

Анализ принципов построения и функционирования мультидисциплинарной команды в комплексной реабилитации психических расстройств

С.А. Самара¹, клинический психолог, нейропсихолог, нейрореабилитолог (samara@metelitsa-team.ru)

¹Международная общественная организация «Международный полярный экспедиционно-спортивный центр «Метелица» (108848, г. Москва, вн. тер. г. поселение Филимонковское, ул. Золотошвейная, д. 2.кв. 55)

В статье рассматривается актуальная проблема организации комплексной помощи пациентам с сочетанными психическими, неврологическими, соматическими и дезадаптивными расстройствами. Целью работы является анализ базовых принципов формирования и эффективного функционирования мультидисциплинарной команды (МДК), включающей психиатра, психотерапевта, клинического психолога, дефектолога, невролога и терапевта. Методологическую основу составляет системный анализ и синтез данных доказательной медицины, организационной психологии и клинической практики. В результате определены ключевые принципы: иерархичность со сменным ситуационным лидерством, строгое ролевое распределение экспертиз в рамках биопсихосоциальной модели, внедрение стандартизированных протоколов междисциплинарной коммуникации и ориентация на единые функциональные цели реабилитации. Делается вывод, что синергетический эффект МДК достигается не спонтанно, а является следствием целенаправленного проектирования её структуры, процессов и общей концептуальной основы, что обеспечивает целостный и персонализированный подход к пациенту.

Ключевые слова: мультидисциплинарная команда, междисциплинарный, комплексная реабилитация, психические расстройства, психолог.

Analysis of the principles of building and functioning of a multidisciplinary team in the complex rehabilitation of mental disorders

S.A. Samara¹, clinical psychologist, neuropsychologist, neurorehabilitologist (samara@metelitsa-team.ru)

¹International Public organization "International Polar Expedition and Sports Center "Metelitsa" (108848, Moscow, ext. ter., Filimonkovskoye settlement, Zolotshveynaya str., 2.kv. 55)

The article discusses the urgent problem of organizing comprehensive care for patients with combined mental, neurological, somatic and maladaptive disorders. The aim of the work is to analyze the basic principles of the formation and effective functioning of a multidisciplinary team (MDK), including a psychiatrist, a psychotherapist, a clinical psychologist, a defectologist, a neurologist and a therapist. The methodological basis is a systematic analysis and synthesis of evidence-based medicine, organizational psychology, and clinical practice data. As a result, the key principles were identified: hierarchy with replaceable situational leadership, strict role-based distribution of expertise within the framework of the biopsychosocial model, the introduction of standardized protocols for interdisciplinary communication and focus on common functional goals of rehabilitation. It is concluded that the synergetic effect of MDK is not achieved spontaneously, but is a consequence of the purposeful design of its structure, processes and general conceptual framework, which provides a holistic and personalized approach to the patient.

Keywords: multidisciplinary team, interdisciplinary, comprehensive rehabilitation, mental disorders, psychologist.

Современные клинические рекомендации по ведению пациентов с психическими расстройствами, последствиями органических поражений центральной нервной системы и нарушениями развития (таких как расстройства аутистического спектра, шизофрения с когнитивным дефицитом, резистентные депрессии) предполагают применение междисциплинарного подхода. Узкоспециализированная помощь, ограниченная одной профессиональной парадигмой, как правило оказывается неэффективной ввиду сложной, многосоставной структуры дезадаптации. Наиболее адекватным ответом является создание мультидисциплинарной команды (МДК). Однако, её формирование из специалистов ключевых специальностей — психиатра, психотерапевта, клинического психолога,

дефектолога, невролога и терапевта — само по себе не гарантирует успеха. Ключевым является вопрос принципов, на которых строится внутренняя архитектура и построение внутреннего рабочего взаимодействия участников такой команды.

1. ПРИНЦИП КОНЦЕПТУАЛЬНОГО ЕДИНСТВА НА ОСНОВЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Фундаментом эффективной совместной работы является принятие всеми членами МДК единой объяснительной парадигмы — биопсихосоциальной модели (Engel G.L., 1977). Это означает, что состояние каждого пациента оценивается и интерпретируется одновременно в трех взаимосвя-

занных проекциях: биологической (нейрохимические, структурные нарушения), психологической (когнитивные, эмоциональные, поведенческие паттерны) и социальной (коммуникативные, образовательные, трудовые дисфункции). Данная модель служит общей «системой координат», позволяющей специалистам различного профиля говорить на одном языке и видеть вклад смежных дисциплин в общую картину случая.

2. ПРИНЦИП ЧЕТКОГО РОЛЕВОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ И СИНЕРГИИ ЭКСПЕРТИЗ

Каждый участник МДК вносит уникальный, законодательно и методически обоснованный вклад:

Психиатр — ведущий специалист в случаях выраженной психопатологии, устанавливающий клинический диагноз, несущий юридическую ответственность, определяющий стратегию фармакотерапии.

Психотерапевт — специалист, реализующий в рамках конкретного доказательного метода (когнитивно-поведенческая психотерапия, десенсибилизация и переработка движением глаз, психодинамическая терапия) работу по переработке травмы, коррекции дезадаптивных установок и межличностных отношений.

Клинический психолог — эксперт по патопсихологической и нейрокогнитивной диагностике, объективно оценивающий структуру психического дефекта, особенности мышления, эмоций и личности.

Дефектолог (логопед, специальный педагог) — специалист по развитию и обучению, ответственный за коррекцию речевых, коммуникативных, учебных навыков и формирование средств социально-бытовой компенсации.

Невролог — эксперт по органическому субстрату нарушений, интерпретирующий данные электроэнцефалографии (ЭЭГ), магнитно-резонансной томографии, оценивающий неврологический статус и корректирующий неврологическую составляющую расстройства.

Терапевт (врач общей практики) — координатор соматического здоровья, ведущий коморбидные заболевания и нивелирующий соматические побочные эффекты психофармакотерапии.

Синергия возникает не от простого сложения, а от интегрированной интерпретации этих данных на консилиуме.

3. ПРИНЦИП СИТУАЦИОННОГО ЛИДЕРСТВА И ИЕРАРХИЗИРОВАННОЙ КОММУНИКАЦИИ

МДК не может быть абсолютно горизонтальной структурой. Эффективность требует четкого лидерства, которое, однако, является динамическим (сменным). На острой диагностической стадии и при купировании психоза лидером выступает психиатр в тандеме с неврологом. На стадии

реабилитационного психообразования и психотерапии — психотерапевт и психолог. При решении вопросов социальной интеграции — дефектолог. Такое ситуационное лидерство минимизирует ролевые конфликты. Коммуникация должна быть регламентирована: обязательные первичные и плановые обзорные консилиумы, использование единой междисциплинарной истории болезни, протоколы экстренного информирования при изменении состояния пациента.

Кроме того, в ряде случаев в такую МДК может быть привлечен эндокринолог, онколог, травматолог, реабилитолог — в зависимости от текущей потребности пациента.

4. ПРИНЦИП ОРИЕНТАЦИИ НА ЕДИНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ (А НЕ СИМПТОМ-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ) ЦЕЛИ

Критерием успешности работы МДК должны стать не узкопрофессиональные показатели («нормализация ЭЭГ», «снижение баллов по шкале депрессии»), а достижение интегративных, значимых для пациента и его окружения целей. Таковыми являются: «повышение уровня независимой жизнедеятельности», «возвращение к трудовой / учебной деятельности», «улучшение качества семейного взаимодействия». Эти цели формулируются совместно с пациентом и его семьей и становятся объединяющим вектором для всех специалистов команды.

Подводя итоги, стоит отметить что, построение эффективной МДК представляет собой сложный организационный и методологический процесс, требующий целенаправленного проектирования. Ключевыми элементами успеха являются: принятие биопсихосоциальной модели в качестве общей концептуальной основы, строгое определение и уважение границ профессиональных экспертиз, внедрение гибкой системы ситуационного лидерства и формализованных правил коммуникации, а также переориентация с симптоматических на функциональные цели реабилитации. Только при соблюдении этих принципов МДК трансформируется из простого набора консультантов в интегрированную лечебно-реабилитационную систему, способную обеспечить всестороннюю, последовательную и персонализированную помощь наиболее сложным категориям пациентов.

Литература

1. Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196(4286). P. 129–136.
2. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Всемирная организация здравоохранения, 2019.
3. Клинические рекомендации по диагностике и терапии в психиатрии: коллективная монография / Под ред. А.Г. Гофмана, Т.А. Солоеда. М.: Медицинское информационное агентство, 2022.
4. Проблемы междисциплинарного взаимодействия в психиатрии и неврологии / Сост. Н.А. Бохан, И.Я. Гурович. Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2020.
5. Reeves S., Pelone F., Harrison R., et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. Issue 6. Art. No.: CD000072.
6. Ястребов, Д.В. Организационные модели мультидисциплинарной помощи при психических расстройствах / Д.В. Ястребов // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31. № 3. С. 78–84.