

ИНТЕГРАЦИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В ОБЩЕВРАЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Е. Л. Николаев, Ф. В. Орлов

*Республиканский психоневрологический диспансер
(психотерапевтический центр),
Чувашский государственный университет, г. Чебоксары*

Развитие отечественной психиатрии и клинической психологии в последние десятилетия характеризуется растущим осознанием необходимости целостного подхода к проблеме психического здоровья. Биопсихосоциальный подход, пришедший на смену биологическому и психологическому редукционизму, завоевывает все больше сторонников (1, 4). Параллельный процесс набирает силу и в других областях медицины. Становление института врача общей (семейной) практики закономерно сопровождается изменением доминирующей в сознании врача непсихиатра парадигмы мышления, основанной на абсолютизации роли биологических факторов. Давно признанная психиатрами концепция психосоматических взаимоотношений сегодня не только подтверждается, но и находит широкое практическое применение в общей врачебной практике, свидетельством чему является постоянно растущее число публикаций в научной печати (7–9). В то же время целостность человека как организма и личности не может отождествляться исключительно с выделением телесного и душевного начал его существования. Человеческая сущность намного шире и многогранней, в том числе и в области, связанной со здоровьем и болезнью.

Здоровье в его интегральном понимании может быть определено как фундаментальная способность человека к устойчивому гармоничному развитию и обеспечению высокого качества жизни каждого индивида и общества в целом. В связи с этим помимо соматического (телесного) и психического (душевного) здоровья целесообразно выделять еще одно обязательное условие. Полноценное существование человека невозможно без критического осмысления и поиска своего собственного пути в жизни, что иногда выделяется как психологическое (духовное) здоровье (2).

В практике работы семейного врача в силу объективных и субъективных причин могут игнорироваться важные социокультуральные факторы (10).

В наших условиях к ним отнесены: тип отношений в семье, стиль воспитания детей, особенности языковой практики и религиозных воззрений, национальные обычаи и ритуалы, система традиционных взглядов и ценностей. В каждой национальной группе эти признаки носят черты зримых или едва уловимых различий. Более того, они не являются статичными образованиями, а с течением времени видоизменяются. Данный подход отражает и современную позицию ВОЗ, согласно которой здоровье человека всегда тесно связано с социальными факторами (11). Учет социокультуральных факторов имеет большое значение в общеврачебной практике. Он обеспечивает реализацию системного взгляда на многообразие истоков формирования личности и ее болезненных расстройств через понимание вклада социального окружения в развитие клинических симптомов, в установление продуктивных взаимоотношений врача и больного (6).

Таким образом, биопсихосоциальный подход в общеврачебной практике подразумевает целостное восприятие здорового и больного человека с позиций глубокого анализа многоуровневых взаимосвязей биологических, психических, психологических, социокультуральных факторов. К сожалению, даже при высоком уровне квалификации и оснащенности объективные возможности семейного врача не позволяют ему самостоятельно и эффективно влиять на весь комплекс патологических воздействий, испытываемых больным и его семьей. Но врач общей практики вполне способен и должен своевременно их выявлять, оценивать степень угрозы для человека и вовлекать в процесс дальнейшей диагностики, лечения и профилактики узких специалистов, а также подключать широкую систему межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения. Именно такой целостный подход позволяет семейному врачу эффективно предупреждать возникновение или утяжеление течения многих патологических соматических и пси-

хических состояний уже на этапе начального воздействия негативных факторов, что является реализацией стратегий первичной, вторичной и третичной профилактики. Несмотря на то, что многие звенья этой цепи еще предстоит создать, некоторые из них не только действуют, но и имеют определенный положительный опыт работы.

Одним из подобных лечебно-профилактических учреждений Чувашии, в течение 17 лет активно реализовывающим биопсихосоциальный подход в работе с больными и здоровыми, является Республиканский психоневрологический диспансер (психотерапевтический центр). Знакомство с его многолетним опытом по лечению и профилактике психосоматических заболеваний, неврозов, других пограничных расстройств может быть несомненно полезным для врача общей практики.

Комплексный характер воздействий является основополагающим в работе психотерапевтического центра, поэтому в его составе выделены: психотерапевтическое, детское, психосоматическое отделения, отделение социально-психологической помощи с кабинетами социально-психологической помощи и «телефонами доверия», лаборатория медицинской психологии.

Основной задачей лечения пограничных психических расстройств является изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция его неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения. С учетом клиники состояния, при дисбалансе в эмоциональной сфере используются приемы психологического воздействия, ведущие к эмоциональному отреагированию; в сфере познавательной деятельности – когнитивно-бихевиоральные техники; в духовной сфере – философско-гуманистическая психотерапия, в подсознательной сфере – психодинамические методы, в телесной сфере – физические методы терапии.

Применяются разнообразные психотерапевтические техники: когнитивная, рационально-эмотивная терапия, гештальт-терапия (нацеленность на интеграцию «фрагментированных» частей личности), телесноориентированная терапия (направленность на изучение как телесные ощущения отражают психическое состояние человека, а также на изменение телесного состояния для высвобождения неосознанных чувств и переживаний), гипнотерапия (внушение), арттерапия (использование различных форм искусства и творчества). Дополнительными методами часто являются биологические воздействия: фармакотерапия, физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия.

В работе с больными в состоянии экстремальных и кризисных ситуаций используются принципы, основанные на выявлении и анализе причин дезадаптации, обсуждении путей выхода из сложившейся ситуации, десенсибилизации к травмирующему событию.

Достаточно отработана система помощи детям и подросткам после психологических травм, при на-

рушении поведения, психосоматических расстройств, страхах, энурезе, заикании, тиках. В лечебно-коррекционной работе используются индивидуальные, групповые, семейные формы занятий. Успешно проводятся игровая терапия, адаптационно-коррекционные тренинги, семейное консультирование, арттерапия, психодрама. В лечебно-профилактический процесс вовлечены невролог, логопед, медицинский психолог.

Психотерапия при соматических заболеваниях направлена на уменьшение клинических проявлений заболевания, повышение социальной активности больного. Она увеличивает эффективность лечебных воздействий биологического характера, позволяет уменьшить потребность в лекарственных средствах, приводит к значительному снижению частоты обращений к семейным врачам, избеганию необоснованного консультирования и лечения врачами-специалистами.

Большое внимание в психотерапевтическом центре уделяется охране здоровья здоровых. Психотерапия повседневной жизни нацелена на помощь в преодолении проблемных жизненных ситуаций; избавление от неуверенности, навязчивых страхов; создание атмосферы гармонии в семье и на работе; расширение арсенала профессиональных навыков; обучение навыкам эффективного общения; развитие творческих способностей. В случае необходимости проводится психологическая диагностика с составлением психологического портрета личности, определением психологической совместимости, коммуникативных и управленческих качеств.

Сегодня психотерапевтический центр не только оказывает различные виды медико-психологической помощи населению, но и формирует систему оказания психотерапевтической помощи населению республики, координирует работу всех психотерапевтических подразделений, проводит организационно-методическую работу по психотерапии, медицинской психологии, суицидологии, сексологии, научно-исследовательскую деятельность.

Именно поэтому психотерапевтический центр стал одной из клинических баз по обучению врачей общей практики. Биопсихосоциальный подход требует обязательной подготовки специалиста в области семейной и медицинской психологии и психотерапии. Именно в семье закладываются основы здоровья ребенка или его подверженности болезням. Представляя собой целый микромир со своими законами, традициями, моделями решения проблем, каждая семья обладает уникальными возможностями создания как гармоничных, так и негармоничных условий для функционирования человека. В процессе изучения блока психологических дисциплин семейный врач получает важные знания о механизмах формирования и профилактики таких нарушений, четко осознает, что семья также может стать источником психической травмы, в результате которой развиваются соматические и нервно-психические заболевания (5).

С целью учета вклада психосоциальных и этнокультуральных факторов в развитие патологии врачу необходимы навыки по выделению наиболее вероятных для больного социальных стрессоров, источников социальной поддержки, уровней его функционирования или дисфункции. Сюда же можно отнести стрессы в ближайшем окружении больного, а также роль национальности, религии, семьи и близких в обеспечении эмоциональной, предметной и информационной поддержки (6).

Результаты недавнего кросскультурального исследования общей популяции, проведенного в Чувашии, проливают свет на некоторые психологические особенности отношения к здоровью и болезни представителей основных этнических групп населения республики (3). Так, в случае тяжелой соматической болезни более двух третей опрошенных предпочитают обращаться за помощью к официальной медицине, но среди русских таких меньше всего, тогда как число лиц, уверенных в целительных возможностях собственного организма, больше именно среди них. Русские гораздо чаще представителей других групп пытаются справиться с психологической проблемой самостоятельно (51,4%), чувашаи – ищут поддержку среди родственников (30,6%). Русские также склонны обращаться к услугам специалиста (психотерапевта или психолога). Наибольшее число верующих выявлено среди русских (65,0%). Реально признает существование колдовства и порчи как магической практики каждый второй чуваш (50,8%). Ценностное значение семьи наиболее актуально для чувашей (67,3%), профессиональной деятельности и карьерного роста – для русских (16,4%). Оценка своих семейных отношений как конфликтных в меньшей степени типична для чувашей (19,6%). Подобная информация может помочь понять некоторые особенности отношения к болезни представителей различных этносов, успешнее наладить контакт с больным, а также – определить приоритеты в профилактической деятельности.

Целенаправленная подготовка врача общей практики в рамках биопсихосоциальной концепции не может оставить без внимания специфику его профессиональной деятельности, которая характеризуется риском развития с течением времени у специ-

алиста стойких личностных изменений. Первый вариант нарушенного эмоционального реагирования становится наиболее заметен вне среды профессионального общения. Это – «профессиональная деформация», которая сопровождается формированием у врача отношения к людям вне работы по образцу отношения к больным. Врач может начать видеть в каждом исключительно симптомы заболевания, строить свои отношения с человеком только с учетом этого, навязчиво давать советы по поводу диагностики и лечения, приобретать черты циничности и ощущение собственного превосходства. Другое направление изменений личности врача, определяемое как «эмоциональное выгорание», будет проявляться снижением реальных возможностей в выполнении привычных профессиональных обязанностей по психологическим причинам вплоть до невозможности продуктивной работы. Оба этих состояния негативно влияют на эффективность взаимодействия врача с больным, а потому прямо сказываются на качестве лечебно-диагностического процесса. Возможность формирования у врача общей практики личностных изменений по типу «выгорания» довольно высока в силу высоких профессиональных требований к данному специалисту и относительной неопределенности его материального статуса.

Данный феномен диктует необходимость концентрации особого внимания в процессе обучения и переподготовки врачей на повышении уровня их коммуникативной компетенции, обучении навыкам рефлексии и психорегуляции. В конце курса занятий очень уместно проведение Балинтовских групп, в ходе которых каждый курсант получает опыт непосредственной работы с собственными межличностными и внутриличностными проблемами, и который может быть использован в работе с больными.

В заключение стоит отметить, что реализация биопсихосоциального подхода в общеврачебной практике не только отвечает требованиям времени, но и является перспективным направлением подготовки специалистов, а также организации взаимодействия семейного врача с психиатрическими службами в целях развития действенной системы формирования, охраны и укрепления здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Психическое здоровье и психиатрическая помощь в России // Материалы XIII съезда психиатров России 10–13 октября 2000 г. – С. 13.
2. Катков А.Л. Стратегия охраны психического здоровья населения в новых социально-экономических условиях (теоретические, организационные и экономические аспекты). Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 279 с.
3. Николаев Е.Л., Афанасьев И.Н. Эпоха и этнос: Проблемы здоровья личности. – Чебоксары, 2004. – 268 с.
4. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 97–104.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th

- ed. – Washington, 2000. – 943 p.
7. Hagberg M., Hagberg B., Saveman B.I. The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people // Aging Ment. Health. – 2002. – N 2. – P. 178–185.
8. Hummers-Pradier E., Hinrichs I., Schroeter M., Kochen M.M. Bronchial asthma – expectations and concepts of general practitioners // Z. Arztl. Fortbild. Qualitatssich. – 2000. – N 5. – P. 379–387.
9. Kuboki T. Early internal treatment of mild depression // Nippon Rinsho. – 2001. – N 8. – P. 1564–1569.
10. Sampson E.E. Establishing embodiment in psychology // The Body and Psychology. – Cambridge, 1998. – P. 30–32.
11. Tsouros A. Социальные условия и здоровье // Убедительные факты. – Копенгаген: Центр по охране здоровья в городах, Европ. регион. Бюро Всемирной организации здравоохранения, 1998. – 27 с.