

*Отрывок I главы книги «Избранные статьи в двух томах. Том I. Современная психотерапия»:*

## **Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии**

Страховая медицина появляется не с введением тех или иных законов, а с формированием принципиально нового терапевтического навыка — считать.

Современный этап российских реформ вызвал фундаментальные изменения в системе охраны здоровья нации и со всей очевидностью поставил проблему осмысления ситуации, в частности, с точки зрения трех ключевых вопросов: стоимости, качества и доступности психотерапевтической помощи для населения. Самостоятельной проблемой является оценка действенности профилактической, терапевтической и коррекционной работы, а также — сугубо прагматический вопрос — их экономической эффективности.

Все эти проблемы для российских специалистов, традиционно не питающих склонности считать, являются новыми и требуют как общеметодического анализа, так и апелляции к зарубежному опыту (при обязательной критической переоценке последнего, так как и экономические, и юридические базисы всего комплекса этих проблем фактически несравнимы).

Появление данного исследования имеет свою историю, так как вначале оно задумывалось как рецензия на книгу «Стоимость и эффективность психотерапии» (*Cost-Effectiveness of Psychotherapy*. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder. Oxford University Press, 1999.), но в итоге вылилось в гораздо более широкие размышления на эту тему, а это несколько иной жанр. В то же время мы будем активно апеллировать к упомянутой выше работе. Уже после начала подготовки этого материала было осознано, что он будет лишь этапным, так как вряд ли удастся изложить и проанализировать все возникшие идеи в краткие сроки, диктуемые активной подготовкой новых официальных документов Министерства здравоохранения. В этом разделе будет предпринята попытка осмыслить только чрезвычайно интересные обобщения зарубежных коллег из США и Канады, в частности, статью Джона Догерти «Рыночные реформы здравоохранения и экономическая эффективность психотерапии» (*Docherty J.P. Market-Based Health Reform and the Cost-Effectiveness of Psychotherapy*. In: *Cost-Effectiveness of Psychotherapy*. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder. Oxford University Press, 1999. P. 3–14.), а также материал «Психотерапевтическое обеспечение и экономическая эффективность. Канадская точка зрения» (*Sadovoy J., Perry K. Psychotherapy Services and Cost-Effectiveness: A Canadian Perspective*. Там же. P. 327–334.).

На фоне этих неутешительных прогнозов наши американские коллеги в первую очередь обращают внимание на постоянное расширение спектра психиатрической помощи и психотерапевтических услуг и столь же беспрецедентный рост их стоимости, а также увеличение удельного веса и повышение популярности частных терапевтических учреждений за два-три последних десятилетия. Так, например, в США:

- количество частных психиатрических лечебниц с 1970 по 1988 год возросло с 150 до 444 (то есть почти в 3 раза, что составляет 296%);
- количество случаев госпитализации по психиатрическим показаниям с 1965 по 1990 год увеличилось с 1 565 525 до 2 262 474 случаев в год (в 1,5 раза, или на 145%);
- количество амбулаторных посещений пациентов, имеющих психиатрические диагнозы, за 1965–1990 годы возросло с 1 071 000 до 5 810 405 в год (в 5 раз, или на 543%);
- количество амбулаторных посещений по причинам, связанным с парапсихиатрическими нарушениями, за тот же период увеличилось почти в 10 раз.

Здесь, впрочем, как и далее, неуместно какое-либо сравнение. Мы вряд ли уступаем США по уровню психопатологии, но количество специалистов, действующих в области психического здоровья:

психиатров, психотерапевтов, психологов, психиатрических медсестер (с высшим образованием) и социальных работников у нас примерно в 10–15 раз меньше. Поэтому целью данного анализа является не сравнение, а выявление и изучение тенденций в их социально-экономической и исторической перспективе.

С этой же точки зрения следует рассматривать и американские данные об экономике сохранения психического здоровья, где наблюдается беспрецедентный рост расходов. Например, бюджет Национального института психического здоровья США с 1945 до 1996 года (более поздних данных нет) увеличился с 1 млн 119 тыс. долл. до 661 млн 290 тыс. долл.: немыслимая цифра — 59 000%! При этом в данные 1996 года не включены средства федерального правительства США, выделяемые Национальной ассоциации охраны психического здоровья на борьбу со злоупотреблением наркотиками, бюджет которых составляет около 2 млрд долл. А совокупные расходы всех организаций, занятых или привлекаемых к охране психического здоровья в США, только за период с 1969 по 1990 год увеличились с 3,3 млрд долл. до 28,4 млрд долл. (в 8,6 раза).

Законодатели и правительство США оценивают рост расходов на медицину в целом как «пугающий», при этом в области психиатрии и психотерапии, где стоимость лечения и общие затраты росли за последние десятилетия почти в 3 раза быстрее, чем в соматической медицине, эти оценки звучат как «удручающие».

Тем не менее официально констатируется, что спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь, и особенно на амбулаторное лечение, в последние десятилетия постоянно превышает спрос на услуги общей медицины, что требует пересмотра системы предоставления такой помощи пациентам и расширения перечня страховых случаев в психотерапии.

По мнению квалифицированных американских экспертов, основными проблемами в области качества охраны психического здоровья являются: диагностика, выбор метода и определение протяженности курса лечения (в последнем случае — с точки зрения его адекватности имеющемуся психическому расстройству).

Здесь, судя по всему, мировая и российская медицина имеют общие проблемы, среди которых следует выделить главные. Во-первых, это «региональный разнобой» (а точнее было бы сказать: полный волюнтаризм отдельных специалистов даже в одном и том же городе) в выборе методов терапии или коррекции, которые более соотносятся с индивидуальными предпочтениями конкретных врачей или психологов, чем с клиническими показаниями.

Но там, где мы традиционно апеллируем к отдельным наблюдениям или «отдельным недостаткам», наши западные коллеги оперируют данными конкретных исследований и цифрами. В частности, авторами рецензируемого исследования отмечается, что врачи общей практики, как правило, вообще не распознают депрессии, а в тех единичных случаях, когда такой диагноз ставится, ошибочные заключения составляют 56%. Как бы это ни казалось странным, но психиатры и психотерапевты ставят такие же ошибочные диагнозы депрессии без достаточных на то оснований в 64% случаев (Для этого есть конкретное объяснение, не имеющее ничего общего с гипердиагностикой, о котором будет сказано ниже)! Наиболее эффективные и имеющие солидное научно-практическое обоснование психосоциальные методы лечения фобий применяются лишь у 15–38% пациентов с этим заболеванием.

Следует особо отметить, что проведенный в США анализ многочисленных случаев негативных результатов лечения и рецидивов депрессии свидетельствует, что большинство из них обусловлены недостаточной дозой или недостаточной продолжительностью курса лечения. В частности, в 29% случаев при наличии явных показаний антидепрессанты вообще не назначались, еще в 24% случаев они

назначались или в недостаточной дозе, или вообще для приема «время от времени». При этом положение о наблюдении за реакциями пациентов на назначение тех или иных препаратов, а также сочетании медикаментозного лечения с психотерапией выполняется в единичных случаях. Одновременно с этим, несмотря на совершенно противоположные рекомендации ведущих медицинских центров, среднесуточная доза нейролептиков, назначаемая стационарным больным, увеличилась за последние десятилетия почти в 2 раза. Во многих случаях необоснованно пролонгируются сроки стационарного лечения пациентов. В качестве особого вывода (делающего честь нашим коллегам) следует отметить, что в случаях неудачного лечения или рецидивов у терапевтов начинает превалировать отрицательное отношение к пациентам и избегание трудных случаев.

По современным данным, более 40 млн граждан США (14% от 285 млн населения) не имеют медицинских страховок и, следовательно, не могут претендовать на сколько-нибудь качественное медицинское обслуживание. Еще более удручающие данные выявлены при «эпидемиологическом» обследовании: оказалось, что лишь менее 30% лиц, страдающих психическими заболеваниями, получают хоть какую-то профессиональную помощь. Квалифицированную психотерапевтическую помощь, даже из тех категорий населения, которым она доступна, получают менее 50% пациентов с аффективными расстройствами, около 30% — с тревожно-мнительным синдромом и лишь 20% зависимых. Таким образом, следует сделать вывод, что данные, приведенные в разделе «Спрос и стоимость», отражают спрос и, соответственно, затраты примерно на 30–40% всех потенциальных пациентов. Почему одни прибегают к психотерапевтической помощи, а другие нет? Это вопрос, на который может быть много гипотетических ответов, но лучше бы его исследовать.

Еще более удивительными (и не коррелирующими с приведенными выше) представляются данные о низкой частоте повторных обращений за помощью лиц, страдающих хронической психиатрической патологией и зависимостями: только 42% таких пациентов в среднем хотя бы раз в год обращались в психиатрические учреждения по поводу их основного заболевания, и только 26% получали при этом квалифицированную профессиональную помощь.

Какой вывод можно сделать? Вероятно, существуют две различных категории пациентов с психопатологией: проявляющие заинтересованность в лечении и не имеющие таковой.

### **Выполним ли социальный заказ?**

Растущая обеспокоенность состоянием психического здоровья во всем мире диктует весьма специфический социальный заказ: снизить стоимость, повысить качество и увеличить доступность квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощи. Несколько забегаая вперед, вероятно, следует признать, что в рамках действующей парадигмы теории и практики этот социальный заказ невыполним. Следовательно, требуется пересмотр парадигмы, актуальной теории и сложившейся практики. Но прежде чем говорить о пересмотре, следовало бы хотя бы попытаться оценить наличное состояние дел в этой сфере.

Мы не будем здесь обращаться к таким серьезным методологическим вопросам, как понятия «нормы» и «патологии» в психиатрии, психотерапии и психологии, которые, по нашему представлению, также требуют существенного пересмотра. Рассмотрим вопросы более «приземленные» и более практические.

### **Методический бум**

Благодаря преимущественно работам З. Фрейда и его последователей уже в начале 40-х годов XX века психотерапия фактически сложилась как самостоятельная специальность и уже к концу 50-х стала неотъемлемой частью системы здравоохранения в большинстве передовых стран мира. Характерной

особенностью этого периода стало безудержное творчество специалистов: хотя большинство квалифицированных экспертов считают, что количество научно обоснованных методов в психотерапии весьма ограничено (психодинамическая, поведенческая, гештальт, рациональная, суггестивная, когнитивная), в настоящее время описано уже несколько сотен «новых» методов и модификаций, претендующих на самостоятельность. Как неоднократно отмечал Б.Д. Карвасарский, некоторые психотерапевты считают, что жизнь прошла зря, если им не удалось предложить собственный метод.

Другой проблемой является все более заметное «размывание» понятия психотерапии как узкомедицинской (то есть исключительно врачебной) сферы деятельности. Отношение к этому процессу у специалистов (и врачей, и не врачей) очень различно. Одни придерживаются строго «медицинской модели», другие, с учетом тенденций мировой практики, расширяют ее до «медико-психологической», третьи, вслед за австрийскими специалистами, предлагают вообще вывести психотерапию за рамки прокрустова ложа медицины. Каждая сторона имеет свои, и достаточно убедительные, доводы и обоснования. Если читателя интересует точка зрения автора, то она ближе к «медико-психологической», уже хотя бы потому, что не замечать явную (и ее стоило бы оценить как положительную) тенденцию к психологизации психотерапии уже просто невозможно. Эта психологизация включает и методологический, и кадровый компоненты, при этом последний, вероятно, наиболее ярко демонстрирует ведущую тенденцию: по нашим данным, на одного систематически практикующего врача-психотерапевта в России приходится как минимум три практикующих психолога, при этом существенно, что профессиональная компетентность и первых, и вторых оценивается пациентами с равной значимостью. Ранее действовавшее (и пока не отмененное) положение о том, что врач-психотерапевт — это исходно врач-психиатр, игнорируется практически повсеместно самими руководителями психотерапевтических служб регионов России.

Но это почти позитив. А что в негативе? К сожалению, пока следует признать, что несмотря на обилие научной литературы и даже появление специализированных институтов для подготовки психотерапевтов по конкретным направлениям, в целом наша сфера деятельности ближе к варианту некоего «кустарного производства», где есть отдельные более или менее искусные специалисты, применяющие те или иные методы в своих кабинетах и достигающие тех или иных успехов у тех или иных отдельных пациентов (о чем они обычно с удовольствием сообщают в профессиональной печати — автор не делает для себя исключение). Что здесь плохо? Во-первых, нет сравнимости результатов и контроля. Во-вторых (и это, как представляется, самое важное), деятельность этих специалистов в большинстве случаев никак не связана со всей остальной системой охраны здоровья, не говоря уже о таких «высоких» материях, как принадлежность к конкретной школе, обеспечение систематического супервизорского контроля коллег и т.д.

Борьба за рынок дополняет упомянутые выше недостатки еще одним: потребность терапевта получить, иметь и удерживать пациента подвергает последнего систематическому риску оказаться в роли подопытного кролика, на котором проверяется та или иная методика или техника, которой придерживается (или просто «как раз сейчас разрабатывает») конкретный терапевт, вместо того чтобы получить именно тот вид помощи, в котором пациент нуждается и который в данном конкретном случае был бы наиболее эффективным. Есть ли вообще в психотерапевтической практике ситуации, когда, например, динамический терапевт отправил бы пациента к поведенческому или директивному? Возможно ли вообще создание в нашей сфере деятельности такой ситуации, когда терапевту было бы выгодно, чтобы пациент получал самый эффективный при его форме расстройства вид терапии?

В Англии, как известно, есть специальные государственные диагностические службы, которые определяют, куда или к кому лучше направить этот «страховой случай». Может быть, стоило бы уловить и эту тенденцию?

Если эти диагностические службы появятся, они, безусловно, должны быть государственными. Но это вовсе не значит, что и психотерапия должна быть только государственной. Если обратиться к тенденциям, то легко заметить, что частный сектор в современной российской медицине наиболее интенсивно развивается в таких сферах, как психотерапия, стоматология, косметология, массаж и мануальная терапия, а также психофармакология и пищевые добавки, то есть там, где речь идет не о жизненных показаниях, а о качестве жизни. Почему бы не переложить эти сферы на частный сектор практически полностью (за исключением социально незащищенных категорий населения) и разгрузить таким образом не слишком обильный бюджет Министерства здравоохранения, а высвободившиеся средства направить в область финансово емких высоких медицинских технологий? Как известно, любые тенденции можно пресечь, но обычно законодатели стараются их улавливать, канализовать и использовать в интересах государства...»