

Психологическая служба в клинике Неотложной Детской Хирургии и Травматологии: двенадцатилетний опыт работы

Коллектив авторов:

Н.В. Подхватилин, руководитель психологической службы, ГУ Научно Исследовательский Институт Неотложной Детской Хирургии и Травматологии (НИИ НДХиТ)

С.С. Арбузов, медицинский психолог, НИИ НДХиТ

О.С. Исхаков, нейрохирург, к.м.н., НИИ НДХиТ

В.М. Шипилевский, невролог, врач высшей категории НИИ НДХиТ

Ю.Г. Басенцян, нейрохирург, к.м.н., НИИ НДХиТ

М.К. Бухрашвили, заслуженный врач Р.Ф., главный врач НИИ НДХиТ

Л.М. Рошаль, д.м.н., профессор, директор НИИ НДХиТ

Анализ развития современной медицины убеждает в том, что эмоциональным нарушениям в клинике внутренних болезней должно уделяться не меньшее внимание, чем соматическим повреждениям. С этим согласуется давно известная истина, что нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов. Исходя из этого, в нашей стране совершенствуется база нормативных документов, регламентирующих функциональные обязанности психологической службы в медицинских стационарах и роль медицинских психологов.

К числу такого рода документов относятся следующие:

- Приказ Минздравмедпрома РФ от 30 октября 1995 г. N 294 "О психиатрической и психотерапевтической помощи", Приложение 2. «Положение о медицинском психологе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи»
- Положение о подготовке медицинских психологов: в целях реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и Федеральной целевой программы "Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 годы)", утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 года N 363,
- Положение о подготовке медицинских психологов, утвержденное приказом Минздрава РФ от 26 ноября 1996 г. N 391 Приложение 3 к Приказу Минздрава РФ от 26 ноября 1996 г. N 391»,
- Внесение изменения к общероссийскому классификатору профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов. Утверждено Госстандартом РФ. 23 дек. 1996 г. (включена должность «Медицинский психолог») // Бюллетень Минтруда и СР РФ, 1999, № 6. с. 67-76.
- Приказ министерства здравоохранения «О психотерапевтической помощи» №438 г. от 6.09.2003 г. Москва.

Обоснование внедрения должности «медицинский психолог» в стационаре не психотерапевтического профиля.

Внедрение ставки медицинского психолога в стационаре не психотерапевтического профиля требует особого подхода, отличающегося от психиатрической клиники. Взаимодействие медицинского психолога с пациентом не требует предварительного разрешения родственников в отличие от консультации психиатра. Пациенты, с физической травмой или с терапевтической патологией, изначально пользуются, говоря юридическим языком, «презумпцией невиновности» о наличии у них психиатрических расстройств. Назначение дополнительного осмотра психиатром происходит после соответствующего заключения медицинского психолога. Это возлагает на него особые этические нормы при написании своих заключений и рекомендаций. В настоящее время, происходит процесс постепенного отказа от чисто медицинской модели оказания помощи с присущим ей монопрофессиональным подходом в пользу полипрофессиональной модели, характеризующейся мультидисциплинарным подходом к лечению имеющихся расстройств с участием специалистов различного профиля, тесно взаимодействующих друг с другом.

Особое значение при этом получает изучение тех эмоциональных состояний, которые тесно связаны с симптомами телесными и являются в настоящее время для врачей, недостаточно подготовленных в области психологии, предметом непонимания. Широкое внедрение психотерапии в соматическую медицину не случайно рассматривается сейчас как одна из важнейших задач здравоохранения. Решение проблемы психической адаптации соматических больных, более быстрого и полного восстановления трудоспособности не мыслится уже без помощи медицинских психологов, психотерапевтов.

Психотерапия, психокоррекция – это не узкая медицинская специальность, подобно офтальмологии или ортопедии, не «психиатрия желтых домов», - это медицина большого лечебного и профилактического значения, необходимая любому практическому врачу в его повседневной работе. Возможность соматической проекции психических факторов должна учитываться врачами при постановке диагноза. Именно комплексный, синтетический подход к изучению острых и хронических патологических состояний оказывается важнейшим, если не единственным в ряде случаев, условием дальнейшего повышения эффективности всей медицинской работы. (1) (В.Д. Тополянский 1986 г.)

Следует признать объективную потребность медицины в методиках современной психологии. Деонтология, которой врач руководствуется в своей практической деятельности, не даёт полного представления о возможностях современной психологии в медицине. Со времён Гиппократы психология сделала огромный скачок в своем развитии, создав методы помогающие не только скорректировать характер человека, но и влияющие на механизмы нейро-эндокринно-иммунной регуляции. Формирование запроса о привлечении психолога к оказанию медицинской помощи – прерогатива врачей.

Именно этот фактор делает мнение врача решающим и определяющим в постановке задач медицинскому психологу. То есть решать, что именно нужно медицине от психологии - должны медики, а не наоборот. Есть множество примеров продуктивного сотрудничества врачей и психологов. Один из самых ярких иллюстрирует Далласский центр онкологических исследований и консультаций в штате Техас, США.

В течение четырех лет специалисты этого центра занимались обучением неизлечимых больных различным методам саморегуляции. В результате, из 159 человек, использующих приобретенные навыки, выжили 63 пациента. Причем, у 22,2 % их них по прошествии четырех лет после начала занятий опухоли не визуализировались (2) (К. Саймонтон, С. Саймонтон 1995г.).

Организация и опыт работы психологической службы в НИИ НДХИТ

В 1998 году в Детской городской клинической больнице № 20 им. К.А.Тимирязева (ныне вошедшей в состав ГУ Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы) бала сформирована служба из трех медицинских психологов и начались исследования по изучению эффективности психологической помощи стационарным больным, перенесшим тяжёлый стресс в связи с острой хирургической патологией и тяжелой травмой. Перед службой была поставлена задача адаптировать методы оказания психологической помощи детям к условиям работы стационара скоромощного характера.

Состояние таких детей определяется не только физической, но и психологической травмой. Физическая травма, как правило, доминирует, поэтому психологическая травма бывает практически не заметной для хирурга или травматолога. Однако часто именно психологическая травма может явиться причиной замедленного выздоровления ребёнка. Сам факт воздействия физической травмы на психику ребенка является причиной психо-эмоционального стресса. После психологической травмы, вызванной событием, выходящим за рамки обычного человеческого опыта (угроза жизни, разрушение телесной идентичности, потеря дома или близких и т.д.) у ребенка может развиться патологический стресс, при котором личность поражается на биологическом, психологическом и поведенческом уровнях. При этом психическое состояние человека может отрицательным образом влиять на механизмы выздоровления.

В случае не оказания психологической помощи личность ребенка начинает формироваться на основе болезненных переживаний. Как показывает опыт, в этом случае ребенок становится эмоционально взрывным, неуправляемо агрессивным, мстительным, подозрительным, замкнутым. Его отношение к миру и окружающим людям отягощено болезненным опытом и поэтому априори негативно. Часто в поисках компенсации за боль ребенок останавливается на девиантных (асоциальных) формах поведения. Кроме того, у него развивается комплекс "выключенного тела": физическая и эмоциональная боль порождают феномен «мышечного панциря», ребенок становится бесчувственным, обесценивающим переживания окружающих его людей циником.

Чтобы расслабиться, такому человеку необходимо пережить еще более острое состояние, либо прибегнуть к алкоголю или наркотикам. Важность психотерапевтической помощи ребенку подчеркивается многими известными специалистами в области детской психологии и психотерапии. Так, Ю.В. Попов, В.Д. Вид в своих исследованиях (3) отмечают, что характерной чертой этой группы расстройств являются их отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы.

Говоря об эпидемиологии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), авторы приводят следующие данные: синдром развивается у 50 – 80% перенесших тяжелый стресс. Морбидность находится в прямой зависимости от интенсивности стресса. Среди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки. Предрасположенность к ПТСР у детей выражена в большей степени, чем у взрослых. Например, после тяжелых ожогов это состояние развивается у 80% детей и лишь у 30% взрослых. Это связано с несформированностью механизмов компенсации (копинга) в детском возрасте. Однако следует отметить, что проблема ПТСР у детей еще недостаточно изучена, поэтому многие положения в этой области сформулированы на примере изучения ПТСР у взрослых. Показатели распространенности ПТСР в контингентах лиц, переживших экстремальные ситуации, в литературе колеблются от 10% у свидетелей события до 95% среди тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями). По данным (4) L. Sher (2004), распространенность ПТСР колеблется от 40 до 90% у переживших экстремальные события. В отечественной литературе Ю.В.Поповым и В.Д. Вид (1997) (3) был представлен показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50-80%. Случаи ПТСР в мирное время, по данным авторов, составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1, 2% для женщин. Но менее выраженные расстройства адаптации констатируются в 1,2-2,6 случаев на 1000 населения.

Результаты психологических исследований в НИИ НДХиТ

Психологическое исследование 676 больных детей в возрасте от 5 до 16 лет выявило более чем у половины особенности течения посттравматических стрессовых расстройств. Нарушение процессов мышления, (причинно-следственные связи, обобщение – разделение по существенным признакам и т.д.) обнаружено у 17 больных. Изменения в эмоциональной сфере и нарушения структуры личности (у данных больных эмоции и чувства исключены из оперативного простора рассудочной деятельности в связи с перенесенной травмой) – у 493 детей. У 48 обследованных пациентов травма не вызвала нарушений психики, что может быть связано с несформированностью механизмов копинга в детском возрасте.

Особый интерес представляли 118 больных, (5) у которых травматическое переживание происходило из внутрисемейных взаимоотношений (негативный ролевой импринтинг): при длительном существовании травмирующей ситуации внутри семьи, эмоциональные переживания ребёнка вытесняются в область бессознательного и ищут разрешения. Детский ум, не находя другого способа влияния на ситуацию, выбирает «жертвенность», которая часто проявляется в бессознательных формах поведения. Другими словами, ребенок с негативным импринтингом психологически (психосоматически) более предрасположен ко всяческим травматическим ситуациям, чем ребенок из здоровой семьи. И на фоне психологической нормы отличается от не травмированных детей негативными, навязчивыми воспоминаниями о событии, повторными негативными снами, связанными с событием, избеганием деятельности, связанной с событием, чувством отстраненности, отчуждения от других людей, обеднением чувств, отсутствием ориентации на будущее.

У таких пациентов часто имеется и органическое (соматопсихическое) основа подобного рода поведенческих расстройств. (6) По нашим данным, больше половины детей (65%) с ЧМТ имеют психомоторные расстройства, названные «резидуальной энцефалопатией» (РЭ). Именно дети с «РЭ» в связи с особенностями поведения, конфликтностью, повышенной нервной возбудимостью, нарушениями координации, снижением критики, с нарушением поведения в определенных ситуациях наиболее часто подвергаются повторным ЧМТ. (7) Длительность пребывания в стационаре детей с легкой ЧМТ на фоне резидуальной энцефалопатии была в среднем на 4-5 дней больше, чем у детей с легкой ЧМТ с неосложненным неврологическим фоном.

При тщательном психологическом обследовании тех же пациентов, в 18% случаев выявленные симптомы имели психосоматическую природу. Неврологические исследования подтверждают важность совместных исследований и необходимость психокоррекционной помощи детям при травматических повреждениях совместно с лечащим врачом, неврологом и психологом. Используемые методы коррекции Выбор общей направленности психокоррекционного вмешательства определяется предположением о психической вменяемости пациента. Лучше всего себя зарекомендовало использование методов, направленных на формирование позитивных ожиданий (8) и снятия стрессовых состояний на пути к выздоровлению.

Превалирование «поведенческого подхода» психокоррекции, в противовес «аналитическому», когда анализируются причины попадания человека в данную ситуацию, определяется известным постулатом: «физический недуг, с позиции психологии, уже рассматривается как следствие комбинированных соматопсихических и психосоматических обстоятельств, приведших пациента к травматическому событию». Следовательно, помогать пациенту в физическом выздоровлении наиболее перспективно с помощью созидательных (собирающим волю и эмоции в направлении выздоровления) методик (9):

- для детей с нарушением процессов мышления, лечащему врачу было рекомендовано направить их на дополнительное обследование к психоневрологу, нейропсихологу, дефектологу, детскому психиатру.
- больным с изменениями в эмоциональной сфере и нарушениями структуры личности, а также негативным импринтингом были проведены психокоррекционные сессии, которые включали в себя эффективную для быстрого

и долговременного уменьшения восприимчивости пациентов к травмирующим происшествиям и фобиям визуально-кинестетическую диссоциацию, изменение личностной истории, позволяющей быстро оценивать и переоценивать адаптивные поведенческие ресурсы и интегрировать их в определённые ситуации,

- рефрейминг – процесс, с помощью которого можно воспринимать определенные проблемные ситуации иначе, чем прежде, и превращать их в позитивные и адаптивные ресурсы выздоровления и
- психометафорирование – эффективная при работе с детьми мягкая терапия через специально подобранные истории.

Результаты психокоррекционного вмешательства

Результаты терапии оценивались по характеру изменений эмоционального отношения больного к травматическому переживанию и, как следствие, сокращение срока пребывания в стационаре с последующим амбулаторным наблюдением. В результате психокоррекции удалось у 207 больных «ламинировать» травматические переживания, у 74 больных на фоне психокоррекции наблюдалось достижение улучшения общего состояния и взаимоотношения с родителями. 338 больных были направлены для продолжения психокоррекции амбулаторно, по месту жительства. По мере физиологического восстановления после травмы, небольшие психологические отклонения личности перестали наблюдаться у 57 детей. Взаимодействие медицинского психолога с врачом.

Должностные обязанности

Вопрос об окончательной регламентации деятельности медицинского психолога в медицинской практике остается открытым и решается, как правило, руководителем конкретного медицинского учреждения, исходя из стандартной должностной инструкции медицинского психолога. В реальной практике, больше всего трудозатрат включает в себя организация алгоритма взаимодействия врача и психолога в условиях конкретного подразделения. Совместная работа психолога с врачами начинает демонстрировать свою эффективность после целенаправленных лекций для медицинского персонала о теории психосоматических, соматопсихических расстройств с конкретными примерами больных стационара проводящихся не реже одного раза в месяц.

Направление пациента на осмотр к медицинскому психологу в стационаре не психотерапевтического профиля осуществляет лечащий врач и средний медицинский персонал. Именно медицинские сестры больше всего общаются с пациентами и при соответствующем инструктаже им легче заметить отклонения в психоэмоциональном фоне больных. Свои замечания они записывают в журнал записи, находящемся на посту в каждом отделении.

Часто возникают организационные вопросы по принятию на должность «медицинский психолог» узкого специалиста, ориентированного только на реабилитацию и восстановление высших психических функций у пострадавших больных. Речь идёт о нейропсихологе или дефектологе (коррекционном педагоге). Данные специалисты в условиях стационара специализируются на посттравматической реабилитации пациентов, перенесших черепно-мозговую травму и имеющих выраженные нарушения высших психических функций, таких как мышление, речь, нарушения межполушарных взаимодействий.

Для работы в стационаре не психотерапевтического профиля, по авторитетному мнению кандидата психологических наук С.В. Покровской, которая является клиническим психологом, дефектологом, нейропсихологом и членом международной нейропсихологической ассоциации (INS), строго прописанных обязанностей нейропсихолога и дефектолога не существует. Согласно ее высказыванию «Дефектологи должны получать «свои деньги» за восстановление левополушарных функций головного мозга, это – речь и мышление, а нейропсихологии должны «получать свои деньги» за восстановление других функций: нейро-динамических показателей, например, функций межполушарных взаимодействий, функций восприятия, праксиса и гнозиса, глобальных взаимодействий. И те и другие обязаны сами диагностировать пациента, сами проводить восстановительную коррекцию и сами обучать методам коррекции других: у нейропсихологов, и у коррекционных педагогов (дефектологов) существует система обязательных домашних заданий наработки навыков (для педагогов и родственников и т.д.)». Деятельность данных узких специалистов проходит при непосредственном контроле и участии врача – невролога и распределяется по локализации синдрома (левополушарного или правополушарного), а также при участии штатного медицинского психолога.

Наш 12-летний опыт работы в стационаре не психотерапевтического профиля определил необходимые требования к медицинским психологам:

- стандартное высшее образование по специальности «Психолог. Психологическое консультирование»

- профессиональная переподготовка в медицинском ВУЗе по специальности «медицинская психология» (по нашему опыту, подготовка специалиста только по «клинической психологии» недостаточна)
- не менее 240 часов тренинга по методам психотерапии
- желательна, 1 год работы в стационаре под наблюдением ведущего специалиста

Введение должности «медицинский психолог» в соматическом стационаре предусматривает внесение определенных изменений в систему привычного функционирования и мировоззрения медицинского персонала. Опыт взаимодействия с врачами установил свой язык общения для установления общей понятийной базы и способов взаимодействия. В частности, в общем виде психосоматическая патология, для лучшего междисциплинарного взаимодействия, обозначается нами симптомами и синдромами невротического регистра (неврастенический, психастенический, истерический, ипохондрический, сенестопатический, синдромы навязчивости и циклотимия), вегетативными нарушениями, соматическими симптомами, нарушениями сна.

По нашему мнению, усилия, направленные на внедрение полипрофессионального подхода в лечении и профилактике соматических расстройств, необходимы и они оправданы требованиями современного этапа развития медицины.

1. Тополянский В.Д., Струковская М.В. «Психосоматические расстройства». – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
2. Саймонтон К., Саймонтон С. «Возвращение к здоровью: новый взгляд на тяжелые болезни». – СПб.: Питер Пресс, 1995. – 95 с.
3. Попов Ю.В., Вид В.Д. «Современная клиническая психиатрия». М: Экспертное бюро-М, 1997, - 193 с.
4. L. Sher «Recognizing post-traumatic stress disorder» Q J Med 2004; 97: 1-5 с.
5. Подхватилин Н.В. «Психологическая коррекция в детской травматологии» XXII научно – практическая конференция по итогам работы медицинского совета комитета здравоохранения г. Москвы по экспертизе отдалённых результатов лечения травм и ортопедических заболеваний у детей. М. – 1995г - 45 с.
6. Исхаков О.С., Шипилевский В.М., Басенцян Ю.Г., Ермолаева Т.П., Елисеева Н.М., Шувалов В.М., Ратин Д.А. «Особенности течения острой черепно-мозговой травмы у детей с осложнённым неврологическим анамнезом». Тезисы VI конгресс педиатров России. Неотложные состояния у детей. – М. – 2000. – 54 с
7. Коршунов Н.В., Полякова В.Б., Цибиоз А.И.. «Осложнённый преморбидный неврологический фон и течение легкой черепно-мозговой травмы у детей». Материалы конференции «Первая всероссийская конференция по детской нейрохирургии». –М., 2003 г. -165 с.
8. Подхватилин Н.В. . «Психологическая коррекция в детской травматологии» Тезисы международной конференции «Психология и экология человека: психологические факторы культуры мира и ненасилия современной России». М. - 1999г. – 56 с.
9. Гудимов В.В. «Методические аспекты работы с ПТСР в условиях детской больницы неотложной детской хирургической помощи» Тезисы международной конференции «Психология и экология человека: психологические факторы культуры мира и ненасилия современной России». М. - 1999г. – 56 с.

Печатается с разрешения журнала "Здравоохранение" 2009 год, №8;