

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А.ХОЛМОГорова, Т.ДОВЖЕНКО, Н.ГАРАНЯН, С.ВОЛИКОВА,
Г.ПЕТРОВА, Т.ЮДЕЕВА*

На протяжении последних шести лет авторы этой статьи – врач-психиатр и психологи-психотерапевты – активно взаимодействуют, оказывая в амбулаторных условиях комплексную медико-психологическую помощь больным различными психическими расстройствами. Сотрудничество ведется на базе психологической консультации МНИИ психиатрии МЗ РФ, а также в психотерапевтическом кабинете районной поликлиники № 149. Данная публикация представляет рефлексию опыта, накопленного за годы работы в сфере психического здоровья, а также некоторые впечатления от знакомства с зарубежной практикой в данной области.

Актуальность организации бригадного взаимодействия в отечественной службе психического здоровья связана с нередко бытующим у нас недостаточным учетом социально-психологических и психологических факторов.

Современные исследования подтверждают необходимость био-психосоциального подхода к решению проблемы психического здоровья. Огромное большинство авторов сходится во мнении относительно важной роли конституционально-генетических факторов в развитии личностных расстройств. Вместе с тем, появляется все больше исследований, акцентирующих стиль семейного воспитания (*parenting style*) и стрессогенных жизненных событий в возникновении стойких дисфункциональных паттернов поведения, присущих пациентам. Например, выявлено, что даже течение шизофрении, биологическая детерминация которой общепризнана, в значительной степени зависит от характера взаимодействия и эмоциональной коммуникации в семье больного, а также от системы социальной поддержки (*Brugha, 1995; Leff, 1989*). Убедительно показана связь

* Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, лаборатория клинической психологии и психотерапии.

депрессивных расстройств настроения с уровнем критики в семье (*Leff, op.cit*), с системой прижизненно формируемых убеждений и ценностей (*Beck, Rush, Shaw, 1979*), с уровнем социальной поддержки (*Veivel, 1995*).

В соответствии с научными фактами происходит реорганизация практической помощи больным психическими расстройствами, направленная на ее большую комплексность и интеграцию усилий разных специалистов. В качестве примера можно рассмотреть организацию работы в отделениях психосоматической медицины и психотерапии университетских клиник Фрайбурга и Эссена (Германия), где оказывается помощь пациентам с тревожными и соматоформными расстройствами, классическими психосоматическими заболеваниями (различные дерматозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма и т.д.), отклонениями в пищевом поведении и пр. Часть больных проходит амбулаторное лечение. Остальные пациенты, в зависимости от диагноза, лечатся в различных специализированных подразделениях клиник. В каждом из них работает своя команда специалистов.

Упомянутые университетские клиники представляют различные психотерапевтические традиции. Во Фрайбурге наряду с психоанализом базовым подходом является системная семейная психотерапия (руководитель клиники – проф. М.Виршинг), в Эссене клиника издавна была ориентирована традиционно аналитически (руководитель – проф. Зенф). Вместе с тем, в организации психотерапии в обеих клиниках отчетливо прослеживается характерная для наших дней интегративная тенденция. Каждый пациент в отделении получает в совокупности не менее 18 часов психотерапии в неделю. Сюда входят 2 индивидуальных психодинамических сеанса (по 45 минут каждый), 2 групповых занятия (по 1,5 часа каждое) в динамическом или интеракционально-коммуникативном поддерживающем варианте, от одного до двух сеансов телесно-ориентированной терапии, арт-терапии. Все пациенты участвуют в специальных гимнастических занятиях. Большинство, в зависимости от показаний, проходят системную семейную психотерапию с участием всех членов семьи (от одного до 10 сеансов). Такая комплексная работа позволяет охватить практически все психологические мишени, выделяемые при том или ином диагнозе, включая семейный и социальный контекст.

В каждом отделении в качестве психотерапевтов выступают и психологи и врачи, прошедшие специальную подготовку. Медикаментозное лечение назначается врачами-психиатрами. Кроме того, в работе каждого отделения участвует социальный работник, который собирает информацию о трудоустройстве и семейном положении каждого больного и проводит целенаправленное консультирование с целью решения имеющихся адаптационных проблем. Активная роль отводится медсестрам, также

имеющим специальную подготовку, которая позволяет им создавать лечебную социальную среду в отделениях, вести поддерживающие беседы с больными, принимать участие в качестве ко-терапевтов в семейной и групповой работе. Организации лечебной среды уделяется особое внимание. Все дневные мероприятия пациентов (прием пищи, проведение досуга) соотносятся с лечебными целями. Сами больные принимают активное участие в организации работы отделения, вплоть до закупки продуктов, составления меню, помощи медсестрам и т.д.

Такая структура лечебного процесса требует постоянной координации усилий всех его участников. С этой целью все специалисты (медсестры, социальный работник, врачи и психологи) собираются два раза в неделю в строго определенные дни и часы для совещания. На совещании оглашается информация о ходе работы практически с каждым больным. Это не только обеспечивает важными новыми данными каждого из участников лечебного процесса, но и позволяет выработать совместные программы лечения. Кроме того, ведущие специалисты-психотерапевты (как правило, руководители подразделений) два раза в неделю проводят супервизию наиболее сложных случаев. Наконец, раз в неделю команды всех подразделений собираются вместе для краткого отчета о ходе работы. В соответствии с университетским статусом клиники, еженедельно проводятся научные конференции, где сотрудники делают доклады по своей научной тематике (*Eggers, Gastpar, Leygraf, Senf, 1999*).

Безусловно, учитывая социальные и финансовые затруднения в нашей медицине, трудно ожидать в ближайшие годы столь безупречно отлаженной организации взаимодействия в отечественных клиниках. Вместе с тем, высочайший ее уровень обеспечен не только иными, чем у нас, материальными возможностями, но и тем, что здесь глубоко осознана специалистами и полностью принята и ассимилирована организаторами здравоохранения био-психо-социальная модель возникновения и лечения психических расстройств (*Engel, 1977*). В нашей стране признание био-психо-социальной модели зачастую остается декларативным. Работа психотерапевтов и социальных работников рассматривается как сугубо периферийное, вспомогательное дело. Она не вписана в качестве необходимой составляющей в структуру клинических подразделений. Подобная позиция подкрепляется расхожими формулами: “каждый врач должен быть психотерапевтом”, “мы все занимаемся социальной работой”, “все работают с семьей”. Необходимо заметить, что психотерапевтически ориентированные беседы врача с больным и его родственниками не заменяют психотерапию в строгом, профессиональном смысле этого слова. Современная психотерапия представлена таким количеством школ и методов, отвечающий ее настоящему состоянию объем знаний столь велик,

что подготовка в этой области требует дополнительного специального образования. Более того, каждая форма психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная), в рамках каждого из основных подходов требует длительного обучения и подготовки.

Таким образом, можно сформулировать основные задачи в системной перестройке деятельности отделений и амбулаторий на основе био-психо-социальной модели. Прежде всего, необходимо увеличить объем психологических знаний у врачей с целью лучшего понимания ими как важности психологических и социальных факторов в возникновении психических расстройств, так и смысла работы других специалистов. Не менее существенная задача – повышение уровня профессиональной подготовки психотерапевтов, а также выработка стандартов этой подготовки, приближающихся к международным. И далее: признание за психологами права профессионально заниматься психотерапией, без чего потребность в психотерапевтах никогда не будет удовлетворена, а бригадная работа, соответственно, так и останется в прежнем состоянии. Хотя и у нас в отделениях ряда клиник работают психотерапевты, тем не менее необходимость комплексной психотерапевтической работы, не сводимой к отдельным индивидуальным сеансам, в отечественной медицине осознана пока недостаточно. Создание психотерапевтической среды в отделениях, комбинация, сочетающая индивидуальную и групповую работу, терапию занятостью, движением, – далеко не полный перечень задач, которые должна решать клиника, ориентированная на психотерапию. При этом самое важное – постоянный контакт специалистов бригады, тесное сотрудничество, понимание смысла того, что делает другой, взаимная осведомленность о применяемых методах лечения. Все это возможно только в рамках регулярного совместного еженедельного обсуждения состояния больных членами бригады (для этого необходимо отводить фиксированный день и фиксированное время). Наконец, важнейшей задачей становления бригадной модели в отечественной медицине является развитие института социальных работников, который до последнего времени практически отсутствовал. Значительные усилия в этом направлении прикладываются отделом внебольничной психиатрии МНИИ психиатрии МЗ РФ под руководством проф. И.Я.Гуровича.

Остановимся на преимуществах комплексного лечения психических расстройств и бригадной работы. Излишне говорить, что такая ее форма позволяет каждому специалисту повышать свой профессиональный уровень, развивать системное видение заболевания и обусловивших его в каждом отдельном случае причин.

Эмпирические исследования показывают преимущества комбинированного (сочетающего психофармакотерапию и психотерапию) лечения

депрессивных и тревожных расстройств, по сравнению с изолированным применением названных подходов. При комбинированном лечении в амбулаторных условиях редукция депрессивной симптоматики происходит быстрее; присоединение, например, когнитивной психотерапии повышает скорость действия антидепрессантов (Conte, Plutchnik, Wild, Karasu, 1986; Wright, Thase, Sensky, 1993). Медикаментозное лечение остается необходимым условием психотерапии в случае тяжелых депрессий и тревожных расстройств. Важное преимущество сочетанного подхода – возможность использовать богатый арсенал средств психотерапии для повышения “комплаенса” (*compliance* – уступчивость, согласие) при приеме медикаментов, в значительной степени определяющего эффективность проводимого лечения (Wright, Thase, Sensky, 1993). Известно, что времени на сеанс врачам выделяется недостаточно, возможности углубляться в психологические барьеры, которыми больной реагирует на медицинское вмешательство, у них просто нет, – при сугубо медицинском лечении депрессий это нередко становится причиной его преждевременного прерывания (около 40% “drop out” – случаев преждевременного отказа больного от дальнейшей помощи и ухода от врача). На основании нашего опыта бригадной работы была разработана система приемов по укреплению “комплаенса” в медикаментозном лечении средствами когнитивной психотерапии.

Эта система включает:

1. *Информирование о диагнозе и специфике заболевания.* Инициальный этап когнитивной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств нацелен на формирование правильной внутренней картины заболевания. Пациентам предоставляются сведения о распространенности этих расстройств, их отличии от “сумасшествия” в бытовом представлении, потенциальной излечимости, что значительно редуцирует переживания стыда, страха “стигмы”, безнадежности. Ознакомление с моделью депрессивных и тревожных расстройств, представляющей их в виде “порочных кругов”, где взаимосвязаны сомато-вегетативные, эмоциональные, когнитивные и поведенческие симптомы, а также разъяснение функций врача-психиатра и психотерапевта, мотивируют пациентов к прохождению комбинированного лечения.

2. *Проработка автоматических мыслей и убеждений, препятствующих получению медикаментозной помощи.* Тревога и сомнения пациентов по поводу предлагаемого им лечения часто бывают сопряжены с дисфункциональными убеждениями типа “Я должен справляться со своим настроением волевым путем”, “Прибегание к лекарствам – признак слабости”, “Препараты сделают мое поведение неконтролируемым”. Стандартные процедуры когнитивной психотерапии (выявление и оценка

автоматических мыслей, анализ последствий ложных убеждений с помощью сократического диалога и их последующая модификация, предоставление соответствующей информации) помогают коррекции травматичной для самооценки интерпретации медикаментозного лечения и формированию конструктивного отношения к нему. Вместе с тем, выявленные мысли и убеждения, относящиеся к лечению, представляются важным материалом для психотерапевтических сеансов, т.к. они обнажают глубинные установки типа “культы силы” и перфекционизма.

3. *Проработка искаженных представлений о психотропных препаратах.* Нарушения “комплаенса” вплоть до преждевременного отказа от лечения могут быть связаны с тревогой пациентов по поводу нежелательных побочных действий антидепрессантов и собственной неспособности противостоять такого рода побочным эффектам, а также со страхом перед возникновением стойкой зависимости. Задача психотерапевта заключается в своевременном информировании пациента о спектре действия препаратов, об индивидуальном подборе медикаментозных назначений, о возможных побочных эффектах и способах справиться с ними. Главная задача психотерапевта на этом этапе – ориентация пациента на поддержание регулярного контакта с лечащим врачом и предупреждение преждевременного отказа от приема лекарств без врачебного контроля.

4. *Формирование адекватных ожиданий от лекарственных средств.* В отдельных случаях прием антидепрессантов сопровождается разочарованием. На сеансах когнитивной психотерапии можно выявить сопутствующие этой эмоциональной реакции дисфункциональные мысли и установки: “Прием лекарств должен приводить к немедленному облегчению”, “Если у меня остаются какие-либо проявления заболевания, значит, лекарства не помогают” и т.д. Маркировка и проработка содержащихся в этих когнитивных установках искажений (негативного селективного слепотой относительно признаков улучшения, поляризованного мышления – “Лекарство либо полностью излечивает, либо не помогает вовсе”, перфекционизма, проявления которого дают о себе знать в нежелании признавать постепенно накапливающееся улучшение), а также предоставление соответствующей информации укрепляют оптимизм и терпение больных.

Таким образом, совместное ведение пациентов врачом-психиатром и психологом-психотерапевтом должно быть скоординировано на всех этапах терапии.

Одна из типичных трудностей совместного ведения больных – недостаточная осведомленность психологов о действии современных медикаментов, о закономерностях, определяющих динамику состояний больного в процессе медикаментозного лечения. С другой стороны, с теми же

основаниями можно говорить о недопонимании врачами тонкостей психотерапевтического процесса (важности строгого соблюдения сеттинга, неизбежности в процессе психотерапии периодов, когда состояние больного может ухудшаться, особенностей механизмов сопротивления и защиты, которые могут вести к сомнениям в полезности психотерапии и жалобам на психотерапевта). Психотерапевтическому сеттингу (строгое соблюдение перерывов между сеансами, времени приема, длительности психотерапевтической сессии) противопоставляется типичная модель взаимодействия “врач-пациент”, предполагающая большую доступность врача в зависимости от желаний и потребностей пациента. Лечебная роль структурирования психотерапии нередко не только пациентами, но и врачами понимается как формальное отношение к больному.

В идеале задача врача в подобной ситуации – объяснить больному смысл психотерапевтического сеттинга:

1) ограничение сеанса во времени связано с оптимальным объемом эмоционально насыщенной информации, превышение которого неэффективно;

2) известная пациенту временная рамка служит толчком к развитию ответственности – пациент, в определенной степени, как и врач, отвечает за продуктивность работы и максимально эффективное использование времени. Кроме того, временная рамка – существенное условие, способствующее развитию навыков планирования и дифференциации главных и второстепенных проблем;

3) перерывы между сеансами можно рассматривать как своего рода тренинг саморегуляции – умения самостоятельно справляться с тяжелыми чувствами, переносить фрустрацию своих желаний. Пациент обучается рассматривать возникающие между сеансами проблемы и состояния дискомфорта как материал для осмысления и работы на очередной сессии, а не повод к крикам о немедленном спасении. Такова предпосылка, позволяющая сформироваться большей автономности, которой так не хватает абсолютному большинству больных;

4) строгое соблюдение всех требований сеттинга – важное условие понимания границ другого человека и уважения к ним (тренинг децентрации).

В психотерапии неизбежной является работа с отрицательными чувствами пациента, его тяжелыми переживаниями. Типичный для многих больных механизм расщепления может приводить к восприятию психотерапевта как требовательного и жесткого, а врача, напротив, как доброго, мягкого, всегда готового дать успокаивающее лекарство. Для эффективной согласованной работы с подобным расщеплением врачу, на наш взгляд, опять-таки не хватает знаний о процессе психотерапии, его целях

и средствах. Чаще всего они сводятся к представлениям о мягком успокаивающем воздействии, имеющем дело исключительно с позитивными чувствами и избегающем столкновения с негативными эмоциями. А так как подобная точка зрения далеко не всегда совпадает с действительностью, то против психотерапии могут необоснованно выдвигаться ряд типичных аргументов, типа “Пациенту после работы с психологом стало хуже”. Нередко подобный вывод делается не без некоторого удовлетворения, так как в бригаде могут иметь место конкуренция или бытовать глубокие сомнения в эффективности психотерапии.

Подобные разочарования в психотерапии, как нам кажется, связаны с неверными представлениями о показаниях к психотерапии. Обычно врачи полагают, что если пациент успешно проходит медикаментозное лечение, то он уже не нуждается в психотерапии. Между тем, важно помнить, что психотерапия – не альтернатива медикаментозному лечению. Она решает свои особые задачи, на которые не нацелено медикаментозное лечение. Речь идет о *психологических факторах психических заболеваний*, таких как дисфункциональные верования и установки, семейные дисфункции, коммуникативные затруднения и нарушение контактов с другими людьми, дефицит социальных навыков и социальной поддержки, действие травматического прошлого опыта. Как показывают исследования, психологическая работа обеспечивает высокий превентивный эффект, т.е. направлена на снижение риска рецидива заболевания и повышение способности пациента к самостоятельному совладанию с различными стрессовыми провокациями. При этом, заметим, к психологу, как правило, направляют наиболее тяжелых пациентов, которым не удается помочь медикаментозно. Когда же надежды на быстрое улучшение, естественным образом, не оправдываются, делается вывод о неэффективности психотерапии. Следует отметить, что многие пациенты с тяжелыми личностными расстройствами – это вызов всем специалистам, и прогноз их лечения, увы, одинаково проблематичен как при медикаментозном лечении, так и даже в психотерапии. В подобных случаях речь не может идти ни о краткосрочных формах психотерапии, ни о возможности сколько-нибудь заметного улучшения на первых ее этапах. В исходе такой стратегии (присылать самых тяжелых пациентов психологам) в выигрыше оказываются все. Наиболее способные к утилизации психотерапевтической помощи пациенты не получают ее, а тяжелые пациенты испытывают разочарование и прерывают психотерапию, частично в результате того, что врач не потрудился подготовить его к встрече с психотерапевтом, заложив элементарные, но вполне адекватные ожидания от нее.

Итак, дефицит представлений о механизмах психотерапии и фазах ее протекания может разрушать взаимодействие специалистов в бригаде и дискредитировать психотерапию в глазах пациента.

Наконец, несколько слов о том, насколько осознана нашей медициной самая необходимость комплексной психотерапевтической работы, не сводимой к отдельным индивидуальным сеансам. Создание психотерапевтической среды в отделении, комбинация индивидуальной, групповой работы, а также терапии занятостью, движением – далеко не исчерпывающий перечень задач, которые должен решать отдел, ориентированный на психотерапию. Самое важное звено – постоянный контакт специалистов бригады, их взаимная осведомленность о применяемых методах, понимание смысла того, что делает другой.

На наш взгляд, главным барьером в системной перестройке и организации бригадной работы в отделениях клиник выступают стереотипы профессионального сознания. У врачей это, как правило, ориентация на преимущественно биологические аспекты; у психологов-психотерапевтов, зачастую, напротив, – недооценка биологических и клинических закономерностей, важности медикаментозного лечения. Выход видится в системной подготовке и расширении образования, а также в постоянном взаимодействии специалистов в лечебном процессе.

Таким образом, развитие бригадного подхода и комплексной терапии необходимо для оптимизации лечения больных, однако оно сталкивается с рядом трудностей. Эти трудности все больше осознаются различными специалистами – врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, психологами-психотерапевтами. Взаимное признание и уважение, перестройка мышления на основе системной био-психо-социальной модели психического здоровья, соблюдение равноправных партнерских позиций – необходимые условия для становления бригадной работы в отечественной службе охраны психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

- Beck A.T., Rush J.A., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression // Guilford Press, 1979, New York.*
- Brugha T.S. Social support and psychiatric disorder: Overveiw of evidence // Social Support and Psychiatric Disorder (ed. by T.S.Brugha), Cambridge University Press, 1995, p.1-38.*
- Conte H.R., Plutchnik R., Wild K.V., Karasu T.V. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression // Archives of General Psychiatry, 1986, vol.43, p.461-479.*

- Eggers Ch., Gastpar M., Leygraf N., Senf W. (Hgs). *25 Jahre Rheinische Kliniken Essen. Kliniken Institut der Universitaet GS Essen. Forschung und Lehre. Jubilaems Schrift 1974-1999. Essen, 1999.*
- Engel G.L. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science, 1977, vol.196, p.129-136.*
- Leff J. *Review Article. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion // The International Journal of Social Psychiatry, 1989, vol.35, № 2, p.133-145.*
- Simons A.D., Thase M.E. *Mood disorders // Thase M.E., Hersen M., Edelstein A (Eds). Handbook of outpatient treatment of adults. New York, Plenum Press, 1990, p.91-138.*
- Veivel H.O. *Social support as a high-risk condition for depression in women // Social support and Psychiatric disorder. Ed. by T.S. Brugha, Cambridge University Press, 1995, p.146-162.*
- Wright J.N., Thase M.E., Sensky T. *Cognitive and biological Therapies: A combined approach // Wright J.H., Thase M.E., Beck A.T., Ludgate J.W. (Eds). Cognitive therapy with impatients, 1993, New-York – London, Guilford Press, p.193-247.*