

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К БОЛЬНОМУ В ЭПОХУ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Н. В. Яльцева ✉, В. Р. Гауэрт, Е. А. Леонтьева, Д. А. Политова, А. В. Яльцев, С. Я. Политов, Б. Г. Белова

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье рассматривается противоречие между биопсихосоциальным подходом и доказательной медициной. Традиционная биомедицинская модель, доминирующая с XVII в., фокусируется на патофизиологии, игнорируя психологические и социальные факторы. Альтернативная биопсихосоциальная модель G. Engel (1970–1990 гг.) рассматривает болезнь как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, что соответствует определению здоровья ВОЗ. Однако внедрение этого подхода ограничено высокой персонализированностью, сложностью объективной оценки факторов и риском субъективизма. С распространением доказательной медицины (evidence-based medicine) акцент сместился на статистически усредненные группы пациентов, что привело к стандартизации и нивелированию индивидуальных, особенно психосоциальных, особенностей больного. Отношения врач–пациент приобретают механистический характер. Авторы подчеркивают, что нельзя противопоставлять биопсихосоциальный и доказательный подходы. Перспективным является их синтез: опора на доказательные данные с одновременным учетом психосоциальных характеристик пациента. Предлагаются различные варианты интеграции — от работы мультидисциплинарной команды до формирования баз профилей пациентов с указанием психосоциальных особенностей. Центральным понятием, объединяющим три группы факторов с позиции самого больного, предлагается считать внутреннюю картину болезни. Такой комплексный подход рассматривается как неотъемлемый элемент современного клинического мышления и медицинской культуры.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, доказательная медицина, биомедицинская модель, внутренняя картина болезни, персонализированная медицина, психосоматика, взаимодействие врач–пациент, холистический подход, факторы здоровья, клиническое мышление

✉ **Для корреспонденции:** Наталья Викторовна Яльцева
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; yaltzewa@yandex.ru

Статья поступила: 09.06.2026 **Статья принята к печати:** 21.08.2026 **Опубликована онлайн:** 09.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.024

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

THE BIOPSYCHOSOCIAL PATIENT-CENTERED APPROACH IN THE ERA OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

Yaltseva NV ✉, Gauert VR, Leontyeva EA, Politova DA, Yaltsev AV, Politov SY, Belova BG

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article examines the contradiction between the biopsychosocial approach and evidence-based medicine. The traditional biomedical model, that has been dominating since the 17th century, focuses on pathophysiology and ignores the psychological and social factors. The alternative biopsychosocial model, offered by Engel G (1970–1990), treats a disease as a result of interacting biological, psychological and social factors. It corresponds to the definition of health provided by the WHO. The approach is, however, limited due to highly personalized nature, complex objective assessment of factors and risk of subjectivism. As evidence-based medicine became widespread, clinical focus transitioned toward statistically average patient populations. Consequently, this standardization minimized the individual differences, particularly psychosocial factors. The doctor-patient relationship becomes mechanistic. The authors stress that the biopsychosocial and evidence-based approaches cannot be opposed. Their synthesis is perspective. They rely on evidence-based data taking into account psychosocial characteristics of a patient. They include various integration options from the way the multidisciplinary team functions to the formation of the basis of patient's profiles indicating psychosocial features. The central idea that unites three groups of factors as viewed by the patients includes the internal picture of illness. The complex approach is taken as an essential element of modern clinical thinking and medical culture.

Key words: biopsychosocial approach, evidence-based medicine, biomedical model, internal picture of illness, personalized medicine, psychosomatics, doctor-patient interaction, holistic approach, health factors, clinical reasoning

✉ **Correspondence should be addressed:** Natalia V Yaltseva
Revolutsionnaya Str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; yaltzewa@yandex.ru

Received: 09.06.2026 **Accepted:** 21.08.2026 **Published online:** 09.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.024

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Вопросы причинности и развития соматических заболеваний в российской и мировой медицине до сих пор традиционно решаются в пользу патофизиологического описания [1]. С XVII в., когда Р. Декарт сформулировал механистическую модель заболевания, теперь

называющуюся «биомедицинской» [2], подход, базирующийся на ней, в течение долгого времени оставался ведущим. В классических отечественных трудах, являющихся и сейчас основополагающими при подготовке учебных программ — учебниках



Рис. Современная интерпретация биопсихосоциальной модели здоровья и заболеваний человека [6]

Г. Ф. Ланга, Е. М. Тареева, А. Л. Мясникова, монографиях Г. А. Захарьина, М. П. Кончаловского, А. Д. Адо при широком освещении доступных на момент публикации биологических характеристик нозологии, дается лишь сжатая и малосистематизированная психологическая характеристика больных и практически полностью выпадает социальная составляющая заболевания [1, 3]. Аналогичные тенденции наблюдались и в зарубежных трудах, пока к середине XX в. не сформировались несколько теорий, включавших в структуру болезни компонент личной эмоциональной и поведенческой реакции пациента — бихевиоральная медицина с основной ветвью бихевиоральной психотерапии, сложившейся к 1950–1960 гг. (Е. Thorndike, В. М. Бехтерев, В. Skinner и др.) теория общего адаптационного синдрома Н. Selye (1940-е гг.) и биопсихосоциальная модель G. Engel (1970–1990 гг.).

Эти и некоторые другие концепции предполагали непосредственное включение личностных характеристик больного, его способностей к реагированию и влияние его социокультурного окружения на процесс возникновения заболевания и выздоровления. Наиболее показательной в этом отношении является биопсихосоциальная модель, декларирующая обязательное присутствие в схеме формирования заболевания трех групп факторов: биологических, психологических и социальных [3–5]. Эволюция этой модели привела к расширению понимания взаимосвязей между указанными факторами (рис.) — современная парадигма представляет компоненты модели не статичными, а динамическими, взаимодействующими образованиями, которые формируют ощущение здоровья или болезни у конкретного индивида [6].

В данной схеме важная роль отводится пониманию своего состояния непосредственно индивидом, что

согласуется с принятым ВОЗ определением здоровья: «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Сформировавшийся более 40 лет назад биопсихосоциальный подход к развитию заболеваний вызвал определенный интерес в медицинской науке и практике. Особый статус он приобрел в психиатрии, где взаимосвязь личности и заболевания прослеживается наиболее тесно [3], однако и в соматической медицине эта концепция нашла свое применение при лечении острой и хронической боли, а также заболеваний, относимых к группе психосоматических.

Несмотря на очевидные преимущества биопсихосоциальной парадигмы перед чисто биологической, ее повсеместное применение оказалось затруднено чрезвычайно высокой степенью персонализированности подхода к пациенту. С одной стороны, возникла потребность в учете слишком большого числа факторов, вклад которых в развитие болезни у данного индивида мог быть несоизмеримо малым. С другой — невозможность полной объективной оценки всех компонентов модели дала простор для субъективного их толкования, основанного только на личном впечатлении клинициста. При этом формализация и упрощение модели привели к подмене полноценной психологической диагностики стандартными опросными листами качества жизни, что снизило эффективность взаимодействия.

Также ограничением для повсеместного использования биопсихосоциального подхода является сложность его экстраполяции на многие медицинские отрасли: оказание экстренной медицинской помощи, работа с травмами, острыми инфекционными заболеваниями и т.п. [5]. Данная модель оказалась востребованной лишь

в тех направлениях медицины, где есть возможность диагностики и ведения длительно протекающего заболевания или при ведении пациентов пожилого и старческого возраста, и даже там получила ограниченное распространение.

Однако у отката медицинской методологии на биомедицинские позиции в настоящее время существует другая, более значимая, причина. Если медицина XX в. являлась в своем роде искусством, ориентированным во многом на личный опыт клинициста и его субъективное восприятие пациента, то XXI в. ознаменовался становлением доказательной медицины (evidence based medicine). Термин «доказательная медицина» был предложен D. L. Sackett и далее введен в использование группой ученых университета Мак-Мастера (Торонто) в 1996 г. Это направление медицинской практики, основывающееся на фиксированных доказательствах эффективности и безопасности применяемых методов и средств при апробации их на значительных группах пациентов. В первые два десятилетия XXI в. данная концепция стала основополагающей при подготовке медицинских исследований, методических указаний и руководств.

Повсеместное распространение доказательной медицины обусловило переход от медицины отдельной персоны к медицине больших групп, когда отношение к каждому клиническому случаю рассматривается через призму аналогичных наблюдений. При этом однозначным преимуществом является возможность переноса подтвержденного клинического опыта с уже исследованной группы на случай конкретного пациента, когда будут уже известны вероятность эффективного применения предлагаемых средств и методов лечения и степень их безопасности. Но одновременно с этим поднимается вопрос соответствия реального пациента статистически усредненному типу, потому что при стандартизации подхода неизбежно теряется часть индивидуальных особенностей больных, причем более других страдают психологические и социальные характеристики. Также неоднократно отмечалось, что, руководствуясь принципами доказательной медицины и строя отношения с пациентом как с представителем описанной в исследованиях группы, клиницист часто становится на позиции механистического подхода к больному, что может негативно сказываться на взаимоотношениях в паре «врач–пациент». Е. Еурасч декларирует, что данная проблема основана на неумелой интеграции принципов доказательной медицины в повседневную практику. Вместе с тем J. Ioannidis, G. Fava или R. Horwitz полагают, что причина разрушения взаимоотношений кроется в самом принципе экстраполяции данных, при котором уделяется минимальное внимание персональным особенностям пациента. В то же время F. Borrel-Carrio и соавт., наоборот, указывают, что эмоциональная взаимосвязь

врача и пациента, формирующаяся при взаимодействии в рамках холистического подхода, является значимым позитивным моментом, но не должна доминировать, а психологическим и социальным аспектам заболевания не должно уделяться внимания больше, чем биомедицинским.

Следует учесть, что нельзя ставить знак равенства между понятиями «биопсихосоциальная медицина» и «индивидуализированная медицина», так же как и нельзя противопоставлять их доказательной медицине, хотя, например, в работах D. Kent, A. Miles или J. Beckmann декларируется именно такое противопоставление. Современный подход к пациенту должен быть персонализирован с учетом биопсихосоциальных особенностей больного и при этом опираться на существующую доказательную базу. Современные авторы предлагают такой синтетический подход, при котором можно воспользоваться преимуществами обоих методов [4]. Более того, A. Ahmadvand и соавт. предлагают осовременивание и расширение биопсихосоциальной модели до биопсихосоциально-цифровой парадигмы с активным использованием технологий телемедицины и удаленного доступа к пациенту. При этом невозможно отказаться от использования статистически выверенных предположений в применении к конкретному больному, но одновременно возможен и максимально объемный учет его индивидуальных особенностей. C. Sotomayor и соавт. предлагают другой вариант синтеза подходов, при котором ведение пациента осуществляется врачебной командой, один из представителей которой, являясь специалистом в клинической психологии, может корректировать курс лечения, построенный на базе доказательных данных, с учетом личностных характеристик пациента. Еще один синтетический подход выдвинут R. Horwitz и соавт. — предлагается помимо доказательной базы по отдельным нозологиям формировать также базу профилей пациентов с указанием отдельных психосоциальных особенностей. При этом клиницисты, подбирая лечение, смогут ориентироваться на доказательные данные как на основу, а также обращаться к профилям аналогичных пациентов, чтобы оценить возможные нетипичные реакции, связанные с неучтенными индивидуальными особенностями.

Биопсихосоциальный подход к больному как целостное восприятие его личности и заболевания должен быть неотъемлемой частью медицинской культуры и клинического мышления [1]. Однако, с учетом большого количества факторов, которые могут быть приняты во внимание, следует определить наиболее значимые психосоциальные характеристики заболевания. Наиболее полным и соответствующим требованиям парадигмы выглядит понятие внутренней картины болезни, которое позволяет объединить биологические, психологические и социальные характеристики пациента в единое целое и представить их именно со стороны больного.

Литература

1. Сукиасян С. Г. Психосоматические концепции как предпосылки концепции «непсихиатрической психиатрии»: психологические и психофизиологические концепции. *Sciences of Europe*. 2021; 1: 70–2.
2. Сукиасян С. Г. Психосоматические концепции как предпосылки концепции «непсихиатрической психиатрии»: клинически ориентированные концепции. *Sciences of Europe*. 2021; 2: 70–2.
3. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May 29; 397(10289): 2082–2097. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7. PMID: 34062143.

4. Smith RC. Making the biopsychosocial model more scientific-its general and specific models. Soc Sci Med. 2021 Mar; 272: 113568. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113568. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33423810.
5. Cormack B, Stilwell P, Coninx S, Gibson J. The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive

modernization. Physiother Theory Pract. 2022 May 28: 1–16. DOI: 10.1080/09593985.2022.2080130. Epub ahead of print. PMID: 35645164.

6. Сукиасян С. Г. Мозг и психика в контексте психосоматической проблемы: клинко-психологические корреляции. Sciences of Europe. 2022; 101.

References

1. Sukiasyan SG. Psikhosomaticheskiye kontseptsii kak predposylki kontseptsii «nepsikhiatricheskoy psikhiatrii»: psikhologicheskiye i psikhobiologicheskiye kontseptsii. Sciences of Europe. 2021; 1: 70–2. Russian.
2. Sukiasyan SG. Psikhosomaticheskiye kontseptsii kak predposylki kontseptsii «nepsikhiatricheskoy psikhiatrii»: klinicheski oriyentirovannyye kontseptsii. Sciences of Europe. 2021; 2: 70–2. Russian.
3. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021 May 29; 397(10289): 2082–2097. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7. PMID: 34062143.
4. Smith RC. Making the biopsychosocial model more scientific-its general and specific models. Soc Sci Med. 2021 Mar; 272: 113568. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113568. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33423810.
5. Cormack B, Stilwell P, Coninx S, Gibson J. The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. Physiother Theory Pract. 2022 May 28: 1–16. DOI: 10.1080/09593985.2022.2080130. Epub ahead of print. PMID: 35645164.
6. Sukiasyan SG. Mозг i psikhika v kontekste psikhosomaticheskoy problemy: kliniko-psikhologicheskiye korrelyatsii. Sciences of Europe. 2022; 101. Russian.