

ПСИХИАТРИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВОЕ РЕШЕНИЕ СТАРОЙ ПРОБЛЕМЫ

В.Н. Краснов¹, Т.В. Довженко¹, А.Е. Бобров¹, Е.Г. Старостина²

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии,

²Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф.Владимирского

Проблема оказания психиатрической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами в первичном звене здравоохранения остается нерешенной в течение длительного времени. Актуальность ее решения возросла в последние десятилетия. Это диктуется, прежде всего, потребностями первичной медицинской сети, поскольку значительная часть больных соматическими заболеваниями (24–64%) страдает сопутствующими психическими расстройствами [14] и для их успешного ведения необходимо использование психиатрических и медико-психологических подходов. Особенно острыми в этом отношении являются проблемы непсихотических тревожно-депрессивных и легких когнитивных расстройств, а также патологических зависимостей. Широкая распространенность и низкая частота выявления, а также обусловленная этим недостаточная курабельность сочетаний соматических и тревожно-депрессивных расстройств, заметно снижают эффективность оказания медицинской помощи, затрудняют ее организацию и способствуют возрастанию неудовлетворенности населения качеством здравоохранения.

Представить, в какой степени ограничены возможности оказания психиатрической помощи пациентам с психическими нарушениями в условиях первичного звена здравоохранения, позволяют следующие данные.

Число психиатров в стране, подавляющее большинство которых работает в психиатрических учреждениях, составило в 2011 году 14 262 человек, число психотерапевтов – 1 760 [6].

По самым оптимистичным расчетам, пациенты с психическими расстройствами, включая сопутствующие расстройства при соматических заболеваниях, составляют не менее чем 10% населения, то есть примерно 14,5 миллионов человек. В психиатрические диспансеры обращаются примерно 3,83 миллионов пациентов. Таким образом, более 10 миллионов человек с непсихотическими психическими

расстройствами оказываются вне психиатрической службы и не получают адекватной помощи.

Руководителями здравоохранения в лучшем случае признается важность проблемы, но это не влечет за собой каких-либо организационных и правовых изменений, не внедряются современные формы работы по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами в первичной медицинской сети.

К сожалению, психиатры, работающие в «большой» психиатрии, как и руководители первичной и общей медицинской службы, не уделяют должного внимания выявлению и лечению психических расстройств у этих категорий пациентов.

В 90-е годы XX века в организации психиатрической помощи большинства развитых стран мира произошла смена приоритетов. Бремя психических расстройств, и прежде всего депрессий, оказалось столь значимым по своим экономическим затратам и общему социальному масштабу, что стало предметом специального рассмотрения правительств и различных межгосударственных институтов, в том числе и Всемирного банка. Эти тенденции не только сохраняются, но и усиливаются в начале XXI столетия [21, 22, 33].

Упомянутые выше тенденции совпали с начавшимися ранее и продолжающимися до настоящего времени реформами в сфере оказания помощи лицам с психическими расстройствами. Стимулом к ним явились как клинические данные, так и перемены в этико-правовых подходах к оценке психических расстройств и условий, в которых оказывается помощь психически больным. Последовательное изменение системы оказания психиатрической помощи должно строиться на принципах строгого правового регулирования с максимальным соблюдением гражданских прав пациента, с учетом его активной роли в лечебно-диагностическом процессе, а также с опорой на сообщества родственников и представителей пациента. Мероприятия по де-

стигматизации психических расстройств и страдающих ими людей предполагают все большую передачу функций по оказанию психиатрической помощи учреждениям непсихиатрического профиля. Организация специализированных кабинетов, отделений в учреждениях первичной медицинской сети – наиболее перспективный в современных условиях путь раннего выявления и, при необходимости, терапии непсихотических психических заболеваний, в первую очередь тревожно-депрессивных расстройств и когнитивных нарушений. Во многих случаях раннее адекватное лечение, включая психотерапевтические, психологические формы помощи, можно рассматривать как профилактику формирования хронических, неблагоприятных форм психических расстройств. Учитывая взаимосвязь аффективных расстройств и соматической патологии, это должно соответствовать задачам профилактической стратегии в медицине.

Распространение практики диагностики и терапии непсихотических психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети – общая тенденция развития медицинской помощи в разных странах мира. Имеются предварительные данные в пользу положительного влияния такой практики на показатели суицидального поведения (Венгрия, Швеция, Германия). Вместе с тем, высказывается настороженность относительно чрезмерно широкого назначения антидепрессантов врачами общей практики в США.

Наряду с депрессиями, все большее внимание сейчас уделяется тревожным расстройствам, легким когнитивным нарушениям. Эпидемиологические показатели их распространенности начинают рассматриваться с учетом социально-экономического бремени, включая прямые и косвенные затраты на диагностику и лечение, снижения социального функционирования в силу ранней инвалидизации, потери профессиональных навыков или возникновения иных социальных ограничений [17, 22].

Реформирование психиатрической помощи, а именно, обеспечение ее доступности и приближения к населению, невозможно только в рамках существующих психиатрических служб. Необходимо взаимодействие с системой общей медицинской помощи, в частности, в виде организации отдельных форм психиатрической помощи в учреждениях первичной медицинской сети. Оказание помощи больным с непсихотическими, умеренно выраженными формами психических расстройств может улучшиться за счет привлечения ресурсов первичной медицинской сети (близость к населению, доступность, профилактический и реабилитационный потенциал, уменьшение стигматизации) [20, 28].

Следует учитывать, что современное здравоохранение становится все более нацеленным на повышение качества жизни пациентов. Решение комплекса связанных с этим вопросов не представля-

ется возможным без соответствующего улучшения социально-психологических условий жизни пациентов и использования психологических факторов в лечебно-реабилитационном процессе. Первостепенное значение имеет соблюдение режима лечения, а также психологическая адаптация к изменению образа жизни вследствие хронических заболеваний. В связи с этим большую значимость приобретают задачи совершенствования коммуникативных навыков врачей, повышение их психологической компетентности и усвоение принципов профессиональной этики.

В недавнем прошлом уже неоднократно предпринимались попытки изменить сложившуюся в отечественной медицине ситуацию с целью повышения роли психиатров в первичном звене здравоохранения [1, 7–10, 15, 16]. Еще в начале 80-х годов прошлого века Всемирная организация здравоохранения рекомендовала психиатрам направить свою деятельность в первичное звено здравоохранения, расширять сеть психиатрических отделений на базе соматических лечебных учреждений и проводить подготовку специалистов в области психосоматической медицины. Особое внимание при этом было уделено депрессии, которая часто сопутствует соматическим заболеваниям. Лечение антидепрессантами и краткосрочные структурированные формы психотерапии эффективны у 60–80% больных относительно легкими формами психических расстройств в условиях первичной медицинской сети [32].

В 1997 году в Московском НИИ психиатрии Минздрава России в рамках научно-практической программы «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» начала разрабатываться комплексная модель оптимизации взаимодействия психиатрической службы с врачами первичного звена здравоохранения [8–10], направленная на обоснование нового для отечественной медицины подхода к организации консультативной и лечебной помощи лицам, страдающим депрессиями, вне традиционных психиатрических учреждений, а именно – в условиях учреждений первичной медицинской сети. Общая цель данной программы – уменьшение риска инвалидизации (ограничения трудоспособности) вследствие депрессивных и тревожных расстройств у пациентов общей и первичной медицинской сети. Программа предполагала изучение популяции обращающихся в территориальные поликлиники общесоматической сети, выявление пациентов с расстройствами аффективного спектра, диагностическую оценку выявленных нарушений; разработку и апробацию модели взаимодействия различных специалистов (участковых терапевтов, других интернистов, психиатров, клинических психологов, медицинских сестер) при оказании помощи пациентам с тревожно-депрессивными расстройствами в условиях общей поликлиники; формирование методических подходов к диагностике и ле-

чению депрессий и других расстройств аффективного спектра у пациентов поликлиник; осуществление образовательных программ, подготовку информационных материалов для врачей, медицинских сестер, пациентов, их родственников.

Программа осуществлялась в несколько этапов. С течением времени менялся состав участников, изменялись конкретные задачи.

В 1999–2000 годы, отчасти в 2001 году, работа по Программе «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» исследования проводилась в 9 территориальных поликлиниках в нескольких городах – Москве, Дубне, Ярославле, Томске. Наряду с исследовательской группой Московского НИИ психиатрии Минздрава России, в работе участвовали сотрудники НИИ клинической психиатрии Томского научного центра СО РАМН, ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Ярославской государственной медицинской академии. Первоначальная выборка пациентов составила 5 366 человек. В 2002–2005 годы исследование было продолжено по той же программе в Москве, Ярославле, а также в Туле и Твери.

Несмотря на некоторые различия в условиях и составе пациентов конкретных учреждений, всем участникам удалось сформировать значительную общую выборку пациентов первичной медицинской сети, прошедших скрининг и первоначальные диагностические процедуры в количестве 19 988 взрослых трудоспособного возраста, который условно был ограничен 55 годами.

При проведении обследования были установлены сходные для разных городов пропорции выявления разнообразных расстройств аффективного спектра (около 45%), в том числе клинически оформленных депрессий (до 30%). Пациенты с депрессией, нуждающиеся в медикаментозном лечении, составляли около 20% [13], однако по разным причинам, прежде всего в связи с удлинением курса амбулаторной терапии антидепрессантами (в основном СИ-ОЗС) до 6 недель, полный курс терапии был проведен 10,6% общей выборки пациентов.

Результаты исследования свидетельствуют, что соблюдение принципов терапевтического партнерства обеспечивает высокую эффективность и безопасное применение современных антидепрессантов, с эпизодическим присоединением небензодиазепиновых анксиолитиков и гипнотических средств при лечении легких и умеренно выраженных непсихотических психических расстройств в условиях первичного звена здравоохранения.

Исследование, проведенное в рамках программы «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети», подтвердило, что существующая в стране система организации амбулаторных медицинских служб в определенной мере ограничивает развитие помощи лицам с аффективными и другими непсихотическими психическими расстрой-

ствами. В то же время, полученный опыт оказался полезным для формирования концепции оказания психиатрической помощи пациентам первичного звена здравоохранения на основе полипрофессионального взаимодействия врачей интернистов и психиатров (психотерапевтов).

Однако попытки улучшить работу по охране психического здоровья в первичном звене здравоохранения в нашей стране желаемых результатов не принесли. Показательными в этом отношении являются данные международного исследования, которое было посвящено особенностям лечения депрессивных состояний в первичном звене медицинской помощи [29]. В процессе этой работы в сравнительном аспекте оценивались соответствующие показатели в шести странах (Испании, Израиле, Австралии, Бразилии, США и России). Оказалось, что лечение депрессии в различных центрах, где проходило данное исследование, проводилось с неодинаковой частотой. Так, наиболее часто (41%) оно осуществлялось в Сिएтле (США), а реже всего (4%) – в Петербурге (Россия). Более того, количество контактов, которые были зарегистрированы у этих больных со специалистами по психическому здоровью, в нашей стране также было наименьшим (4%). А наиболее часто в поле зрения психиатров или психотерапевтов такие больные попадали в Мельбурне (Австралия) – 31%.

Как представляется, причины указанного отставания связаны не только с социально-экономическим кризисом и недостаточным финансированием психиатрической службы. В значительной мере они обусловлены недооценкой значимости проблемы психического здоровья при проведении государственной политики в области здравоохранения и устаревшей системой последипломной подготовки врачей [12].

В результате этого, в стране имеется острый дефицит кадров врачей-психиатров и психотерапевтов, имеющих опыт работы в условиях поликлиник и соматических стационаров. Из работавших в 2006 году в нашей стране 14 262 психиатров, включая 1 905 психотерапевтов, в учреждениях первичной медицинской помощи было занято только 3,3 тысячи человек [4, 5]. Спустя 5 лет число психиатров составило 14 117 человек, из них – только 1 760 психотерапевтов [6]. При этом подавляющее большинство указанных специалистов работает в психоневрологических диспансерах, и только незначительная часть – в поликлиниках и больницах общего профиля. К сказанному необходимо добавить, что характер подготовки этих специалистов, в том числе психотерапевтов, оставляет желать лучшего. В стране не существует специальной системы обучения врачей-психиатров и психотерапевтов, работающих в поликлиниках и больницах общего профиля, психиатры-консультанты мало подготовлены по вопросам соматической медицины и меди-

цинской психологии. Проблема комплексных медицинских технологий совместного ведения пациентов врачами-интернистами и психиатрами (психотерапевтами) находится в самом начале пути решения. Еще менее удовлетворяет потребностям оказания помощи лицам с психическими расстройствами уровень подготовки врачей первичной медицинской сети.

Вторым препятствием являются сложности, имеющиеся в организации психиатрической помощи. На протяжении многих лет в стране преобладала двухзвеньевая структура, включающая психоневрологический диспансер и психиатрическую больницу. Предпринятая в середине 80-х годов прошлого века попытка перейти на трехзвеньевую систему помощи с организацией психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках, а также психосоматических отделений в рамках больниц общего профиля имела половинчатый характер и не получила дальнейшего развития. Более того, после разделения медицинской помощи на специализированную, которая была отнесена к федеральному уровню подчинения, и первичную, которая была передана в ведение муниципалитетов, процесс перехода на трехзвеньевую структуру был фактически остановлен. Показательно, что количество психотерапевтических (психиатрических) кабинетов в поликлиниках по стране сократилось с 2 249 в 2005 году до 2 133 в 2010 году [2]. Важнейшей причиной такого снижения являются межведомственные барьеры между федеральными психиатрическими учреждениями и функционирующей на уровне муниципалитетов психотерапевтической службой. Особый аспект данной проблемы – фактическое выделение из психиатрии психотерапевтической службы не по профессиональному принципу, а исходя из административной подчиненности.

Кроме того, определенные затруднения вызывает недостаточное понимание многими руководителями лечебно-профилактических учреждений того факта, что врачи-интернисты имеют право ставить предварительный диагноз психического расстройства и применять психофармакологические препараты. В то же время, они постоянно сталкиваются с пациентами, имеющими те или иные нарушения психики, и на практике достаточно широко, но бессистемно и без консультации психиатра применяют психофармакологические средства. Это затрудняет полноценное взаимодействие психиатров и врачей других специальностей, вследствие чего создается ошибочное впечатление, что врачам первичной медицинской сети «не разрешается» расширять свои знания в сфере медицинской психологии и психиатрии, оказывать терапевтическую помощь пациентам с непсихотическими психическими расстройствами. Из этого следует, что выявлением и лечением психических расстройств, даже неглубоких, непродолжительных, должны заниматься исклю-

чительно психиатры. Между тем, международный опыт свидетельствует о необходимости участия интернистов в работе по охране психического здоровья. В частности, ВОЗ более 15 лет назад разработала и рекомендовала для использования упрощенную классификацию психических расстройств, предназначенную специально для врачей первичной медицинской помощи, в которой нашли отражение не только соответствующие диагностические критерии, но и рекомендации по терапии психических расстройств [3].

Литературные данные, а также анализ сложившейся в нашей стране практики, свидетельствуют о наличии нескольких основных моделей организации психиатрической помощи больным с неглубокими психическими расстройствами в условиях первичной медицинской сети: консультативные, модели взаимодействия и модели взаимодействия-прикрепления (сопровождения) [11, 31].

Консультативная модель связана с деятельностью психиатров-консультантов в кабинетах территориальных поликлиник и в стационарных отделениях многопрофильных клиник [23, 27]. При реализации этой модели оказания психиатрической помощи улучшается ранняя диагностика психических нарушений у пациентов, обращающихся в эти учреждения, что способствует предотвращению наиболее тяжелых последствий этих расстройств. Она характеризуется тем, что пациентов, которые, по мнению лечащего врача-интерниста, страдают психическими расстройствами, направляют на консультацию к психиатру. При такой форме взаимодействия психиатр получает весьма ограниченные сведения о пациенте, его соматическом состоянии и причинах направления на консультацию. В то же время диагноз, который ставит консультант, его назначения и рекомендации оказываются для врача-интерниста недостаточно понятными и аргументированными. Более того, сам факт постановки психиатрического диагноза в медицинской документации нередко вызывает у пациентов много вопросов и недовольства. Поэтому на практике многие назначения психиатра не выполняются, динамическое наблюдение не осуществляется. К недостаткам этой модели относится эпизодический характер консультативной работы, отсутствие преемственности в ведении больных, недостаточный контакт между врачом и пациентом, невысокий уровень приверженности пациентов к назначенному лечению.

В связи с этим, в разных странах выдвигались идеи комплексного подхода к организации психиатрической помощи населению – создание «интегрированной медицины». Принципы «интегрированной медицины» предполагают «встречное движение» психиатрической и общемедицинской служб, разработку единых организационных методов, совместное решение возникающих задач. Исторически указанный подход сложился в русле так называ-

емой liaisonной (liaison) модели или модели взаимодействия [24].

Эта модель характеризуется наличием постоянного рабочего контакта психиатров и врачей-интернистов, что выражается в совместных осмотрах больных, выработке единых терапевтических подходов, динамическом психиатрическом наблюдении и согласованной коррекции терапии.

Преимуществом этой модели является возможность осуществления высококвалифицированной и комплексной медицинской помощи. Однако эта модель требует значительных трудозатрат и материальных ресурсов [25], а прежде всего – дополнительной профессиональной подготовки врачей-интернистов по программам психологического здоровья.

В рамках данной модели сложились дополнительные варианты оказания комплексной медицинской помощи больным первичной медицинской сети. К ним, например, относится модель так называемой объединенной помощи [34]. Основным компонентом этой модели является улучшение качества коммуникации между врачами первичной помощи и психиатрами, включая текущую информацию по выписке, обращениям и направлениям больных. Она предполагает регулярную оценку запросов на оказание психиатрической помощи со стороны врачей первичного звена здравоохранения. Эта система нацелена на увеличение доли планируемых и систематических психиатрических мероприятий, что может повысить их качество. Важными компонентами объединенной помощи являются разработка стандартов ведения больных, обучение врачей, контроль за выполнением стандартов оказания помощи. Формирование указанной модели требует перевода всей системы медицинской помощи на принципиально более высокий уровень, который характеризуется интеграцией деятельности различных медицинских служб и четким разделением их функций [30]. Все это возможно лишь на основе соответствующего кадрового и материально-технического обеспечения, включая разработку соответствующих компьютерных информационных систем.

Другим вариантом liaisonного психосоматического подхода является так называемая «коллаборативная» терапия, призванная интегрировать специализированную помощь в деятельность первичной медицинской сети [26]. Коллаборативная модель оказывается особенно эффективной при ведении соматических больных, страдающих наиболее распространенными хроническими соматическими заболеваниями (например, при ведении больных с поражением опорно-двигательной системы, диабетом, некоторыми формами сердечно-сосудистых заболеваний). Ее основными элементами являются систематическое посещение больных на дому, которое осуществляют, главным образом, специально подготовленные медицинские сестры, а также пе-

риодическая объективированная оценка состояния больного, например, при помощи кратких психометрических анкет, составления этапных эпикризов, проведения мультипрофессиональных конференций, активного динамического наблюдения.

Еще одной разновидностью liaisonной модели является так называемая «смещенная» модель взаимосвязи, которая функционирует по схеме, когда консультативная поддержка и советы психиатра способствуют улучшению качества помощи пациентам с психологическими и психиатрическими проблемами врачами первичной медицинской практики. Эффективность этой модели обусловлена тем, что фактически психиатр оказывает помощь значительно большему количеству пациентов, чем в том случае, когда он ограничивается лишь непосредственными консультациями [19].

Опыт практической работы по оказанию психиатрической помощи пациентам первичного звена здравоохранения и образовательной деятельности показывает, что в российских условиях наиболее перспективной моделью интегрирования психиатрической службы в работу первичного звена здравоохранения является подход, базирующийся на принципе сопровождения [13].

Модель психиатрического и медико-психологического сопровождения первичного звена здравоохранения была обоснована и разработана в ходе реализации в рамках подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)». Указанный подход учитывает опыт «смещенной» и «коллаборативной» модели и дополняет его рядом мероприятий организационно-образовательного характера [13]. Основным компонентом модели сопровождения является формирование профессиональных взаимоотношений между психиатром, работающим в психотерапевтическом кабинете поликлиники, и участковыми врачами-терапевтами. Этому способствуют проведение совместных конференций и осмотров, динамического наблюдения за больными, которых курируют врачи-терапевты, психологическое тестирование больных, а также осуществление ограниченных психокоррекционных и психообразовательных семейных консультаций. В ходе такого взаимодействия психиатр не только обсуждает тактику лечения психических расстройств у курируемых пациентов, но и постепенно делегирует участковому врачу некоторые функции по охране психического здоровья. В итоге такого взаимодействия определенную работу по лечению невыраженных психических нарушений начинает проводить врач первичного звена здравоохранения с помощью и под контролем психотерапевта (психиатра).

Важным звеном модели сопровождения является повышение квалификации участковых терапевтов и

других специалистов первичного звена здравоохранения в таких сферах, как диагностика тревожно-депрессивных и когнитивных расстройств, назначение некоторых психофармакологических средств, коммуникативные навыки, этические и правовые аспекты работы с психически больными.

При этом психиатр, с одной стороны, осуществляет прием и лечение больных с психическими расстройствами (прием проводится непосредственно в общемедицинском учреждении – поликлинике, медсанчасти), а с другой – выступает как обучающий консультант, постоянно взаимодействующий с различными специалистами, способствующий определению особенностей состояния больных и тактики лечебных мероприятий.

Результаты исследования, проведенного сотрудниками Московского НИИ психиатрии совместно с сотрудниками других научно-исследовательских и лечебных учреждений города Москвы, Московской области, городов С.-Петербурга, Твери, Ярославля, Оренбурга, Тулы, Белгорода, Тверской и Тульской областей, позволили сделать вывод о том, что из трех организационных вариантов полипрофессионального взаимодействия (консультативная модель, модель постоянного взаимодействия, модель сопровождения) в условиях первичной медицинской сети наиболее эффективной является модель сопровождения или супервизии [13].

Указанная модель реализуется на муниципальном (региональном) уровне и на уровне учреждений первичного звена здравоохранения. Названные принципы полипрофессионального взаимодействия показывают свою перспективность в работе среди студентов – в студенческих поликлиниках (МГИМО, МГТУ им. Н.Э.Баумана).

Опыт работы по совершенствованию полипрофессионального взаимодействия между психиатрами и врачами первичного звена здравоохранения, показал, что для повышения качества психиатрической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами необходимо решение следующих организационно-образовательных задач.

1. Усиление координации различных организационных форм психотерапевтической помощи между собой и, что особенно важно, с региональной психиатрической службой. Такую функцию координации может выполнять уже существующая психиатрическая служба региона или региональный совет по психосоматике. Главная задача при этом заключается во всемерном преодолении межведомственной разобщенности между организациями муниципального и федерального уровней. Необходимость такой координации обусловлена также тем, что значительная часть работы психотерапевтов в поликлиниках сопряжена с решением не столько психотерапевтических, сколько традиционных психиатрических вопросов. Это и диагностика психозов, и проведение биологической терапии, и диагностиче-

ское консультирование пациентов, и ведение больных с психоорганическим синдромом, и направление больных на госпитализацию в психиатрические стационары. Наконец, проблемы профессиональной подготовки и повышения квалификации по психосоматике и соматопсихиатрии можно успешно решать только на основе координации усилий муниципальных и федеральных органов здравоохранения.

2. Активное развертывание сети психотерапевтических кабинетов в поликлиниках и их надлежащее оснащение. Это предполагает выделение в поликлинике ставок врачей-психотерапевтов и получение лицензии по данной специальности. Другая возможность связана с заключением договора о сотрудничестве между поликлиникой и соответствующим психоневрологическим диспансером об организации на базе поликлиники психиатрического приема врачами диспансера. Существует также возможность наделения субъектом Российской Федерации муниципальных лечебно-профилактических учреждений полномочиями федерального уровня, в данном случае – полномочиями по оказанию психиатрической помощи [11].

3. Дополнительная подготовка врачей-психотерапевтов (психиатров) по вопросам взаимодействия с врачами соматического профиля. Эта проблема может решаться в рамках тематического усовершенствования по психиатрии, психотерапии и психосоматике. К сожалению, уровень подготовки врачей психотерапевтов и психиатров для успешного межпрофессионального взаимодействия остается недостаточным. Для повышения качества оказания психиатрической (психотерапевтической) помощи допуск к работе в качестве психиатра в районной поликлинике целесообразно осуществлять только после прохождения врачом-психиатром специальной подготовки в объеме не менее 72 часов. Более того, в рамках проведения регулярных сертификационных циклов по психотерапии целесообразно выделять самостоятельные разделы, посвященные психосоматике и деятельности психотерапевтических кабинетов.

4. Дополнительная подготовка врачей первичной медицинской сети по вопросам выявления и ведения больных, страдающих психическими расстройствами, в учреждениях первичной медицинской сети. Эта подготовка должна проводиться по нескольким взаимосвязанным направлениям (выявление и лечение психических расстройств, повышение психологической компетентности и коммуникативные навыки, юридические, этические и организационные вопросы ведения больных с психическими расстройствами). Причем для повышения мотивации участковых врачей подготовка по указанным программам должна зачитываться в общий объем профессионального обучения по основной специальности врача.

5. Уточнение должностных обязанностей и реорганизация порядка профессиональной деятельности врача-психотерапевта (психиатра), работающего в муниципальной поликлинике. Основной целью работы психотерапевтического кабинета должно стать активное выявление психических расстройств у больных с соматическими заболеваниями и поддержка участковых терапевтов в процессе ведения таких больных. Необходимо, чтобы помимо традиционного консультирования лиц, страдающих психическими расстройствами, психотерапевт (психиатр) поликлиники активно участвовал в конференциях врачей, клинических разборах, а также осуществлял непосредственную работу, направленную на взаимодействие с участковыми врачами.

При этом прицельное внимание врача-психиатра должно быть обращено на следующие категории пациентов: больные, страдающие хроническими тяжелыми соматическими заболеваниями, особенно с болевыми синдромами; пациенты пожилого и старческого возраста; женщины перименопаузального возраста; так называемые «трудные» больные; лица, часто обращающиеся за медицинской помощью. Особую проблему представляет работа с семьями инвалидов, а также с семьями детей с «функциональными» соматическими заболеваниями. Однако ввиду колоссального объема этой проблемы, ее решение возможно только в будущем, при коренном изменении всей системы здравоохранения и социальной поддержки семей.

Взаимодействие врача-психотерапевта с участковыми врачами может проводиться в различных формах. Это и совместные приемы больных, и консультирование по историям болезни, и обсуждение результатов лечения, маршрутов движения пациентов, условий их жизни и работы, а также психологических особенностей семейных отношений. Врач-психотерапевт должен контролировать обоснованность назначения участковыми специалистами бензодиазепиновых транквилизаторов и снотворных, а также веществ, содержащих барбитураты, оказывать консультативную помощь при использовании антидепрессантов, антипсихотиков, ноотропных и нейрометаболических средств. Большое место в работе психотерапевта занимает деятельность по совершенствованию коммуникативных навыков врачей-интернистов.

С учетом сказанного, целесообразно, чтобы от четверти до половины рабочего времени психотерапевтов, работающих в психотерапевтическом кабинете, отводилось именно на деятельность по взаимодействию с участковыми терапевтами и совместную с ними лечебно-профилактическую работу.

6. В ряде регионов в рамках муниципального подчинения функционируют специализированные лечебно-профилактические учреждения (женские консультации, онкологические, кардиологические и эндокринологические диспансеры и др.). В террито-

риальных поликлиниках также имеются специализированные кабинеты для оказания соответствующей помощи пациентам. Все это создает условия для продуктивного взаимодействия психотерапевтов (психиатров) с врачами-специалистами, работающими в учреждениях первичного здравоохранения.

Важнейшим элементом межпрофессионального взаимодействия в этих условиях является помощь в выявлении пациентов с психическими расстройствами. Кроме того, психотерапевты (психиатры) могут привлекаться к участию в ведении таких больных. Особенностью работы психотерапевтов в условиях специализированной помощи является то, что большое значение придается решению задач повышения комплаентности, поскольку именно это служит важнейшим условием успешного применения большинства современных медицинских средств и методов терапии. Другими словами, при работе с врачами-специалистами в деятельности врача-психотерапевта (психиатра) на первое место выходят задачи психотерапевтического и реабилитационного характера. Это может потребовать расширения штата психиатрического (психотерапевтического) кабинета с привлечением психологов и социальных работников.

7. Руководство и контроль со стороны администрации лечебно-профилактического учреждения за качеством взаимодействия психиатров с участковыми терапевтами и врачами-специалистами. Приоритетность задач, которые предстоит решать психиатру (психотерапевту) в условиях первичного звена здравоохранения, должна устанавливаться руководителем соответствующего лечебно-профилактического учреждения. Поэтому необходимо согласовывать порядок и основные направления работы врача-психиатра (психотерапевта) с главным врачом учреждения первичного звена здравоохранения, составлять график консультаций врачом-психиатром участковых терапевтов и/или его совместной работы с врачами-специалистами, осуществляться контроль за выполнением принятых решений.

Решение перечисленных выше задач не является в полной мере достаточным для работы по модели медико-психологического и психиатрического сопровождения. Необходима разработка специальных обучающих программ, других методических документов, подбор достаточного числа специалистов, а также создание надлежащей учебной базы. Кроме того, большое значение имеет отработка типовых алгоритмов оказания помощи больным с психическими расстройствами в условиях первичного звена здравоохранения, а также подготовка и издание соответствующих нормативных документов как федерального, так и муниципального уровня. Целый ряд проектов указанных материалов и их типовые образцы уже подготовлены и получили широкое распространение. Однако основным вопросом, который пока остается нерешенным,

шенным, является признание федеральными и муниципальными органами здравоохранения гуманитарной, организационной и экономической важности развития модели медико-психологического и психиатрического сопровождения первичного звена здравоохранения.

Решение этой проблемы будет способствовать формированию первичной медицинской сети, что

является одной из первостепенных задач ответственного здравоохранения. Развитие помощи лицам с непсихотическими и неразвернутыми формами психических расстройств имеет существенный профилактический потенциал, поскольку позволяет предотвратить развитие более сложных, затяжных и инвалидизирующих форм психических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.Е. Методологические проблемы охраны психического здоровья // *Философия укрепления здоровья нации: Материалы конференции* / Под ред. А.И.Вялкова, Ю.М.Хрусталева, В.Д.Жирнова. М.: Российское философское общество, 2008. С. 32–48.
2. Букреева Н.Д. Оптимизация деятельности психиатрической службы в условиях реформы здравоохранения Российской Федерации // *Материалы XV съезда психиатров России*. М., 2010. С. 33.
3. ВОЗ. МКБ–10. Глава V. Версия для первичной медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике: диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. М.: Синтез, 1996. 54 с.
4. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический уровень // *Материалы XIV съезда психиатров России*. 15–18 ноября 2005. М.: Медпрактика-М, 2005. С. 49–50.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 572 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. 600 с.
7. Козырев В.Н. Организация психиатрической помощи больным с психическими расстройствами в учреждениях общемедицинской сети (принципы и модели интегрированной медицины) // *Пограничная психическая патология в общемедицинской практике* / Под ред. А.Б.Смулевича. М.: Русский врач, 2000. С. 120–128.
8. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской практике» // *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999. Т. 19, № 4. С. 5–9.
9. Краснов В.Н. Диагностика и лечение депрессий в первичной медицинской сети // *Труды VII Российского конгресса «Человек и лекарство»*. М., 2000. С. 264–272.
10. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской сети // *Русский медицинский журнал*. 2001. № 25. С. 1187–1191.
11. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. и соавт. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / Под ред. В.Н.Краснова. М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2008. 136 с.
12. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В. и соавт. Проблемы, предпосылки и необходимые мероприятия по улучшению взаимодействия психиатрической (психотерапевтической) службы с врачами первичного звена здравоохранения // *Психическое здоровье*. 2011. Т. 63, № 8. С. 3–11.
13. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В. и соавт. Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012. Т. 2. 328 с.
14. Оганов Р.В., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и соавт. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // *Кардиология*. 2004. № 1. С. 48–54.
15. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.
16. Ястребов В.С. Организационные аспекты внебольничной и стационарной психиатрической помощи // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1991. Т. 91, № 1. С. 3–6.
17. Andlin-Sobocki P., Wittchen U. Cost of affective disorders in Europe // *Eur. J. Neurol*. 2005. N 2. P. 34–38.
18. Bray P., Cummings D.M., Wolf M. et al. After the collaborative is over: what sustains quality improvement initiatives in primary care practices // *J. Comm. J. Qual. Patient Saf*. 2009. Vol. 35, N 10. P. 502–508.
19. Creed F., Marks B. Liaison psychiatry in general practice: a comparison of liaison – attachment scheme and shifted outpatient clinic models // *J. Coll. Gen. Pract*. 1999. Vol. 39, N 329. P. 514–517.
20. Gillies R.R., Chenok K.E., Shortell S.M. et al. The Impact of Health Plan Delivery System Organization on Clinical Quality and Patient Satisfaction // *Health Services Research*. 2006. Vol. 41. P. 1181–1199.
21. Kessler R.C., Demler O., Frank R.G. et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003 // *N. Engl. J. Med*. 2005. Vol. 352, N 24. P. 2515–2523.
22. Kessler R.C., Ustun T.B. (Eds.). *The WHO World Mental Health Surveys, Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008.
23. Krakowski A. Liaison psychiatry in the West: the view from 1977 // *Psychother. Psychosom*. 1979. Vol. 31, N 1. P. 98–105.
24. Leigh H. The evolution of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry // *Adv. Psychosom. Medicine*. 1983. Vol. 54. P. 352–358.
25. Lipowski Z.J. Somatization: the concept and its clinical application // *Am. J. Psychiatry*. 1988. Vol. 145. P. 1358–1368.
26. Sheridan N., Kenealy T., Parsons M., Rea H. Health reality show: regular celebrities, high stakes, new game: a model for managing complex primary health care // *N. Z. Med. J*. 2009. Vol. 122. P. 31–42.
27. Shubert D. Practical distinctions between consultative psychiatry and liaison medicine // *Adv. Psychosom. Medicine*. 1983. Vol. 11. P. 52–61.
28. Simoens S., Scott A. Integrated Primary Care Organizations: To What Extent Is Integration Occurring and Why? // *Health Serv. Manag. Res*. 2005. Vol. 18. P. 25–40.
29. Simon G.E., Fleck M., Lucas R., Bushnell D.M., LIDO Group. Prevalence and Predictors of Depression Treatment in an International Primary Care Study // *Am. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 161. P. 626–634.
30. Smith S.M., Allwright S., O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management // *Coch. Database Syst. Rev*. 2007. N 3. CD 004910.
31. Strain J.J., George L.K., Pincus H.A. et al. Models of mental health training for primary care physicians: a validation study // *Psychosom. Med*. 1987. Vol. 49, N 1. P. 88–98.
32. WHO. World Health Organization initiative on Depression in Public Health // *World Health Organization*, 2006, (http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition).
33. Wittchen U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies // *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2005. Vol. 15. P. 357–376.
34. Yones N., Passerieux C., Hardy-Bayle M.-C., Gasquet I. Longterm GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems // *BMC Family Prac*. 2008. Vol. 9. P. 41–45.

ПСИХИАТРИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВОЕ РЕШЕНИЕ СТАРОЙ ПРОБЛЕМЫ

В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина

Проблема оказания психиатрической помощи пациентам первичной медицинской сети требует неотложного решения. В статье приведены данные, подтверждающие актуальность этой сложной научно-организационной проблемы, определены основные трудности, препятствующие ее решению в нашей стране, указаны существующие в международной практике основные модели взаимодействия психиатров и врачей первичного звена здравоохранения. Рассмотрены попытки решения этой проблемы, предпринимавшиеся в нашей стране в последнее десятилетие. Предложена модель полипрофессионально-

го взаимодействия психиатров и врачей первичной медицинской сети, основным принципом которой является медико-психологическое сопровождение. Приводятся основные организационные, образовательные компоненты этой модели.

Ключевые слова: первичное звено здравоохранения, непсихотические психические расстройства, депрессии, тревожные расстройства, модель медико-психологического сопровождения, полипрофессиональное взаимодействие.

PSYCHIATRY IN PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM: A NEW SOLUTION FOR THE OLD PROBLEM

V.N. Krasnov, T.V. Dovzhenko, A.E. Bobrov, E.G. Starostina

Primary health care system urgently needs a solution for offering psychiatric care for its clients. This article reports the data that confirm the importance of this complicated medical and managerial issue and mentions the principal difficulties in our country. It also reviews existing international models of interaction between psychiatrists and general practitioners. The authors analyze the attempts to resolve this problem in our country in recent decade. They propose the model of multidisciplinary interaction

between psychiatrists and doctors working in primary care with an accent on medico-psychological guidance, and describe organizational and educational components of this model.

Key words: primary health care system, non-psychotic mental disorders, depression, anxiety disorders, medico-psychological guidance model, multidisciplinary interaction.

Краснов Валерий Николаевич – профессор, доктор медицинских наук, директор ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: krasnov@mtu-net.ru

Довженко Татьяна Викторовна – профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: dtv99@mail.ru

Бобров Алексей Евгеньевич – профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по учебно-методической работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: bobrov2004@yandex.ru

Старостина Елена Георгиевна – профессор, доктор медицинских наук, кафедра эндокринологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского; e-mail: elena.starostina@rambler.ru