, уважительные отношения к их личным предпочтениям, разработка и внедрение комплексных интегрированных систем охраны психического здоровья. Таким образом, концепция личностно-ориентированной психиатрии исходит из того, что ценность и достоинство личности должны стать важной отправной точкой действий по охране общественного здоровья. Эти идеи нашли отражение в названии 14-го Всемирного конгресса по психиатрии (Прага, 2008) «Наука и гуманизм для личностно-центрированной психиатрии», на котором продекларирована необходимость выполнения поставленных перед психиатрией задач на высоком научном, гуманистическом и этическом уровне.

Это означает, что при диагностике и терапии необходим более широкий подход с использованием данных не только клинической психиатрии и клинической психологии, но и данных социальной психологии, социологии, культурологии, этики, эстетики, педагогики. Современная стратегия деятельности психиатра должна быть основана на понимании единства естественно-научного и гуманитарного знания, на использовании всего арсенала наук о человеке. При этом нужно осознавать, что теоретическое и практическое развитие личностно-ориентиро-

ванной психиатрии вносит мощный импульс в развитие системы здравоохранения, направленной на укрепление психического здоровья, профилактику психических болезней и обеспечение эффективной и гуманной службы помощи. Личностно-ориентированная психиатрия существенно дополняет традиционную медицинскую модель психиатрической помощи, дает представление о процессе функционального восстановления больных и указывает новые направления в деятельности психиатрических служб: 1) пациент-центрированный и ценностно-ориентированный подходы с направленностью помощи на восстановление целостности личности больного, с опорой на его потребности и ценностную систему ориентаций, с оказанием помощи в продвижении за пределы системы психиатрической помощи, где пациенты могут получить значимые, социально ценные роли и самореализоваться; 2) сотрудничество с пациентом при осуществлении психиатрической помощи, партнерские отношения «врач-пациент»; 3) предоставление пациенту возможности выбирать свои цели, способы их достижения и специалистов лечебных учреждений; 4) доступность получения психиатрической помощи (быстрый доступ в медицинские учреждения, доступная связь со специалистами); 5) обязательная реабилитационная работа с коррекцией личностной направленности больных (цели, ценности, установки, мировоззрение, оптимизм, надежда на будущее) и экзистенциальных данностей (смысла опыта психоза и смысла жизни в целом, свободы выбора, принятия решений, ответственности и т. д.); б) формирование активной позиции пациента, передача ему полномочий по самоуправлению своей болезнью, взятию на себя ответственности за свою жизнь; 7) фокусировка на сообщество (подготовка пациента к жизни в обществе, присоединение поддержки близких).

Личностно-ориентированные подходы при взаимодействии с пациентами оперируют терминами и понятиями, не совсем привычными для практической психиатрической деятельности, функционирующей в рамках традиционной медицинской модели. Используемая в рамках гуманистического ключа терминология (ценностная ориентация, личностный смысл, личностный процесс, само- и взаимопомощь, сильные стороны личности, свобода выбора, дистресс, ответственность, самоуправление болезнью, передача полномочий пациенту), обладает сама по себе терапевтическим эффектом, способствует и укрепляет процесс функционального вос-

становления личности больных психозами.

Оказание помощи, центрированной на пациенте, опирается на такие понятия, как самость (самоидентичность) – представление о себе, восприятие собственного сознания как самоидентичного, а себя самого – как уникальной, онтологически целостной и самостоятельной личности; условие ценности самого себя, связанное с правильной оценкой себя и своих возможностей; признание важности познания себя через социальные отношения.

Пациент-центрированный подход при оказании психиатрической помощи базируется на следующих принципах: 1) признание стремления каждого человека к состоянию баланса, гармонии и здоровья (выздоровления); 2) признание наличия заложенного в пациенте ресурса (потенциала), сильных сторон его личности, развитие и ориентирование которых в нужном направлении позволит пациенту обрести автономность в решении проблем и реализации своих потребностей; 3) формирование мотивации пациента в личностном росте и самореализации путем поощрения его активной позиции и установления с ним партнерских отношений; 4) восприятие в процессе лечебно-реабилитационной работы пациента как личности, как живого человека, а не как формального субъекта профессиональной деятельности или носителя болезненных симптомов; 5) стимулирование участия пациента в дизайне и осуществлении психиатрической помощи с использованием не только эффективных, проверенных опытным путем вмешательств, но и тех мероприятий, которые воспринимаются как значимые самими пациентами; 6) ориентация в процессе реабилитационной деятельности на потребности пациента, поставленные им личностные цели; 7) ориентация на доверие пациенту и передача ему ответственности, полномочий и контроля над своей болезнью и жизнью в той степени, в которой пациент может их принять и реализовать; 8) фокусировка на интеграцию пациентов в сообщество, при наличии их готовности видеть возможности реализации себя в обществе, наличии у них целей, ценностей и видения смысла жизни.

Личностно-ориентированная психиатрическая помощь реализуется также через позитивный подход к личности пациента и имеющимся у него нарушениям. Суть позитивного подхода заключается в стремлении изменить негативную точку зрения пациента на свою болезнь и ее симптомы, изменить субъективный взгляд на ситуацию и самого себя, следствием чего является

повышение самооценки и формирование мотивации на поиск новых возможностей и личностных ресурсов в борьбе с болезнью. Такой подход к пациентам с психическими расстройствами включает:

- во-первых, а) позитивную интерпретацию симптомов, поведения больного и болезни в целом; б) положительную формулировку терминов и определений, касающихся пациента, болезни и ситуации, связанной с госпитализацией; в) нахождение позитивных аспектов психиатрического опыта и конструктивное его использование; г) фокусировку на достоинствах и ресурсных аспектах личности, а не акцентирование внимания пациента на проблемах, недостаточности и дефицитности;

- во-вторых, вербализацию во время работы с пациентами термина «выздоровление», «здоровье», что несет терапевтическую нагрузку с точки зрения субъективного восприятия пациентов;

- в-третьих, акцент на сохранных, здоровых аспектах личности пациента, их вербализация и развитие, поощрение новых, конструктивных способов мышления и поведения;

- в-четвертых, переориентацию взгляда спе-

циалиста с традиционной медицинской модели оказания психиатрической помощи на внимание к субъективному миру пациента, переживанию им экзистенциальных данностей, его мировоззрению и видению им смысла жизни после психоза, уровню его функционирования и реализации себя в социуме, субъективному самоощущению им психического здоровья;

- в-пятых, максимальную актуализацию позитивных личностных особенностей и сведение к минимуму негативных;

- в-шестых, формирование «новой», «послепсихотической» личностной направленности в позитивном ключе, включающей анализ и коррекцию системы ценностных ориентаций, расширение жизненных целей, стимуляцию к принятию решений, активной деятельности и мотивирование к их реализации.

Таким образом, использование личностно-ориентированных подходов к оказанию психиатрической помощи является актуальным и перспективным направлением современной психиатрии. Именно такой подход в состоянии обеспечить пациенту возвращения состояния, соответствующего критериям психического здоровья ВОЗ.

*В.А. Абрамов, С.Г. Пирков, О.М. Виговська, О.М. Голоденко*

## СУЧАСНІ ПАРАДИГМИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті висвітлено особливості різних парадигм надання психіатричної допомоги на сучасному етапі. Показано, що використання особистісно-орієнтованих підходів дає можливість забезпечити пацієнту повернення стану, відповідного критеріям психічного здоров'я ВООЗ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 5-13).

*V.A. Abramov, S.G. Pyrkov, E.M. Vygovskaya, O.N. Golodenko*

## MODERN PARADIGMS OF PSYCHIATRIC CARE

Donetsk national medical university named by M.Gorky

The article highlights the features of the different paradigms of mental health care at the present stage. It is shown that the use of person-centered approach allows the patient to ensure the return of the state corresponding to the criteria of the WHO Mental Health. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 5-13).

### Литература

1. Mezzich J.E. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism / J.E. Mezzich // World Psychiatry. — 2007. — № 6. — P. 2 – 8.

2. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе: проблемы стигмы / Н.А. Польская // Социологический журнал. — 2004. — №31/2. — С. 145 – 158.

3. Полтавец В.И. Культуральные аспекты современной психиатрии / В.И. Полтавец, И.М. Грига // Вісник асоціації психіатрів України. — 1997. — №1. — С. 92 – 105.

4. Дмитриева Т.Б. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии / Б.С. Положий // Руководство по социальной психиатрии / [под ред. Т.Б. Дмитриевой]. — М.: Медицина, 2001. — С. 10 – 35.

5. Luhmann N. Soziale Systeme / N. Luhmann //

GrundrisseinerallgemeinenTheorie. — Frankfurt, 1984.

6. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? Социальная и клиническая психиатрия / Л. Чомпи. — 1999. — №3. — С. 27 – 30.

7. Волошин А.И. Адаптация и компенсация – универсальный механизм приспособления / А.И. Волошин, Ю.К. Субботин. — М.: Медицина, 1987. — 176 с.

8. Ануфриев А.К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных / А.К. Ануфриев // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. — М., 1974. — С. 18 – 22.

9. Дмитриева Т.Б. Современные общебиологические подходы к оценке психотерапии / Т.Б. Дмитриева // Ж. невр. и психитр. им.



С.С. Корсакова. – 1997. – В. 5. – С. 4 – 6.

10. Карагодина Е.Г. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе / Е.Г. Карагодина, Т.Н. Пушкарёва // Архив психіатрії. – 2004. – №4 (39). – С. 9 – 12.

11. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – Л., 1978. – 233 с.

12. Fulford KWM. Values in psychiatric diagnosis: executive summary of a report to the chair of the ICD-12/DSM-VI coordination task force / KWM Fulford // Psychopathology. – 2002. – №35. – P. 132 – 8.

13. Anthony W.A. The one-two-three of client evaluation in psychiatric rehabilitation settings / W.A. Anthony // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1984. – № 8 (2). – P. 85 – 87.

Поступила в редакцию 18.03.2014