

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ ПОЛИКЛИНИКИ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ ПО КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МОДЕЛИ И МОДЕЛИ СОПРОВОЖДЕНИЯ

А. Е. Бобров, М. В. Кузнецова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Важнейшим направлением модернизации психиатрической службы является расширение участия специалистов по психическому здоровью в деятельности первичной медико-санитарной помощи [3, 4, 11, 14]. Определяющую роль при этом играет характер профессионального взаимодействия между врачами-интернистами, психиатрами, медицинскими психологами и социальными работниками [2, 9, 10, 12, 13].

В настоящее время наиболее распространенной в нашей стране является консультативная модель такого взаимодействия, которая характеризуется тем, что пациентов, которые, по мнению лечащего врача-интерниста, страдают психическими расстройствами, направляют на консультацию к психиатру или психотерапевту. Данная модель позволяет осуществлять раннюю диагностику психических нарушений у пациентов, обращающихся в медицинские учреждения, и предотвращать их наиболее тяжелые последствия. Однако консультативная модель имеет серьезные ограничения, связанные с эпизодическим характером консультативной работы, несоблюдением преемственности при ведении пациентов, а также психологическим отношением интернистов к психиатрии [2]. Кроме того, она не обеспечивает надлежащий контакт между врачом и пациентом, что сказывается на комплаентности пациентов.

Другая модель – модель медико-психологического и психиатрического сопровождения – была разработана сотрудниками Московского НИИ психиатрии [4–7]. Она характеризуется тем, что психиатр передает часть компетенций по диагностике и ведению пациентов с психическими расстройствами участковым терапевтам, оставляя за собой образовательные и координирующие функции. Важным элементом этой модели является обучение и постоянное профессиональное сопровождение деятельности участковых терапевтов со стороны работающего в поликлинике врача-психотерапевта. Ключевым компонентом является формирование индивидуализированных профессиональных взаимоотношений между психиатром, работающим в психотерапевтическом кабинете поликлиники, и участковыми врачами-терапевтами путем проведения совместных конференций и осмотров, динамического наблюдения за больными, а также осуществления ограниченных психокоррекционных и психообразовательных мероприятий. В ходе такого взаимодействия психиатр не только обсуждает тактику лечения психических расстройств у курируемых пациентов и показывает интернисту возможности биопсихосоциального подхода, но и постепенно делегирует участковому врачу некоторые функции по охране психического здоровья.

С учетом сказанного, настоящее исследование посвящено сравнению эффективности взаимодействия участковых терапевтов и психотерапевта, осуществлявшегося в соответствии с консультативной моделью и моделью сопровождения. С этой целью анализировалась частота и структура направлений пациентов, происходивших в рамках разных организационных моделей, а также назначение участковыми врачами психофармакологических средств. Кроме того, была предпринята попытка учесть влияние на указанные показатели психологических особенностей самих участковых терапевтов.

С учетом сказанного, настоящее исследование посвящено сравнению эффективности взаимодействия участковых терапевтов и психотерапевта, осуществлявшегося в соответствии с консультативной моделью и моделью сопровождения. С этой целью анализировалась частота и структура направлений пациентов, происходивших в рамках разных организационных моделей, а также назначение участковыми врачами психофармакологических средств. Кроме того, была предпринята попытка учесть влияние на указанные показатели психологических особенностей самих участковых терапевтов.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе одной из московских поликлиник, где в рамках реализации соответствующей программы был создан и на протяжении двух лет функционировал психотерапевтический кабинет [8]. В процессе этой работы был поставлен организационный эксперимент. Его суть состояла в сравнении деятельности участковых терапевтов, работающих в рамках традиционной консультативной модели и модели сопровождения.

В поликлинике на момент начала исследования имелось 12 занятых должностей участковых тера-

певтов. Из числа работавших врачей случайным методом было отобрано шесть человек, которые составили основную группу. Все врачи основной группы – женщины. Их средний возраст составил $45,0 \pm 12,7$ лет, а средний стаж работы – $21,8 \pm 12,8$ лет. Врачи основной группы работали в постоянном контакте с психотерапевтом, что является одним из важных компонентов модели сопровождения. С ними были проведены обучающие занятия. Кроме того, психотерапевт регулярно (2–3 раза в месяц) посещал этих врачей, заочно обсуждал с ними тактику ведения больных, сделанные ими назначения, давал советы, касающиеся психологических аспектов взаимодействия с больными.

Оставшиеся шесть врачей вошли в контрольную группу. В ней было 5 женщин и 1 мужчина. Их средний возраст составлял $41,6 \pm 15,4$ лет, а средний стаж работы – $18,4 \pm 15,6$ лет. С врачами контрольной группы специальных обучающих и поддерживающих мероприятий не проводилось. Однако в случае возникновения запросов от врачей контрольной группы с ними могли проводиться разовые консультации.

Один из врачей основной группы и два врача из контрольной группы за время исследования уволились. С учетом этого в соответствующие группы были включены врачи, принятые на работу в поликлинику на место выбывших.

Частота и характер назначавшихся участковыми терапевтами психофармакологических средств фиксировалась по их записям в журнале учета назначения психофармакологических препаратов и копиям рецептурных бланков.

В процессе исследования производилась оценка следующих показателей: количество направлений участковыми терапевтами пациентов к психотерапевту, нозологическая квалификация психопатологических состояний, с которыми эти пациенты приходили, частота и характер самостоятельного применения участковыми терапевтами психотропных препаратов. С учетом изменения персонального состава врачей указанные показатели анализировались в расчете на занимаемую должность участкового терапевта.

Для изучения влияния на эти показатели психологических факторов врачи основной и контрольной группы были обследованы психологически – с помощью методики 16ЛФ [1].

Результаты

Всего за период наблюдения участковые терапевты направили к психотерапевту 85 пациентов, из них 49 человек было направлено врачами основной группы, а 36 – контрольной. При этом, как следует из табл. 1, в среднем на одну должность участкового терапевта основной группы приходилось заметно больше направлений к психотерапевту.

Из этой таблицы нетрудно видеть, что среднее квадратичное (стандартное) отклонение по показателю общего количества направленных пациентов в контрольной группе заметно превышает средние значения. Данное обстоятельство может указывать на наличие выскакивающих значений. Для обнаружения таких значений была использована таблица вероятностей для выскакивающих переменных по Н.А.Цейтлину. При этом было обнаружено, что значение показателя количества направленных больных для одного из участковых терапевтов контрольной группы (врач N) с вероятностью $\alpha > 0,05$ является выскакивающим. Говоря другими словами, врач N направлял пациентов к психотерапевту необычно часто, что позволяет исключить данные, характеризующие его деятельность, из анализа.

После проведения корректировки данных, как видно из табл. 1 (контрольная группа, скорректированные данные), вследствие уменьшения вариабельности рассматриваемого показателя между основной и контрольной группой появляются статистически достоверные различия. При этом оказывается, что участковые терапевты основной группы направили к психотерапевту в 2,9 раза больше больных, чем врачи контрольной группы.

Для сопоставления работы врачей основной и контрольной группы большое значение имеет также характер психопатологических расстройств, с которыми пациенты направлялись к психотерапевту от участковых терапевтов. В табл. 2 приведены ведущие психиатрические диагнозы, выставленные психотерапевтом пациентам, которых направляли врачи основной и контрольной групп.

Как следует из табл. 2, между больными основной и контрольной групп имеются определенные различия. Участковые терапевты основной группы достоверно чаще, чем врачи контрольной группы, направляли к психотерапевту больных с невротическими, связанными со стрессом и сомато-

Таблица 1

Количество больных, направленных к психотерапевту за период наблюдения, врачами основной и контрольной группы

Группа	Количество должностей	Количество направлений					р (U-критерий Манна-Уитни)
		Всего	Среднее	Медиана	СКО	ИПР 80% (от; до)	
Основная	6	49	8,2	6	4,6	4; 15	
Контрольная	7	36	5,1	3	6,5	0; 19	0,138
Контрольная, скорректированные данные	6	17	2,8	2,5	2,5	0; 7	0,026

Примечания: СКО – среднее квадратичное отклонение; ИПР 80% – интерпроцентильный размах от 10 до 90%.

Частота (абсолютное количество и медиана) направления больных с различными психическими расстройствами к психотерапевту участковыми терапевтами основной и контрольной группы

Психиатрические диагнозы	Абс. количество		Медиана (ИПР 80%)		p (U-критерий Манна-Уитни)
	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная	
Органические психические расстройства	9	3	1,5 (0;3)	0,5 (0;1)	0,093
Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	1	2	0 (0;1)	0 (0;1)	0,699
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	2	0	0 (0;1)	0 (0;0)	0,394
Аффективные расстройства	11	3	1,5 (0;5)	0 (0;2)	0,240
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	22	8	4 (0;5)	1,5 (0;3)	0,026

Примечания: ИПР 80% – интерпроцентильный размах от 10 до 90%.

формными расстройствами. Кроме того, они заметно чаще направляли пациентов с органическими и аффективными расстройствами. Однако вследствие небольшого количества наблюдений и разброса этого показателя между отдельными врачами указанные различия проявляются лишь в виде статистически недостоверных трендов.

На следующем этапе работы был произведен анализ зависимости характера назначения психофармакологических средств от модели организации психотерапевтической помощи. Эти результаты приведены в табл. 3.

Представленные данные свидетельствуют, что достоверных различий между группами по частоте назначения психофармакологических средств не обнаруживается, хотя общее количество назначений в контрольной группе выше. Особенно эти различия заметны в отношении транквилизаторов и снотворных, а также антипсихотиков. Очевидно, что отсутствие статистической достоверности различий между группами обусловлено высокой межиндивидуальной вариабельностью анализируемого показателя, о чем свидетельствует большой интерпроцентильный размах.

Особый интерес представляет изучение влияния на характер взаимодействия с пси-

хотерапевтами индивидуальных особенностей участковых терапевтов. Статистический анализ показал, что по возрасту, полу и стажу врачебной деятельности между ними статистически достоверных различий не имелось. Однако отмечались некоторые различия по психологическим характеристикам.

На диаграмме приведены усредненные результаты тестирования врачей основной и контрольной группы с помощью психологического теста 16ЛФ (рис.1). На ней отражены также результаты обследования врача N, который отличался повышенной



Рис. 1. Результаты обследования (средние значения) участковыми терапевтами основной и контрольной группы

Частота (абсолютное количество и медиана) назначения различных психофармакологических средств участковыми терапевтами основной и контрольной группы

Назначения	Абс. количество		Медиана (ИПР 80%)		p (U-критерий Манна-Уитни)
	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная	
Общее количество назначений	260	372	39,5 (7;84)	56 (22;118)	0,394
Транквилизаторы и снотворные	234	352	37 (7;66)	54,5 (21;114)	0,485
Антипсихотики	14	1	1,5 (0;9)	0 (0;1)	0,093
Антидепрессанты	4	11	0 (0;4)	0,5 (0;1)	0,394
Нормотимики/ противосудорожные	1	0	0 (0;1)	0 (0;0)	0,699
Ноотропы	4	5	0,5 (0;2)	1 (0;2)	0,699

Примечания: ИПР 80% – интерпроцентильный размах от 10 до 90%.

частотой направления пациентов с психическими расстройствами к психотерапевту.

Дисперсионный анализ результатов тестирования показал, что статистически достоверные различия между группами участковых терапевтов обнаруживались только по одному фактору – Q1 (соотношение между консерватизмом и радикализмом), причем значения по этой шкале в обеих группах не выходили за пределы нормы, а различия между ними были минимальными ($p=0,045$).

Особый интерес представляет анализ результатов тестирования врача N из контрольной группы. В его личностном профиле отмечалась чрезвычайно высокая потребность придерживаться социальных стандартов поведения (фактор G), а также тенденция к корректности, дипломатичности и социальному расчету (фактор N). Кроме того, у этого врача обнаруживались невротические черты (фактор O) и тенденция к радикализму (фактор Q1).

Для оценки влияния различных факторов на показатели взаимодействия участковых врачей с психотерапевтом было построено уравнение множественной пошаговой регрессии, где в качестве зависимой переменной использовался показатель количества пациентов, направленных ими к психотерапевту. В качестве независимых переменных применялись следующие показатели – включение в основную группу, возраст, профессиональный стаж, а также результаты психологического тестирования по шкалам 16ЛФ.

Как следует из приведенных в табл. 4 данных, включение врача в основную группу в сочетании с выраженной экспрессивностью его поведения (фактор F) оказывают решающее влияние на возрастание количества направлений пациентов к психотерапевту со стороны участковых врачей ($n=11$; скорректированный $R^2=0,699$; $p=0,003$).

Соответствующие результаты в графическом виде приведены на рис. 2. На диаграмме показано, насколько существующие показатели направления



Рис. 2. Предсказанные и наблюдаемые значения показателя общего количества направлений к психотерапевту

больных к психотерапевту отклоняются от предсказанных на основании построенного уравнения регрессии для каждого из участковых терапевтов.

Аналогичным образом было осуществлено изучение зависимости количества назначаемых участковыми терапевтами психофармакологических препаратов от их индивидуальных особенностей. С учетом сказанного, количество назначаемых ими психофармакологических препаратов явилось зависимой переменной. В качестве независимых переменных были выбраны те же самые, что и при изучении факторов, оказывающих влияние на количество направляемых к психотерапевту больных. Это включение в основную группу, возраст, профессиональный стаж, а также результаты психологического тестирования по шкалам 16ЛФ.

Результаты построения множественной пошаговой регрессии приведены в табл. 5. В результате анализа данных, полученных по 10 наблюдениям, скорректированный $R^2=0,730$ при $p=0,004$.

Таблица 4

Результат множественной пошаговой регрессии для переменной «общее количество направленных пациентов» ($n=11$)

	БЕТА	Стандартная ошибка БЕТА	B	Стандартная ошибка B	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Свободный член			-4,551	2,451	-1,857	0,100
Включение в основную группу	0,734	0,175	6,400	1,523	4,203	0,003
F	0,552	0,175	1,365	0,431	3,164	0,013

Примечания: B – нестандартизованный коэффициент регрессии; БЕТА – стандартизованный коэффициент регрессии.

Таблица 5

Результат множественной пошаговой регрессии для переменной «количество назначаемых психофармакологических препаратов» ($n=10$)

	БЕТА	Стандартная ошибка БЕТА	B	Стандартная ошибка B	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Свободный член			-108,797	34,052	-3,195	0,015
G Шкала G теста 16ЛФ	0,640	0,175	15,659	4,276	3,662	0,008
Q1 Шкала Q1 теста 16ЛФ	0,538	0,175	8,935	2,902	3,079	0,018

Примечания: B – нестандартизованный коэффициент регрессии; БЕТА – стандартизованный коэффициент регрессии.

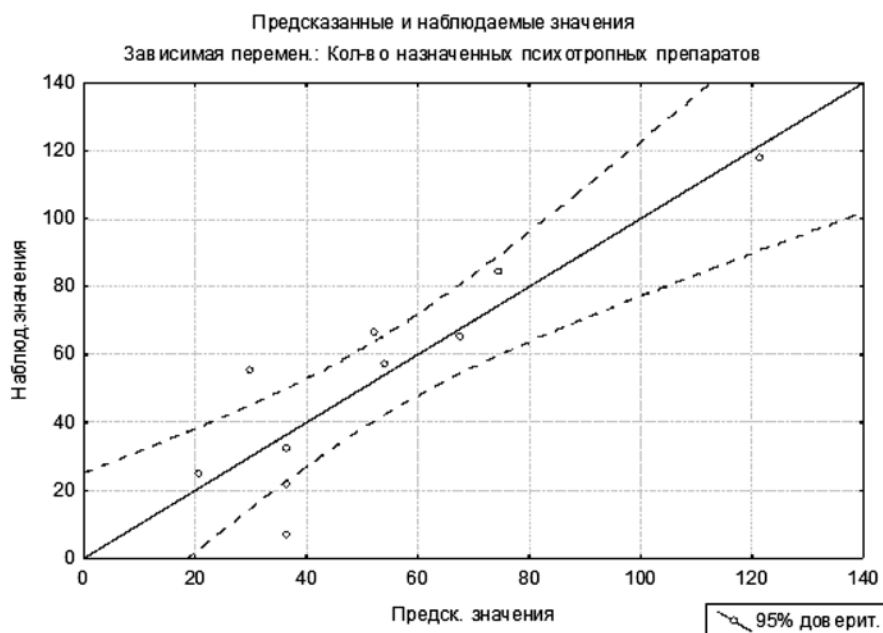


Рис. 3. Предсказанные и наблюдаемые значения показателя количества назначаемых участковыми терапевтами психофармакологических препаратов

Как следует из этой таблицы, количество применяемых психофармакологических препаратов в решающей степени зависит от личностных особенностей врачей. В частности, приверженность социальным нормам (фактор G) и тенденция к радикализму (фактор Q1) определяют частоту назначения врачами препаратов этой категории.

В графическом виде эти результаты приведены на рис. 3.

Обсуждение

Таким образом, результаты исследования показали, что модель организации взаимодействия психотерапевта с участковыми терапевтами имеет очень большое значение. Использование принципов сопровождения позволяет фактически в три раза повысить количество направлений со стороны участковых терапевтов. Данное обстоятельство можно объяснить изменением организации деятельности психотерапевта, повышением его роли в поликлинике, а также преодолением профессиональных барьеров и ростом психиатрической компетентности участковых терапевтов. В результате у них улучшаются навыки распознавания психических расстройств, а также повышается осознание необходимости и возможности лечить таких пациентов [5, 11]. Это в первую очередь касается группы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, но также затрагивает и другие категории психических расстройств.

В то же время исследование показало, что простая и ограниченная реорганизация деятельности психотерапевта на уровне отдельной поликлиники недостаточна для того, чтобы участковые вра-

чи принимали на себя ответственность за ведение больных с непсихотическими психическими расстройствами [2]. Наоборот, полученные данные свидетельствуют о том, что врачи основной группы назначали психофармакологические препараты, преимущественно бензодиазепиновые транквилизаторы и снотворные, реже, чем врачи контрольной группы. Данное обстоятельство скорее всего объясняется тем, что участковые терапевты, взаимодействующие с психотерапевтом, охотно передавали эту функцию психотерапевту, а также подходили к назначению психофармакологических препаратов более обдуманно. При этом определяющую роль в назначении таких препаратов играли психологические факторы. Ведущее место среди этих факторов занимали приверженность социальным нормам (фактор G) и тенденция к радикализму как потребность в новизне, новых социальных контактах и ситуациях с элементами риска (фактор Q1) [1]. Сочетание указанных факторов создает условия для конструктивной оптимизации врачами своей профессиональной деятельности, поскольку стремление к изменениям реализуется у них под контролем просоциальных установок.

Все это может указывать на то, что врачи основной группы под влиянием взаимодействий с психотерапевтом становятся в целом более осторожными в применении психофармакологических препаратов, поэтому общее количество применяемых ими фармакологических средств меньше, чем в контрольной группе. Вместе с тем, это может свидетельствовать и о том, что при тесных контактах с психотерапевтом участковые врачи чаще полагаются на то, что соответствующие назначения сделает именно психотерапевт.

Все это может указывать на то, что врачи основной группы под влиянием взаимодействий с психотерапевтом становятся в целом более осторожными в применении психофармакологических препаратов, поэтому общее количество применяемых ими фармакологических средств меньше, чем в контрольной группе. Вместе с тем, это может свидетельствовать и о том, что при тесных контактах с психотерапевтом участковые врачи чаще полагаются на то, что соответствующие назначения сделает именно психотерапевт.

С учетом сказанного, очевидно, что для усиления терапевтической активности участковых врачей в отношении пациентов с психическими расстройствами необходимо видоизменение учебных программ тематического усовершенствования, а также проведение ряда серьезных обучающих мероприятий, относящихся к компетенции органов управления здравоохранением [6].

Исследование также показало, что на характер взаимодействия между врачами-психотерапевтами и участковыми терапевтами определенное влияние оказывают психологические особенности врачей. Немаловажное значение в этом отношении имеет психологическая экспрессивность в поведении участковых терапевтов (фактор F).

Указанный психологический фактор отражает склонность индивидуума к спонтанной реализации в поведении эмоциональных реакций и актуальных психологических установок, сочетающейся со стремлением вовлечь окружающих в общую деятельность. Расширение компетенции таких специалистов сопровождается существенным повышением их профессиональной активности и взаимодействия с коллегами, что очевидно и облегчает их включение в технологическую цепочку медико-психологического и психиатрического сопровождения пациентов поликлиники.

К ограничениям проведенного исследования следует отнести, прежде всего, незначительное коли-

чество наблюдений, что было обусловлено условиями проведения организационного эксперимента в одной поликлинике.

Кроме того, при статистическом анализе материала были сделаны допущения, связанные с использованием регрессионного анализа в отношении показателя общего количества направлений к психотерапевту, распределение которого отклонялось от нормального. Указанное допущение было сделано с учетом того, что при увеличении количества наблюдений распределение данной переменной стремится к нормальному. Также была осуществлена проверка полученных результатов с помощью методов непараметрической статистики (логит-регрессия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. Предисловие Т.Барлас. 3-е изд., испр. и доп. М.: «БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ», 2011. 320 с.
2. Бобров А.Е. Могут ли врачи общего профиля применять антидепрессанты? // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, № 6. С. 444–449.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
4. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Довженко Т.В. Аналитический отчет «О проблемных ситуациях, возникающих у врачей первичной и общей медицинской помощи при ведении больных с непсихотическими психическими расстройствами». М., 2010. 49 с.
5. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Довженко Т.В. Научный отчет «Разработка механизмов комплексной диагностики и полипрофессионального ведения больных с непсихотическими расстройствами в условиях первичного звена здравоохранения». М., 2010. 87 с.
6. 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. Т. 63, № 8. С. 3–11.
7. Краснов В.Н. (Ред.) Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов). М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2012. Часть 2. С. 10–31.
8. Кузнецова М.В., Бобров А.Е. Опыт организации психотерапевтического кабинета на базе территориальной поликлиники: динамика и структура обращений на протяжении первых полутора лет // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 15–20.
9. Холмогорова А.Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г. и соавт. Взаимодействие специалистов в комплексном лечении психических расстройств // Консультативная психология и психотерапия. 2001. № 4. С. 144–153.
10. Kessler R.C., Wang P.S. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States // Ann. Rev. Public Health. 2008. Vol. 29. P. 115–129.
11. Nickels M.W., McIntyre J.S. A model for psychiatric services in primary care setting // Psychiatr. Serv. 1996. Vol. 47, N 5. P. 522–526.
12. Ormel J., von Korff M., Oldehinkel T. et al. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients // Psychol. Med. 1999. Vol. 29. P. 847–853.
13. Oud M.J., Schuling J., Groenier K.H. et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study // BMC Fam. Pract. 2010. Vol. 11. P. 92. (doi:10.1186/1471-2296-11-92)
14. Thomas R.V., Corney R.H. A survey of links between mental health professionals and general practice in six district health authorities // Br. J. Gen. Pract. 1992. Vol. 362, N 42. P. 358–361.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ ПОЛИКЛИНИКИ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ ПО КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МОДЕЛИ И МОДЕЛИ СОПРОВОЖДЕНИЯ

А. Е. Бобров, М. В. Кузнецова

Активизация взаимодействия психотерапевтов с врачами первичного звена здравоохранения является актуальной научно-организационной проблемой. Цель исследования состояла в анализе эффективности ряда элементов модели медико-психологического и психиатрического сопровождения, разработанной сотрудниками Московского НИИ психиатрии для первичной медико-санитарной помощи. Дополнительной задачей явилось изучение влияния роли индивидуальных характеристик участковых терапевтов на их взаимодействие с психотерапевтом.

На базе одной из поликлиники Москвы был осуществлен организационный эксперимент, в ходе которого шесть участковых терапевтов (основная группа) в своей работе использовали элементы модели сопровождения, а семь (контрольная группа) работали по старой – консультативной модели.

Результаты показали, что участковые терапевты основной группы в 2,9 раза чаще, чем врачи контрольной группы, направляли своих пациентов в психотерапевтический кабинет ($p=0,026$). При этом среди таких пациентов преобладали больные с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами ($p=0,029$). В основной группе отмечалась также тенденция к увеличению больных

с органическими и аффективными расстройствами. Было обнаружено, что врачи основной группы заметно реже назначали психофармакологические препараты, в особенности, транквилизаторы и снотворные. Однако вследствие значительной индивидуальной вариабельности, эти различия не были статистически значимыми.

С помощью теста 16ЛФ были выделены личностные особенности участковых терапевтов, оказывающие влияние на их взаимодействие с психотерапевтом. Так, экспрессивность поведения (фактор F) способствует более частому направлению пациентов к психотерапевту, а приверженность социальным нормам (фактор G) и тенденция к радикализму и новизне (фактор Q1) сочетается с более частым применением психофармакологических препаратов.

Таким образом, модель сопровождения способствует активизации взаимодействия участковых терапевтов с психотерапевтом и приводит к более сбалансированному применению ими психофармакологических препаратов. Существенное влияние на профессиональное взаимодействие оказывают личностные особенности врачей.

Ключевые слова: организационная модель, первичное звено здравоохранения, поликлиника, участковые терапевты, психотерапевт, психотерапевтическая помощь.

INTERACTION OF THERAPISTS AND GENERAL PRACTITIONERS: COMPARISON OF RESULTS WITH CONSULTATION VS. GUIDANCE MODELS

A. E. Bobrov, M. V. Kuznetsova

More active interaction between psychotherapists and general practitioners in polyclinics is one of challenges in organization of health care. This investigation aimed at analysis of effectiveness of several elements of medico-psychological and psychiatric guidance developed in the Moscow Research Institute of Psychiatry for primary care system. Besides, the authors had the intention to study the role of individual characteristics of general practitioners for their interaction with a colleague psychotherapist.

The authors describe the experiment organized in one of Moscow general polyclinics. Within framework of this experiment, six general practitioners used in their work the elements of guidance model while seven other general practitioners (controls) followed the traditional consultation model.

Results show that the general practitioners that used elements of guidance referred their patients to a psychotherapeutic unit 2,9 more frequently than controls ($p=0,026$). Among the patients referred to the therapist happened to prevail patients with neurotic, stress-related and somatoform disorders ($p=0,029$). In the first group of general

practitioners, also seemed to show a tendency to increasing number of patients with organic and affective disorders. They prescribed less psychotropic medication, specifically, tranquilizers and hypnotics. However, because of noticeable statistical variance, these differences were not significant.

The authors used the 16PF test to explore the personality characteristics of the general practitioners that could play a role in their interaction with a therapist. So, expressive behavior (Factor F) was associated with more frequent referring patients to the psychotherapist while adherence to social norms, rule-consciousness (Factor G) and tendency to radicalism and novelty (Factor Q1) were associated with higher frequency of using psychopharmacological medication.

Thus, the guidance model appears to promote cooperation of general practitioners with psychotherapists and leads to a more balanced use of psychotropic drugs. Doctor's personal characteristics happen to play an important role in cooperation with other professionals.

Key words: organizational model, primary health care, polyclinic, general practitioners, psychotherapist, psychotherapeutic care.

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

Кузнецова Мария Валерьевна – аспирантка отдела психотерапии и консультативной психиатрии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: pk104@mail.ru