

УДК 616.89+614.2

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ И ПОТРЕБНОСТЬ

Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, В.Н. Краснов, О.С. Антипова, Д.М. Царенко

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПим. В.П. Сербского» Минздрава России

Введение

Результаты последних исследований свидетельствуют о том, что частота клинически очерченных психических расстройств в контингентах больных учреждений первичной медико-санитарной помощи составляет не менее 30%, что позволяет говорить о чрезвычайно широком, достигающем уровня эпидемии, их распространении [7]. Указанные расстройства часто сопровождают соматические заболевания, что затрудняет дифференциальную диагностику, негативно сказывается на комплаентности и приводит к снижению качества жизни больных. Кроме того, психические расстройства и неблагоприятные психосоциальные обстоятельства нередко выступают в качестве мощных патогенных факторов возникновения и прогрессирования соматических заболеваний. Они негативно влияют на медицинских работников, не готовых к контакту с психически нездоровыми лицами, что способствует их выгоранию и приводит к росту неудовлетворенности населения качеством медицинской помощи. С учетом этого задача улучшения психиатрической помощи в первичном звене здравоохранения приобретает особую остроту.

Привлечение возможностей первичной медико-санитарной помощи (близость к населению, доступность, профилактический и реабилитационный потенциал, уменьшение стигматизации) [13, 14] существенно улучшит выявление и лечение психических расстройств и окажет благоприятное воздействие на психическое здоровье населения в целом. Поэтому реформирование психиатрической помощи невозможно ограничить рамками традиционно сложившейся системы психиатрической службы [2].

О сложностях охраны психического здоровья в первичном звене здравоохранения в нашей стране свидетельствуют данные международного исследования, которое было посвящено особенностям лечения депрессивных состояний в первичном звене медицинской помощи [15]. В сравнительном аспекте оценивались соответствующие показатели в шести странах (Испании, Израиле, Австралии, Бразилии,

США и России). Установлено, что лечение депрессии в различных центрах осуществлялось с неодинаковой частотой. Наиболее часто (41,0% наблюдений) оно осуществлялось в Сиэтле (США), а реже всего (в 4,0%) в Петербурге (Россия). Наиболее часто в поле зрения психиатров или психотерапевтов такие пациенты попадали в Мельбурне (Австралия) – 31%. В нашей же стране охват пациентов консультативной работой со стороны специалистов по психическому здоровью был наименьшим.

Указанная ситуация существенно осложнилась после выхода Положения об организации медицинской помощи, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2005 г. №633 «Об организации медицинской помощи». В соответствии с этим Положением первичная медико-санитарная помощь была передана в управление муниципалитетам, а психиатрическая служба оставлена в федеральном ведении. В результате этого возникли предпосылки для нарастания разрыва между службами психического здоровья федерального и муниципального уровня. Главные психиатры регионов сконцентрировали свои организационные усилия на работе с психиатрическими больницами и психоневрологическими диспансерами, а психиатрические кабинеты в поликлиниках начали постепенно закрываться.

В тех территориях, где необходимость оказания психиатрической помощи населению в сфере охраны психического здоровья в достаточной мере осознавалась муниципалитетами, в структуре территориальных поликлиник были организованы психотерапевтические кабинеты. Однако создание самостоятельной психотерапевтической службы на муниципальном уровне столкнулось с существенными трудностями. Они обусловлены чрезмерно амбициозной задачей выделения психотерапии в отдельную специальность. Необеспеченность ресурсами, отсутствие надлежащих условий для подготовки квалифицированных специалистов, а также слабая развитость научных исследований только осложнили ситуацию.

Например, в соответствии с Приказом Минздрава-соцразвития РФ от 11 марта 2008 г. №112н получение дополнительной специальности «психотерапия» оказалось возможным только через клиническую ординатуру или профессиональную переподготовку. Это означало, что психотерапевтами могли становиться либо лица, закончившие 2-годичную ординатуру по психотерапии, либо врачи, ранее получившие специальность «психиатрия» и успешно прошедшие курс профессиональной переподготовки по психотерапии. В связи с этим целый ряд психотерапевтов, не имевших первичного образования по психиатрии, были вынуждены прекратить свою деятельность в этом качестве.

Другими примерами являются трудности с разработкой единых учебных программ по психотерапии, дефицитом преподавателей, а также сложностями аттестации специалистов. Целый ряд фактов свидетельствует об общем невысоком уровне подготовки психотерапевтов и плохих условиях их работы. Серьезную проблему представляет организационно-методический разрыв с общей психиатрией, которая осталась в федеральном подчинении, а также недостаточная определенность отношений с медицинскими психологами и социальными службами.

Как представляется, причины сложившегося положения связаны не только с социально-экономическим кризисом и недостаточным финансированием психиатрической службы. В значительной мере они обусловлены сохраняющейся недооценкой значимости проблемы психического здоровья при проведении государственной политики в области здравоохранения и устаревшей системой последипломной подготовки врачей [8].

Следует учитывать, что современное здравоохранение становится все более нацеленным на повышение качества жизни пациентов. Решение связанных с этим вопросов не представляется возможным без соответствующего улучшения социально-психологических условий жизни пациентов и использования психологических факторов в лечебно-реабилитационном процессе. Первостепенное значение имеет соблюдение режима лечения и психологическая адаптация пациентов к изменению образа жизни, возникающего при развитии хронических заболеваний и сопровождающих их психопатологических состояний. В связи с этим большую значимость приобретают задачи повышения осведомленности врачей общей практики по вопросам выявления в отдельных случаях, по согласованию с консультирующим психиатром – лечения непсихотических психических расстройств, совершенствования коммуникативных навыков данных специалистов и психологической компетентности, а также усвоение принципов профессиональной этики. До настоящего времени в России не сформировалась категория врачей первичной сети, имеющих хотя бы кратковременную последипломную подготовку по проблеме психического здоровья.

В недавнем прошлом уже предпринимались попытки изменить сложившуюся в отечественной медицине ситуацию с целью повышения роли психиатров в первичном звене здравоохранения [1, 5, 6, 11, 12]. В начале 1980-х годов прошлого века Всемирная организация здравоохранения рекомендовала психиатрам 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 легкими психическими расстройствами в условиях первичной медицинской сети [16].

Цель исследования: определение роли и возможностей первичной медицинской сети в оказании помощи больным с психическими расстройствами.

Методы: анализ опыта организации психиатрической помощи в первичной медицинской сети в Российской Федерации. Анкетирование сотрудников поликлиник. Сравнение обращаемости лиц с психическими расстройствами к участковым терапевтам и в терапевтические кабинеты. Катamnестическое исследование.

Результаты

В рамках научно-практической программы «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» в 1997 году в Московском НИИ психиатрии Минздрава России была разработана комплексная модель активизации взаимодействия психиатрической службы с врачами первичного звена здравоохранения [6]. Указанная модель направлена на оптимизацию консультативной и лечебной помощи лицам, страдающим депрессиями, которая оказывается вне специализированных психиатрических учреждений. Исследование, проведенное в рамках этой программы, подтвердило, что существующая в стране система организации амбулаторных медицинских служб нуждается в серьезном преобразовании, причем важнейшим звеном этой работы должно стать улучшение профессионального взаимодействия врачей интернистов и психиатров (психотерапевтов).

Следует отметить, что характер деятельности психотерапевтов муниципальных поликлиник существенно отличается от привычной работы психиатра в ПНД или в стационарном психиатрическом отделении. Это относительная изолированность от коллег, непонимание особенностей их деятельности со стороны других врачей и администрации поликлиник. Организационные и образовательные проблемы, на которые указывалось выше, еще более осложняют эту работу. В связи с этим в условиях попыток оптимизации здравоохранения, делающих упор на преимущественно экономические показатели, психотерапевтическое направление в первичном звене здра-

воохранения оказалось в весьма уязвимом положении. В результате в настоящее время в стране имеется острый дефицит кадров врачей-психиатров и психотерапевтов, которые не только имеют необходимую квалификацию, но и опыт работы в условиях поликлиник и соматических стационаров.

Динамика числа врачей-психотерапевтов представлена в табл. 1 [3, 4].

Как следует из представленных данных, наблюдавшийся в стране рост числа психотерапевтов до 2001 года сменился постепенным сокращением их числа. По сравнению с 2001 годом в 2013 году число врачей психотерапевтов уменьшилось на 282 человека (14,5%). Число занятых врачами должностей психотерапевта сократилось в 2013 году по сравнению с 2006 годом на 19,4%.

При этом изменение числа врачей-психотерапевтов в Москве имело несколько иной характер: оно увеличивалось до 2009 года, и только затем стало снижаться, причем, более плавно, чем по стране в целом (на 7,9% в 2013 г. по сравнению с 2009 г.). Однако количество занятых должностей психотерапевтов в Москве сократилось более существенно – с 400,5 в 2010 году до 336,3 в 2013 году, то есть на 19,5%.

Отмеченное сокращение количества психотерапевтов и занятых ими должностей происходило на фоне реструктуризации сети многопрофильных учреждений в Российской Федерации, которая началась в 2001 году. Число таких учреждений уменьшилось с

1 147 в 2001 году до 727 в 2013 (всего – на 36,6%). Соответствующие данные представлены в табл. 2.

Согласно официальным данным, в Москве чрезвычайно резкое сокращение числа учреждений, в которых работают психотерапевтические кабинеты, произошло в 2011 году. В 2013 году оно составило 71 кабинет, то есть 47,0% от числа кабинетов в 2010 году (уменьшилось на 53,0%).

Наглядное представление о фактическом состоянии дел с психотерапевтическими кабинетами в Москве на текущий момент дают результаты телефонного опроса сотрудников регистратуры поликлиник, которые проводились по одной и той же схеме в 2010 и 2015 годах. Телефонные опросы проводились сотрудниками Московского НИИ психиатрии Минздрава России Е.А.Кузнецовой-Моревой, О.С.Антиповой, О.А.Мирзоян. Основные результаты этих опросов приведены в табл. 3.

При обследовании в 2010 году, было установлено, что психотерапевтические кабинеты имелись в 61 из 208 поликлиник (29,3%). В 2015 году обеспеченность психотерапевтической помощью пациентов территориальных поликлиник уменьшилась до 9,2% (в 17 поликлиниках из 184 работали психотерапевтические кабинеты). В поликлиниках, в которых не работали психотерапевты, сотрудники регистратуры сообщали, что пациенты могут обратиться за помощью в психоневрологический диспансер. Запись на прием к психотерапевтам, как правило, осуществлялась регистратурой или участковыми терапевтами.

Таблица 1

Число врачей психотерапевтов (абсолютное число физических лиц)

Регион	Год														
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
РФ	1882	1898	1945	1941	1939	1931	1898	1905	1862	1836	1860	1800	1760	1717	1663
Москва	235	226	251	247	252	267	252	277	275	280	305	286	289	292	281

Таблица 2

Число учреждений, имеющих в своем составе психотерапевтические кабинеты

Регион	Год														
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
РФ	1134	1117	1147	1137	1117	1097	1095	1039	962	933	891	888	838	751	727
Москва	113	113	125	119	127	130	135	н/д	138	140	148	151	92	79	71

Таблица 3

Телефонный опрос поликлиник в 2010 и 2015 гг.

Годы	Показатели						
	Общее число обследованных поликлиник	Поликлиники, в которых работают психотерапевтические кабинеты		Работа психотерапевта на 1,0 ставки		Работа психотерапевта на 0,5 ставки и менее	
		п	%	п	%	п	%
2010	208	61	29,3	45	21,6	16	7,7
2015	184	17	9,2	7	3,8	10	5,4

Согласно результатам телефонного опроса в 2010 году в Западном и Северо-восточном округах психотерапевтическая помощь оказывалась в каждой второй поликлинике. В большинстве округов г.Москвы психотерапевты принимали в 16,0–25,0% поликлиник. В 2015 году эту помощь могли получить пациенты в 30,0% поликлиник Западного округа и в 11,8% поликлиник Северо-восточного округа. В трех округах г.Москвы психотерапевтические кабинеты отсутствовали, в остальных округах они имелись в 3,5–13,3% поликлиник.

В 2010 году в 45 поликлиниках (21,6%) был организован ежедневный психотерапевтический прием в одну смену (на 1 ставку). В 16 поликлиниках (7,7%) психотерапевты принимали пациентов 2 или 3 раза в неделю, работая от 2 до 6 часов в день (0,5 ставки и менее). В 2015 году только в 7 из 184 поликлиник (3,8%) психотерапевтические кабинеты работали ежедневно, имелась 1 занятая ставка психотерапевта, а в 10 поликлиниках (5,4%) – 0,5 ставки психотерапевта или менее.

Полученные результаты свидетельствуют, что обеспеченность психотерапевтической помощью в Москве и в 2010 году была сравнительно невелика. К 2015 году произошло еще большее снижение обеспеченности населения первичной медицинской сети психотерапевтической помощью. И это происходит несмотря на объективную существующую потребность в этой помощи пациентов первичной медицинской сети.

Таким образом, формирование трех-звеневой системы психиатрической (психотерапевтической) помощи в первичном звене здравоохранения с организацией психотерапевтических кабинетов в территориальных поликлиниках не получило дальнейшего развития и было практически прекращено [3]. В итоге попытки преобразовать систему охраны психического здоровья в первичном звене здравоохранения в который раз потерпели неудачу.

Деятельность типового психотерапевтического кабинета территориальной поликлиники

В ходе реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)» было проведено исследование, направленное на изучение частоты и структуры психических расстройств, с которыми обращаются к врачам поликлиники пациенты, проживающие в зоне ее обслуживания [9].

Первая часть исследования проводилась в ходе рутинного приема терапевтами пациентов своего участка. При этом участковый врач производил оценку психического состояния пациентов на основании специальной карты. После этого пациент обследовался врачом-психиатром, проводившим диагностическую оценку состояния пациентов и, при необходимости, назначавшим терапию. В

исследовании принимали участие 10 терапевтов и 3 врача-психиатра.

Вторая часть базировалась на анализе карт пациентов, впервые обратившихся в кабинет психотерапевта поликлиники, а также изучении числа всех повторных обращений пациентов, наблюдавшихся в кабинете в течение года.

Установлено, что среди пациентов психотерапевтического кабинета преобладали женщины – 86,3%, а мужчины составили – 13,7%. Такое распределение в целом соответствует соотношению женщин и мужчин в контингенте поликлиники.

Сравнение обследованных пациентов по возрасту свидетельствует об отсутствии существенных различий между лицами, обратившимися в психотерапевтический кабинет и к участковым терапевтам.

Лица старше 60 лет составляют среди пациентов психотерапевта 41,6%, доля пациентов этой возрастной категории среди пациентов поликлиники лишь незначительно выше и составляет 51,0%. Указанные различия объясняются большей представленностью среди пациентов психотерапевтического кабинета лиц в возрасте 30–50 лет. Как известно, пациенты именно этой возрастной группы составляют значительную часть больных с тревожными и соматоформными состояниями.

Существенный интерес представляет сопоставление результатов изучения обращаемости пациентов с психическими расстройствами к участковому терапевту и в психотерапевтический кабинет. Эти данные представлены в табл. 4.

Как следует из приведенных материалов, у большого числа пациентов (42,3%), обращающихся к участковому терапевту, отмечаются непсихотические психические расстройства. Определенная часть этих больных направляется в психотерапевтический кабинет. В результате у психотерапевта концентрируются больные трех основных категорий: пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (38,5%), с сосудистыми и органическими психическими расстройствами (36,0%), а также с аффективными расстройствами (24,8%). Самыми же частыми ведущими диагнозами являются органическое аффективное расстройство (19,3%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (16,8%), депрессивный эпизод (9,4%).

При этом следует обратить внимание, что психопатологическое состояние многих больных характеризуется сложной полиморфной структурой и сочетанием различных психических расстройств. Тем не менее, сочетание тревожно-депрессивных и органических расстройств в значительной степени определяет «психопатологическое лицо» поликлинической практики.

Поводом для направления пациентов на консультацию к психотерапевту являлось наличие тревожных, депрессивных проявлений, нарушений сна или других симптомов непсихотических психических рас-

Таблица 4

Сопоставление частоты выявления непсихотических психических расстройств у больных, обратившихся к врачам-терапевтам и врачам-психотерапевтам (психиатрам) поликлиники

	Пациенты, обратившиеся к терапевтам		Пациенты, обратившиеся к психотерапевтам	
	п	%	п	%
1. Органические расстройства	10	4,81	58	36,03
Сосудистая деменция	2	0,96	0	0
Органическое аффективное расстройство F06.3	2	0,96	31	19,25
Органическое астеническое расстройство F06.7	3	1,44	4	2,49
Органическое тревожное расстройство F06.4	2	0,96	15	9,32
Органическое расстройство личности F07	1	0,48	8	4,97
2. Алкоголизм	1	0,48	1	0,62
3. Шизофрения	2	0,96	0	0
4. Аффективные расстройства	14	6,73	40	24,84
Биполярное расстройство F31	0	0	1	0,62
Депрессивный эпизод F32	5	2,40	16	9,94
Рекуррентное расстройство F33	6	2,89	11	6,83
Дистимия F34.1	3	1,44	12	7,45
5. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	61	29,32	62	38,51
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2	16	7,69	27	16,77
Генерализованное тревожное расстройство F41.1	5	2,40	4	2,49
Паническое расстройство F41.0	4	1,92	7	4,35
Социальная фобия	1	0,48	5	3,11
Обсессивно-компульсивное расстройство	1	0,48	0	0
Соматоформные расстройства	11	5,29	9	5,59
Конверсионные расстройства	4	1,92	0	0
Неврастения	2	0,96	2	1,24
Расстройства сна неорганической природы	1	0,48	0	0
Реакция на стресс (кратковременная) F43.2+F43.22	12	5,77	4	2,48
Реакция на стресс (затяжная) F43.21	2	0,96	2	1,24
Посттравматическое стрессовое расстройство	2	0,96	2	1,24
Психически здоровы	120	57,70	0	0
Общее число пациентов	208	100	161	100

стройств, а также несоответствие жалоб пациента степени выраженности имеющихся у него соматических изменений, отсутствие достаточной положительной динамики при проведении терапии соматического заболевания. Среди пациентов, направленных различными специалистами в психотерапевтический кабинет, большую часть составили лица, часто обращающиеся за медицинской помощью, длительно болеющие, настаивающие на проведении многочисленных повторных исследований. Пациенты, как правило, имели длительный срок существования симптомов тревожно-депрессивных или других психических расстройств.

Анализ обращаемости пациентов в психотерапевтический кабинет в течение года позволил установить, что общее число посещений психотерапевтического кабинета (посещения пациентов, обратившихся впервые, повторные обращения пациентов в текущем году, повторные обращения пациентов, наблюдавшихся в предыдущие годы) составило – 1 170, причем на долю пациентов старше 60 лет пришлось 622 посещения. Длительность наблюдения за такими больными составила от 1 до 8 месяцев, в среднем 2,45 месяца, количество проведенных консультаций каждого из них колебалось от двух до девяти и в среднем составило – 3,26 на одного пациента. Представленные данные свидетельствуют о большой потребности пациентов первичной медицинской сети в квалифицированной психиатрической (психотерапевтической) помощи.

Динамика и маршруты движения больных тревожно-депрессивными и легкими когнитивными расстройствами (по данным катamnестического изучения), наблюдающихся в психотерапевтическом кабинете поликлиники

Как показывают результаты исследований, от 40 до 60% больных, обращающихся в поликлиники, страдают сопутствующими психическими расстройствами.

Низкая степень обеспеченности пациентов первичной медицинской сети психотерапевтической помощью в большой степени связана с недостаточным количеством психотерапевтических кабинетов и работающих в них психиатров, а также с низким уровнем взаимодействия психиатров, работающих в поликлинике, с врачами-интернистами.

Интерес представляют также причины, по которым пациенты не обращаются к психотерапевту, либо обращаются на поздних этапах заболевания. Для выяснения этих причин было предпринято изучение особенностей маршрутов движения пациентов, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, в поисках помощи. В процессе этой работы пациенты, впервые попавшие на прием к психотерапевту поликлиники, опрашивались по специальной методике о причинах, побудивших их обратиться в психотерапевтический кабинет, о тех эта-

пах, которые они прошли от момента появления первых психологических и соматических жалоб, о том, куда и с каким результатом они обращались в поисках помощи ранее.

Всего, таким образом, было опрошено 188 пациентов в психотерапевтических кабинетах двух поликлиник Москвы, а также в Центральной поликлинике Оренбургской муниципальной ГКБ. Полученные результаты представлены в таблицах.

Средний возраст опрошенных пациентов – 50,4 лет, в диапазоне от 18 до 85 лет.

Большинство пациентов, обратившихся в кабинет психотерапии, обнаруживали признаки тревожно-депрессивных расстройств, что подтверждается результатами скринингового исследования (табл. 5).

Таблица 5

Результаты скринингового исследования по выявлению тревожно-депрессивных расстройств в психотерапевтических кабинетах

Результаты скрининга	Абсолютное значение	%
Диагностически не значимые результаты	15	8,0
Диагностически значимые результаты	155	82,5
Нет данных	18	9,6

Средние показатели, характеризующие длительность психических расстройств, количество предшествующих обращений больных за помощью к врачам-непсихиатрам, количество проведенных им обследований, а также количество посещений психиатра, приведено в табл. 6.

Таблица 6

Средняя длительность заболевания (в мес.) и количество предшествующих обращений пациентов за помощью

Параметры	Количество наблюдений	Среднее значение	Стандартное отклонение
Средняя длительность психических расстройств (месяцы)	48	85,3	67,8
Количество обращений к врачам непсихиатрам	49	8,6	6,2
Количество обследований у непсихиатра	49	6,3	4,4
Количество обращений к психиатру	49	4,2	3,3

Средняя длительность заболевания составила более 7 лет. Пациенты обращались за помощью многократно. Частота посещений врачей соматических специальностей превышает обращаемость к психиа-

тру в 2 раза. Многие из этих пациентов неоднократно проходили обследования с целью поиска причин их плохого самочувствия.

В табл. 7 приведены оценки больными эффективности предшествующих обращений к врачам-интернистам и психиатрам.

Таблица 7

Результативность обращения к врачам соматических специальностей и психиатрам (психотерапевтам) по оценке пациентов

Обращения	Результат	Абсолютное значение	в %
К врачам соматических специальностей	Отрицательный	35	71,4
	Положительный	14	28,6
К психиатрам (психотерапевтам)	Отрицательный	11	22,5
	Положительный	38	77,6

Как следует из приведенных данных, пациенты с соматическими заболеваниями и сопутствующими психическими расстройствами в 71,4% наблюдений негативно оценивали свой опыт обращения к врачам – интернистам. В то же время, 77,6% обследованных больных, положительно оценивают результат лечения у психиатра (психотерапевта). Это коррелирует с достаточно высокой комплаентностью пациентов при лечении у психиатра. Она, по полученным данным, составляет 63,2%.

Изучение взаимосвязи стрессовых событий в жизни пациентов с возникновением соматических и психических расстройств, проведенное с использованием специальной методики (исследование совпадения по срокам наиболее значимых стрессовых событий с появлением симптомов психических и соматических расстройств), позволило выявить следующие результаты: более чем у 65% пациентов между стрессовыми событиями и появлением соматических или психологических симптомов отмечается совпадение два и более раза.

Как представлено в табл. 8, вероятность связи как соматических, так и психических расстройств со стрессовыми событиями весьма высока и составляет

Таблица 8

Вероятность совпадения стрессовых событий и возникновения соматических и психопатологических симптомов

Параметр	Количество наблюдений	Средняя вероятность	Стандартное отклонение
Вероятность совпадения соматических симптомов и стрессовых событий	45	0,48	0,41
Вероятность совпадения психопатологических симптомов и стрессовых событий	45	0,55	0,38

от 0,48 до 0,55. Возникновение стрессовых событий может не только провоцировать развитие заболеваний, но и способствовать затягиванию сроков обращения за помощью, в частности – к психиатру. Пациенты часто ошибочно считают, что психологические симптомы, появившиеся после стресса, не требуют специального лечения.

Анализ данных показал, что между частотой совпадения стрессовых событий с возникновением психологических и соматических симптомов и рядом параметров, обуславливающих более позднее обращение к специалистам, действительно существует взаимосвязь. Так, возникновение психических расстройств после стрессовых событий положительно и значимо коррелирует с попытками самолечения ($r=0,52$), а также с субъективной оценкой результата такого лечения как положительного ($r=0,62$).

Многие пациенты первичной медицинской сети с сопутствующими психическими расстройствами до обращения в психотерапевтический кабинет поликлиники посещали гомеопатов, целителей, церковь.

11,2% обследованных пациентов обращались за помощью к гомеопатам, при этом 75,0% из них оказались неудовлетворенными полученными результатами лечения.

9,6% пациентов искали помощи у целителей. Положительный эффект отметили 44,4% пациентов.

За помощью в церковь обращались 11,2% обследованных пациентов. Положительно результат оценили 81,0% обратившихся.

Для изучения взаимодействия психиатров и врачей первичного звена здравоохранения была исследована частота направления пациентов к психотерапевту в поликлинику различными специалистами. Соответствующие данные представлены в табл. 9.

Таблица 9

Направление к психиатру (психотерапевту) поликлиники

Кто направил	n	%
Участковый терапевт	34	33,7
Невролог	16	15,8
Гинеколог:	8	8,0
Ревматолог:	5	4,9
Отоларинголог	2	2,0
Кардиолог:	1	1,0
Самостоятельно:	27	26,7
Родственники	5	5,0
Друзья	3	3,0

Результаты, представленные в таблице, свидетельствуют, что наиболее часто на консультацию направляют к психотерапевту участковые терапевты (33,7%). Врачи других специальностей рекомендуют консультацию у психотерапевта значительно реже.

Вторым по значимости является самостоятельное обращение (26,7%).

Данное обстоятельство свидетельствует о необходимости повышения компетентности врачей поликлиник в области диагностики непсихотических психических расстройств, целесообразности более раннего направления пациентов на консультацию к врачу-психотерапевту (психиатру).

Важно также указать, что имеются довольно большие контингенты больных (10–20%), которые на протяжении длительного времени, несмотря на наличие симптомов психических расстройств, не обращаются к психиатру (психотерапевту). В эту группу входят немолодые пациенты, нередко с высшим или незаконченным высшим образованием. Они отличаются стремлением к самостоятельному совладанию с симптомами психического расстройства, в частности, за счет самолечения.

Еще одну группу пациентов, пытающихся справиться с симптомами психического расстройства без помощи врачей, представляют лица, склонные к магическому мышлению. Одни из них ищут помощи у парамедиков и целителей, другие обращаются за помощью в церковь. При этом результативность «лечения» у парамедиков оценивается как самая низкая. Чуть выше – у целителей. Наиболее эффективным по мнению принявших участие в опросе пациентов, является помощь в церкви. В процессе многочисленных бесед с пациентами было выяснено, что большая группа из них при появлении первых симптомов психического расстройства ищет способы самостоятельного преодоления возникающих проблем. Поддержка для этого черпается в семье, у друзей, либо в церкви, у целителей, у гомеопатов.

При неэффективности использования этих ресурсов лица с непсихотическими психическими расстройствами обращаются к врачам в поликлинику, в первую очередь к участковым терапевтам. Этот этап является во многом определяющим для последующего маршрута пациента. В случае, если пациент направляется на многочисленное обследование и дополнительные консультации, маршрут удлиняется и сроки получения квалифицированной психиатрической помощи увеличиваются.

В тех же случаях, когда участковые терапевты активно консультируются с психиатром (психотерапевтом), пациент быстро получает необходимую помощь. В этом случае многое зависит от квалификации психиатра (психотерапевта).

Заключение

Таким образом, обеспеченность психотерапевтической (психиатрической) помощью пациентов первичного звена здравоохранения снижается. Несмотря на большую потребность в ней, происходит уменьшение количества психотерапевтических кабинетов и числа работающих в них психиатров, что свидетельствует о необходимости изменения методоло-

гии, организации, финансирования, структуры психотерапевтической (психиатрической) помощи в первичном звене здравоохранения.

До настоящего времени остаются нерешенными задачи повышения ее доступности и приближения психиатрической помощи к населению. Руководители здравоохранения различных уровней недооценивают значимость проблемы психического здоровья. В стране не сформирована специальная система обучения врачей-психиатров и психотерапевтов для учреждений первичного звена здравоохранения. Психиатры и психотерапевты мало подготовлены по вопросам соматической медицины и медицинской психологии. Уровень знаний и умений участковых терапевтов по вопросам психического здоровья еще в большей степени не удовлетворяет потребностям оказания помощи лицам с психическими расстройствами. Существенные пробелы остаются в организационных подходах к оказанию психотерапевтической (психиатрической) помощи в первичном звене здравоохранения.

Повышение роли психиатров в общей медицинской сети позволит приблизить психотерапевтическую помощь к населению, диагностировать заболевания на ранних этапах, предупреждать развитие тяжелых форм психической патологии, решать важную задачу современного здравоохранения по улучшению качества жизни пациентов. Необходимым условием является учет психологических факторов в возникновении и прогрессировании различных форм соматических заболеваний, а также использование современных психотерапевтических и психофармакологических методов в лечебно-реабилитационном процессе.

Создание новой системы психиатрической (психотерапевтической) помощи больным с неглубокими психическими расстройствами в условиях первичной медицинской сети требует изучения существующих, а также разработки новых современных форм внебольничной психиатрической работы.

В ходе реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)» обоснована и разработана модель психиатрического и медико-психологического сопровождения первичного звена здравоохранения, основным компонентом которой является формирование профессионального взаимодействия между психиатром, работающим в психотерапевтическом кабинете поликлиники, и участковыми врачами – терапевтами. Важным звеном этой модели является повышение квалификации врачей первичного звена здравоохранения в диагностике наиболее распространенных непсихотических расстройств, использование приемлемых в амбулаторной практике средств, развитие у врачей коммуникативных навыков, а также освоение ими правовых, этических стандартов работы с пациентами, имеющими психические нарушения [10].

Создание психиатрической (психотерапевтической) помощи в общей медицинской сети, и особенно в первичном звене, соответствующей потребностям населения и современной методологии оказания медицинской помощи, требует значительных усилий как от организаторов здравоохранения, специалистов в области психиатрии, так и врачей соматических специальностей.

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. 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.
3. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 572 с.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Рыбина Н.А. распространенность психических расстройств у больных общей медицинской практики и методы их выявления // *Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: Избранные материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург 21–22 мая 2009г.* / Под ред. Н.Г.Незнанова. СПб.: Изд. СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-та им. В.М.Бехтерева, 2009. С. 157–158.
8. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В., Старостина Е.Г., Кузнецова М.В. Проблемы, предпосылки и необходимые мероприятия по улучшению взаимодействия психиатрической (психотерапевтической) службы с врачами первичного звена здравоохранения // *Психическое здоровье*. 2011. № 8. С. 3–11.
9. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В. Организационные основы психиатрического сопровождения первичного звена здравоохранения. 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. 328 с.
10. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013. Т. 23, № 4. С. 5–13.
11. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.
12. Ястребов В.С. Организационные аспекты внебольничной и стационарной психиатрической помощи // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1991. Т. 91, № 1. С. 3–6.
13. Gillies R.R., Chenok K.E., Shortell S.M., Pawlson G., Wimbush J.J. The Impact of Health Plan Delivery System Organization on Clinical Quality and Patient Satisfaction // *Health Services Research*. 2006. Vol. 41. P. 1181–1199.
14. Simoons S., Scott A. Integrated Primary Care Organizations: To What Extent Is Integration Occurring and Why? // *Health Services Management Research*. 2005. Vol. 18. P. 25–40.
15. 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.
16. WHO | World Health Organization initiative on Depression in Public Health // World Health Organization, 2006, (http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition).

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ И ПОТРЕБНОСТЬ

Т.В. Довженко, А.Е. Бобров, В.Н. Краснов, О.С. Антипова, Д.М. Царенко

В статье рассматриваются вопросы оказания психиатрической помощи пациентам первичной медицинской сети. Анализируются данные, свидетельствующие о неуклонном снижении в последние годы обеспеченности этой помощью в России в целом, и в Москве в частности. Приводятся результаты исследования, подтверждающие значительную потребность пациентов территориальных поликлиник в психо-

терапевтической (психиатрической) помощи. Предлагаются направления совершенствования этой помощи.

Ключевые слова: психотерапевтическая помощь в первичном звене здравоохранения, снижение обеспеченности, значительная потребность, направления совершенствования.

PSYCHIATRIC CARE IN PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM: ACCESSIBILITY AND DEMAND

T.V. Dovzhenko, A.E. Bobrov, V.N. Krasnov, O.S. Antipova, D.M. Tsarenko

This article deals with the issue of provision of psychiatric care for patients visiting primary health care facilities. The authors analyze the data that show persistent decrease of accessibility of this kind of care in recent years both in Russia and in Moscow. The authors present the results of investigation that confirm considerable demand for

psychotherapeutic (psychiatric) care in patients of territorial general polyclinics. The authors also propose the ways for development of such care.

Key words: psychotherapeutic care in primary health care, poor accessibility, considerable demand, directions for development

Довженко Татьяна Викторовна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: dtv99@mail.ru

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Краснов Валерий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Антипова Ольга Сергеевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Царенко Дмитрий Михайлович – старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России