

Как представлены депрессивные переживания в системе первичной помощи в Нидерландах

Головчанова Н.,* Кайн Й.**

* Ярославский областной геронтологический центр (Ярославль, Российская Федерация),
E-mail: thelifetraveler@gmail.com

** Кафедра психологии развития и психогеронтологии Университета Радбауд (Неймеген, Нидерланды)
E-mail: y.kuin@psych.ru.nl

Copyright ©: Головчанова Н., Кайн Й.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования, проведенного в 2012–2013 гг. и направленного на описание современной системы первичной психологической помощи в Нидерландах. Особое внимание уделено диагностике и подходам к работе с депрессией в системе первичной помощи. В настоящее время распространенность депрессии среди заболеваний в мире крайне высока, и проблемы недостаточности диагностики и поиска наиболее эффективных подходов к работе с депрессией широко обсуждаются. Посредством анализа литературы и интервью с практикующими в системе первичной помощи психологами мы создали качественное описание процесса распознавания депрессивных проявлений и подходов к работе с ними в условиях системы первичной помощи. Основные результаты по распознаванию депрессии включают описанные нами поведенческие паттерны, проявляющиеся во время консультации со специалистами. Это описание расширяет общепринятые критерии диагностики депрессии до возможности наблюдения во время консультации. Конкретные предложения по работе с депрессией, высказанные в интервью, дополняют шаги Междисциплинарного Алгоритма для Депрессии в Нидерландах и включают обращение к конкретным сферам жизни клиента, помощь клиентам в восстановлении отношений, активизацию клиента, помощь в выражении чувств, внимание к этиологии текущих проблем. Предельные цели консультирования, в восприятии психологов системы первичной помощи, в целом ориентированы на повышение автономности, свободы и выбора у клиентов. Эти понятия, вероятно, отражают ценности, важные в обществе Нидерландов в настоящее время.

Ключевые слова: первичная психологическая помощь, психологическое консультирование, психотерапия, депрессивные переживания, подходы к лечению.

УДК 159.9:616.89-008.454-08

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Головчанова Н., Кайн Й. Как представлены депрессивные переживания в системе первичной помощи в Нидерландах // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1(24). – С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Поступила в редакцию: 29.10.13

Прошла рецензирование: 10.12.13

Опубликована: 01.01.14

Введение

Первичная помощь является устоявшейся составляющей системы здравоохранения во многих европейских странах. В Нидерландах первичная помощь для людей с психологическими затруднениями представлена врачом общей практики, социальным работником и психологом, а в последнее время также специально подготовленными практикующими медицинскими сестрами и координаторами медицинских услуг. Будучи составной частью пошаговой системы помощи, первичная система психологической помощи предлагает краткосрочную психологическую поддержку в географической близости от клиента и предназначена для клиентов всех возрастов. Система первичной психологической помощи работает с затруднениями, которые появились в первый раз, длятся не более 6 месяцев и являются реакцией на идентифицируемый стрессор. Врач общей практики играет роль «хранителя врат»,

направляя клиентов с психологическими сложностями к психологу или другим профессионалам. В Нидерландах сама идея оказания такой помощи впервые появилась в конце 1970-х годов [3].

В настоящее время систему первичной помощи называют завораживающей лабораторией для психологов, позволяющей создавать инновационные подходы работы с проблемами по здоровью в 21 веке [8]. Приняв био-психо-социальную модель в качестве теоретического фундамента, психологи системы первичной помощи ставят целью своей работы хорошее качество жизни клиентов и их крепкие межличностные отношения. Эта цель достигается путем усиления здоровых характеристик клиента, включением в процесс консультирования клиентскую систему (семью, родственников и других значимых людей), применением техник из различных психологических подходов и сотрудничеством с другими специалистами системы первичной помощи [3].

Многочисленные исследования посвящены различным аспектам практики в рамках первичной помощи, в частности, общей эффективности лечения [5; 8; 10], подходам к конкретным психологическим темам или расстройствам [9; 16], проявлениям и распознаванию затруднений [6], кросс-культурным вопросам в оказании помощи [12; 13]. Тем не менее, еще одной важной областью исследования остаются взаимоотношения между специалистами этой системы здравоохранения в работе с конкретными психологическими затруднениями, а именно между врачом общей практики, психологом, социальным работником, в некоторых случаях координатором услуг или лицами, обеспечивающими уход, и клиентом. Мы предположили, что обсуждение конкретной психологической проблемы — депрессии или депрессивных чувств — позволит прояснить важные нюансы психологической практики в рамках первичной помощи.

Выбор именно депрессии в этом контексте не случаен. Распространенность депрессии высока не только в Нидерландах [1; 14]. Большое депрессивное расстройство в настоящее время является четвертым по частоте среди заболеваний в мире, а к 2030 году ожидается, что именно депрессия займет первое место по частоте встречаемости в странах с высоким доходом населения [2]. Также, депрессия является одним из расстройств, проявляющихся в виде континуума от легких до серьезных симптомов, которые часто замаскированы соматическими жалобами и не распознаются специалистами системы здравоохранения. Недостаточная диагностика депрессии обсуждается как существующая проблема в работе врачей общей практики [11; 16], так как многие пациенты в системе первичной помощи демонстрируют прежде всего свои неспецифические соматические проблемы, которые могут отводить внимание от распознавания депрессии.

Более того, многие исследования затрагивают процесс распознавания психологических затруднений с точки зрения количественного подхода (напр., Ormel [1], van Os [16], Kool [7], Conradi [1]). Тем не менее, именно сотрудничество между профессионалами в системе здравоохранения и пациентом обеспечивает потенциал в определении наиболее точного состояния и, если необходимо, последующего плана сопровождения. Возможно предположить, что качественный подход сможет осветить этот вопрос с другой стороны. Поэтому целью данного исследования является прояснение возможностей раннего распознавания депрессии и определение наиболее эффективных способов работы с депрессией, особенно в ее легких и умеренных формах. Достижение этой цели также позволяет понять процесс взаимодействия между человеком, страдающим депрессией, и специалистами системы здравоохранения в Нидерландах, проанализировать сотрудничество между врачом общей практики и психологом, описать организационный формат и административные процессы, касающиеся консультирования в системе первичной помощи, что явилось также важными задачами проведенной нами работы.

Методы исследования

Литературный анализ, проведенный в начале исследования, позволил сформировать общее понимание принципов и организации системы первичной помощи, распределения ролей специалистов этой системы, подходов к работе с различными психологическими затруднениями и, в особенности, с депрессивными жалобами и чувствами клиентов. Однако это описание было бы неполным без конкретной информации о содержании и организации работы системы первичной помощи, сообщенной непосредственно из профессионального опыта консультирующих психологов данной системы.

В январе-марте 2013 года мы провели 6 интервью с 7 психологами, работающими в центрах здравоохранения или имеющими свою частную практику. Специализация опрошенных психологов различалась по возрасту клиентов, включая преимущественную работу со взрослыми людьми, с пожилыми людьми и их родственниками, с детьми и подростками. Подходы специализации психологов различались от когнитивно-поведенческой терапии до психодинамической терапии и до применения нейробиологической обратной связи. Опрошенные психологи были приглашены к участию в исследовании посредством web-сайта www.lve.nl (сайт общества психологов системы первичной помощи), а также через университетское профессиональное сообщество (Университет Радбауд, г. Наймеген). Каждому потенциальному участнику исследования было направлено письмо-приглашение по электронной почте.

Каждое интервью длилось от 45 мин до 1 часа 10 мин и проходило либо на месте практики психолога, либо в университете. С согласия психологов, интервью были полностью записаны на аудио-носитель и расшифрованы дословно. Помимо консультационной практики, все опрошенные психологи были вовлечены в другие виды профессиональной деятельности (преподавание в университете, преподавание в профессиональных организациях, работа в доме престарелых). Вначале были сформулированы одиннадцать вопросов интервью. В процесс работы были добавлены дополнительные вопросы, касающиеся организационного формата консультирования.

Результаты и их обсуждение

В данном разделе статьи анализ проведенных интервью сопровождается сопоставлением с данными предшествующих исследований и наблюдениями практики. В связи с этим представление непосредственных результатов интервью сочетается с обсуждением конкретных вопросов и ссылками на литературу.

Распознавание и диагностика депрессии

Исследования (Handbook of Depression, 2009) показали, что переживающие депрессию люди при общении имеют тенденцию проявлять определенные особенности, среди которых стремление к получению одобрения и стремление к получению негативной обратной связи о себе. Наши интервью ставили задачей прояснить, могут ли психологи подтвердить это исходя из их опыта или назвать другие особенности поведения, которые помогли бы врачу общей практики распознать проявления депрессии, причем не только применяя диагностические критерии таких современных классификационных систем, как DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), но и учитывая более широкий контекст жизни и поведения клиента.

Большинство из респондентов назвали конкретные поведенческие или эмоциональные паттерны, которые могут рассматриваться как признаки депрессивности:

- Изменение в поведении или чувствах клиента: если врач общей практики знает клиента на протяжении времени, для него становится возможным наблюдать любого рода изменения в том, как клиент себя проявляет;

- Раздражение, проявляемое клиентом относительно любой из тем, обсуждаемой во время приема;
- Выраженная грусть или даже слезы — в тех случаях, когда клиенты не стремятся «замаскировать» свои чувства, но и не могут полностью понять смысл происходящего с ними в их жизни;
- Переживаемое клиентом чувство неполноценности, присутствие которого можно распознать по соответствующим ответам на такие вопросы, как «чувствуете ли вы себя менее важным, чем все остальные?», «вы чувствуете, что другие люди значат больше, чем вы?», и т.п.

Важной частью консультации врача была признана помощь клиентам в выражении их чувств, так как многие люди могут испытывать сложности с тем, чтобы найти нужные слова для описания того, как они себя чувствуют. По отношению к особенностям общения, обозначенных в предыдущих исследованиях, стремление к негативной обратной связи было расценено психологами-респондентами как неспецифичное явление для депрессии, но, скорее, как возможное отражение любого психологического затруднения. В то же время стремление к получению одобрения признано как более свойственное для людей с тревожными расстройствами. Тем не менее, тот факт, что психологи — участники исследования сформулировали конкретные предположения о том, какие проявления клиента могут стать предметом наблюдения врача, позволяет заключить, что наблюдение и постановка правильных вопросов, помимо применения диагностических инструментов, может внести большой вклад в распознавание депрессии врачом даже в ее легких формах.

Тем не менее, даже при правильно задаваемых вопросах, клиент может испытывать нежелание обсуждать свои проблемы с врачом общей практики. В некоторых случаях собственные психологические затруднения кажутся клиенту неприемлемыми или пугающими, или само обсуждение психологических вопросов с врачом представляется неуместным. Особенно это касается пожилых людей и клиентов, принадлежащих к определенным культурам. Большинство респондентов-психологов признали, что работа с клиентами — представителями различных культур требует определенных поправок, например:

(в некоторых культурах) «...люди не говорят много о чувствах... люди говорят с врачом больше о физических жалобах. А когда испытывается много психического напряжения, весь стресс переходит в тело. И в разговоре о чувствах — такие клиенты могут рассказать, но в основном они не видят связи между их подавленными чувствами и телесными жалобами»

Другим аспектом является возраст. Ввиду особенностей поколений, клиенты старшего возраста в целом могут быть менее расположены к обсуждению их эмоциональной жизни, а также быть менее осведомлены о тех ролях, которые выполняют специалисты системы здравоохранения. Из опыта психолога, специализирующегося в работе с пожилыми людьми:

«У меня много клиентов, и я всегда спрашиваю: вы знаете, чем занимается психолог? Потому, что многие не знают даже этого слова. И поэтому важно начинать с установления контакта и со знакомства с их уже имеющимися представлениями»

В таких случаях наиболее вероятно, что мотивирующее вступление к обсуждению чувств станет первым шагом в работе.

В профессиональной литературе также обсуждается вопрос о различии депрессии и других психологических проблем. Депрессивные проявления, демонстрируемые клиентом, могут быть индикаторами различных психологических

нарушений и иметь различные основания (например, в случае нарциссической личности, синдроме выгорания, долгом периоде горевания, и т.п.). Интервью с психологами показали, что такой ход рассуждения проистекает из профессионального «мышления, ориентированного на нарушения», которое противоположно «мышлению, характерному для первичной помощи», ориентированному на исследование различных жизненных сфер клиента и потенциальных ситуаций, вызывающих дистресс, и на поиск способов улучшения сложившейся ситуации для клиента. Тем не менее, в интервью также было показано, что при оказании психологической помощи в таких случаях необходимо учитывать характер возникновения той или иной проблемы (например, медленное, постепенное начало в случае депрессии, и присутствие конкретного фактора или события в ситуации потери). Также, практический опыт консультирования одного из участников интервью показывает, что истинная депрессия имеет тенденцию быть повторяющейся, прослеживается в семейной истории, и в большой степени затрагивает биологический уровень жизни.

Влияние распознавания депрессии на клиента

В литературе обсуждается как благоприятный эффект распознавания депрессии для клиента, так и возможность развития «зависимой роли пациента». С одной стороны, «называние» состояние или заболевания может обеспечить облегчение клиенту и предотвратить дальнейшее непонимание или самообвинение в тех случаях, если такие явления имели место. Ormel и коллеги (1990) доказывают, что признание заболевания содержит «активный ингредиент» ре-интерпретации симптомов и проявлений, который позволяет клиенту (а также его социальному окружению и самому врачу) взаимодействовать с возникшей проблемой. С другой стороны, как утверждают McDaniel и LeRoux (2007), вместе с облегчением тяжести вины за свое состояние в случае получения диагноза, возможно поощрение пассивно-зависимой роли клиента. Таким образом, важный вопрос состоит в том, как сделать уже сам процесс диагностики терапевтическим для клиента?

Ответы психологов на данный вопрос были различными по основаниям. Радикальные позиции респондентов заключались в предложении не ставить диагноз в принципе при работе в системе первичной помощи (*«ярлыки делают людей пассивными»*), и противоположном этому призыву — работать с диагнозом, когда это применимо (*«диагноз необходим для протоколизации оказываемой помощи», «если у явления есть название, они (клиенты) должны его знать»*). Более гибким способом подойти к диагнозу было названо обсуждение происходящего с клиентом как дисбаланса, признаков неудовлетворенности (*«давайте не будем называть это депрессией, давайте назовем это нашим «личным дьяволом»*).

Кроме того, большинство опрошенных психологов согласны с тем, что за последние годы в Нидерландах произошли общие изменения в отношении к психотерапевтической практике, сопровождающиеся привлечением большего внимания к психологическим граням жизни и большим общественным принятием психологических услуг. Такие реакции клиента, как *«пожалуйста, не отправляйте счет за консультацию на мой домашний адрес, так как почтальон увидит, что я хожу к психологу, и мне будет стыдно!»* встречаются все реже и реже.

Тем не менее, представляется важным то, как диагноз обсуждается психологом с клиентом, как этот процесс интегрируется в дальнейшее исследование текущей ситуации клиента и выработку последующих консультационных шагов. Например, доминирующая позиция психолога действительно может провоцировать зависимую роль клиента, в то время как приглашение клиента к активному участию в работе может стать эффективным для поддержания ответственности клиента за собственное здоровье. Полезной моделью в этом отношении является консультационная модель [15], согласно которой клиент и специалист системы здравоохранения взаимодействуют на равных.

При этом специалист предоставляет информацию клиенту, а клиент активен в рассмотрении того, что будет наиболее полезным для него.

Формат системы первичной помощи позволяет поддерживать активную роль клиента посредством его выбора (а) вступить в процесс консультирования или нет; (б) наиболее важной проблемы или сферы в жизни; (в) частоты последующих встреч с психологом, и т.п. Психологи — участники нашего исследования — полагают, что все это позволяет повысить ответственность клиента за процесс выздоровления. Некоторые психологи считают, что личный финансовый вклад клиента, предусмотренный страховыми компаниями, также оказывает благоприятное влияние на мотивацию клиента.

Таким образом, система первичной помощи представляют собой достаточно гибкую систему здравоохранения в таких аспектах, как коммуникация с клиентами, их вовлечение, мотивация и активизация в процессе работы, позволяя психологам и врачам общей практики применять свои суждения и опыт для того, чтобы сделать обсуждение диагноза наиболее благоприятным и терапевтичным для клиента.

Наиболее эффективные формы работы при легкой и умеренной депрессии

Междисциплинарный Алгоритм Лечения Депрессии в Нидерландах (www.trimbos.nl) предписывает три формы лечения депрессии, начиная с менее интенсивных шагов и переходя к более интенсивному лечению в случае необходимости: (1) первоначальные интервенции, (2) психологические интервенции, и (3) лечение медикаментами (фармакотерапия).

Первоначальные интервенции предназначены для клиентов с легкой депрессией, которая возникла в первый раз. Выделены шесть видов первоначальных интервенций, а именно: (а) библиотерапия, (б) обучение само-помощи или самоменеджменту (с применением компьютерных технологий e-health или без), (в) активирующая поддержка, (г) физическая нагрузка / телесная активация или терапия бегом, (д) консультирование, (е) психосоциальные интервенции.

К психологическим интервенциям, которым отдается предпочтение в работе с депрессией, относятся проблемно-ориентированная терапия и краткосрочная терапия. В тех случаях, когда интервенций, описанных выше, недостаточно, или в случае умеренной или тяжелой депрессии, рекомендованы следующие психологические интервенции: (а) когнитивно-поведенческая терапия / когнитивная терапия / поведенческая терапия, (б) интерперсональная терапия (ИПТ), (в) краткосрочная психодинамическая терапия (КПД).

Лечение медикаментами проводится врачами и включает различные медикаменты, эффективные в случае депрессии. То, какому лекарству отдается предпочтение, зависит от тяжести и продолжительности депрессии.

С учетом вышеперечисленных рекомендаций, нами были сформулированы вопросы интервью, направленные на понимание того, какие интервенции или направления работы считаются психологами наиболее эффективными в случае легкой и умеренной депрессии. Благодаря ответам мы ожидали получить суждения, происходящие из непосредственного опыта практикующих психологов системы первичной помощи.

Исследование показало, что направления работы, обозначенные опрошенными психологами, в целом соответствуют рекомендациям Междисциплинарного Алгоритма. Когнитивно-поведенческая терапия, интерперсональная терапия и краткосрочная психодинамическая терапия упоминаются психологами в качестве эффективных с равной частотой.

К более конкретным направлениям работы, указанными психологами системы первичной помощи, относятся:

(а) Обращение к конкретным сферам жизни клиента:

«Я не рассуждаю... с точки зрения расстройств... Я думаю... возможно, сейчас вы переживаете это потому, что у вас проблемы на работе, ваш менеджер ведет себя агрессивно по отношению к вам, у вас довольно насыщенная семейная жизнь, и проблема с родителями, которые нуждаются в помощи и вы помогаете им, и сложно увидеть, где сказать нет ... так что я обращаюсь к этому».

(б) Помощь в восстановлении отношений, привлечение «системы» клиента в консультирование:

«... чтобы они обращались за помощью, разговаривали с другими, чтобы они были менее одинокими...».

«Если вы включаете в работу систему — партнера, мужа или жену, если также помогаете им в общении с детьми, если вы используете системный подход и смотрите на систему, вы можете также сократить период консультирования даже в случае сложных расстройств».

(в) Активизирование клиента:

«Я думаю, со взрослыми — одно — это активизировать их, чтобы они не оставались в постели весь день».

(г) Помощь в обозначении и выражении чувств (в особенности для пожилых людей):

«Я говорю — какого рода чувство не в порядке? В голландском эти слова начинаются с «b» — bedroefd, bang, boos — грустный, испуганный, разозленный... Чувства, которые вы испытываете, скорее относятся к какому из этих трех? Так я помогаю, потому, что назвать чувства иногда сложно для пожилого человека».

(д) Обращение пристального внимания к этиологии:

«Лично я предпочитаю смотреть на этиологию, чтобы знать, что погрузило человека в депрессию. Поэтому вы смотрите на то, что вам кажется основанием проблемы, и вы можете увидеть это по симптомам, по тому, как люди говорят, и часто быстро приходит понимание того, где находится боль в их жизни».

Кроме данных психологических нюансов содержания терапии, внимательный взгляд на три рекомендованных шага в работе с депрессией показывает, что привлечение различных специалистов системы здравоохранения часто необходимо в работе над случаями. Например, некоторые мероприятия, связанные с психологическим образованием, могут быть выполнены социальной медсестрой, в то время, как медикаментозное лечение — это область компетенции врача общей практики. В случаях, когда психологическое консультирование осуществляется вместе с психофармацевтической помощью, тесное сотрудничество между специалистами является крайне важным.

Также, психологическая помощь вместе с лечением медикаментами врачом представляется благоприятной для клиентов в плане лучшей комплаентности клиентов. Предыдущие исследования показали, что рейтинги отказа от лечения среди пациентов с большим депрессивным расстройством значительно выше для фармакотерапии: в 6-месячном клиническом исследовании методом случайной выборки 32% пациентов

отказались от прописанной им фармакотерапии, в то время как от комбинированной терапии (медикаменты плюс психологическое консультирование) отказалось всего 13% [7].

Психологи системы первичной помощи также подтверждают из своего опыта, что для клиентов в случаях легкой и умеренной депрессии более благоприятно начинать с психологической работы, вследствие того, что это (а) обеспечивает лучшее предотвращение повторной депрессии, (б) позволяет усилить клиента, а не «медиализировать» симптомы, (в) дает людям чувство, что они могут осуществлять процесс выздоровления сами.

Большинство из опрошенных нами психологов сообщили, что периодически работают с клиентами, которые получают фармакотерапию, как в ситуациях, когда клиент уже принимал медикаменты до начала консультирования, так и когда психолог может инициировать вопрос о выписывании медикаментов через консультацию с врачом общей практики. Тем не менее, один из опрошенных психологов придерживался радикальной позиции, полагая, что «биологическое лечение психологического расстройства» неэффективно.

Интервью также подтвердили, что личный контакт с врачом общей практики является необходимым для работы психолога системы первичной помощи. Те психологи, которые имеют возможность обсуждать случаи с врачами общей практики, выразили высокую удовлетворенность таким взаимодействием. Вместе с тем, другая часть психологов высказалась о необходимости врачей общей практики знать психологов лично и пожелание иметь больше возможностей для профессионального общения не только через письма или отчеты, но и по телефону или в личных встречах.

Предельная цель консультирования / услуг, предоставляемых клиентам

Вопрос о предельной цели консультирования позволил понять, что, кроме снижения интенсивности симптомов, является важными целями для психологов в работе со всем спектром психологических вопросов.

Во-первых, важно отметить то, что все, кроме одного из опрошенных психологов, признали наличие цели консультирования, которая находится за пределами уменьшения затруднений, с которыми клиенты первоначально приходят. Более конкретно, ответы могут быть объединены в общую концепцию повышения чувства автономии, свободы или выбора у клиентов с акцентами больше на эмоциональном уровне («чувствовать себя хорошо»), поведенческом уровне («организовать свою жизнь», «могут помочь себе впоследствии»), или на работе с нездоровыми когнитивными или поведенческими паттернами, которые блокируют и эмоции, и поведение. Эти цели действительно ориентированы дальше, чем текущие затруднения клиента, а также отражают многоуровневое понимание жизни клиента. Кроме того, эти цели показывают намерение активизировать клиента и использовать время консультирования наиболее продуктивно для дальнейшей жизни клиента. Это представляется важной чертой практики системы первичной помощи.

С точки зрения общества, возникает вопрос о том, существует ли связь между ценностями, в целом разделяемыми обществом и культурой, и предельными ориентациями психологов в работе с клиентами. Ценности автономии, свободной воли и способности организовать свою жизнь в соответствии с собственными устремлениями представляются конгруэнтными современному голландскому обществу. Расширенная выборка приглашенных для интервью психологов, работающих на разных уровнях системы здравоохранения в разных странах и с различным культурным прошлым, могла бы прояснить далее этот вопрос.

Заключение

Интервью показали, что депрессивные чувства могут быть эффективно диагностированы и проработаны в системе первичной помощи с надлежащим вниманием как врачей общей практики, так и психологов к эмоциональным процессам и поведенческим изменениям клиентов. Так как в Нидерландах врач общей практики отвечает за направление клиентов в психологическую помощь, понимание врачами психологических вопросов является крайне важным. В обращении к депрессивным чувствам, переключение внимания от строго медицинского подхода к пониманию психологической реальности клиента становится необходимым. В теории это выражается применением био-психо-социальной модели системы первичной помощи и в следовании разработанным указаниям при работе с депрессией, согласно которым вначале применяются психологические и социально-психологические методы работы, и лишь затем — лечение медикаментами (модель пошаговой помощи). В практике, в проведенных интервью психологи высказали пожелание в большей степени учитывать психологические аспекты всем специалистам системы.

Взаимодействие между специалистами в целом было оценено психологами как эффективное. Однако определенные предложения для улучшения качества взаимодействия были также внесены. Возможно также предположить, что обращение к опыту большего числа психологов позволило бы выделить и описать больше характеристик клиентов, имеющих отношение к распознаванию депрессии. Продолжение исследований в данном направлении интересно с точки зрения понимания целого спектра депрессивных чувств и способов работы с ними.

В целом, представленные опрошенными психологами позиции отражают идеологию системы первичной помощи, которая рассматривает психологическую помощь как краткосрочную, направленную на работу с конкретными вопросами в текущей жизни, и охватывающую жизненные контексты клиента. В то же время, система первичной помощи оставляет достаточно пространства для уникального личного стиля работы психолога в выбираемых методах работы (даже в рамках принятого алгоритма), в отношении и занимаемых позициях, в работе в качестве звена в системе с другими специалистами здравоохранения. Тем не менее, к некоторым вопросам, все еще требующим ответа, относятся: с какими основными сложностями встречается врач общей практики при распознавании и диагностике депрессии; какие интервенции специалистов воспринимаются как действенные клиентами, и т.п. Поэтому исследования, направленные на исследование подобных вопросов диагностики и работы с депрессией с позиций врача общей практики и клиентов смогут раскрыть более полную перспективу в отношении различных аспектов депрессии. Другим направлением дальнейших исследований могут стать такие вопросы, как изучение процесса принятия решений в пользу психотерапии или отказа от нее: какие факторы влияют на решение, какая разница существует у клиентов разного возраста и с различной выраженностью депрессии.

При проекции вопросов организации системы помощи и работы с депрессией на психологическую практику в Российской Федерации, очевидно, что некоторые аспекты будут представлены иным образом. В частности, постановка диагноза не является элементом обязанностей психолога в России, но вопрос об оказываемом на клиента эффекте диагноза наиболее вероятно проявится в том, какую позицию психолог занимает по отношению к клиенту: от роли директивного знающего эксперта до «следования» за клиентом и попытки понять его уникальные чувства.

Также, в реальности Ярославской области психологическое консультирование может рассматриваться скорее как дополнительная услуга, а не как неотъемлемая часть системы здравоохранения. В то же время опытные практикующие психологи хорошо интегрированы в профессиональное сообщество: 72% консультирующих психологов признают, что их коллеги или другие специалисты направляют к ним клиентов (данные

опроса среди психологов и психотерапевтов, проведенного в июне 2013 г. Региональной Ассоциацией Психологов-Консультантов). Таким образом, вопросы взаимодействия психологов с другими специалистами системы здравоохранения актуальны и для российских практиков, что открывает возможности для исследования описанных в статье тем в психологической практике в Российской Федерации.

Литература

1. Conradi, H.J. (2007) *Treatment and risk factors for depression. Long-term results of a randomized controlled trial in primary care*. Groningen: Grafisch centrum, Facilitair bedrijf RuG.
2. Cuijpers P., van Straten A., Smit F., Mihalopoulos C., Beekman A. (2008) Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. – *American Journal of Psychiatry*; 165:1272–1280.
3. Derksen, J. (2009) Primary Care Psychologists in the Netherlands: 30 Years of Experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 5, 493–501.
4. *Handbook of Depression*. Second edition (2009) Edited by Ian H. Gotlib, Constance L. Hammen. – New York, The Guilford Publications, Inc.
5. Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & de Winter M. (2007) Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care* 7, 27 August 2007. – <http://www.ijic.org/>
6. Klinkman M.S. (1997) Competing Demands in Psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in Primary care. – *General Hospital Psychiatry*, 98–111.
7. Kool, S. (2005) *Comorbidity of Major Depression and Personality Disorders*. Amsterdam.
8. McDaniel, S.H., LeRoux, P. (2007) An Overview of Primary Care Family Psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 23–32.
9. Olde Hartman T. (2011) *Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation*. Enschede: Ipskamp Drukkers.
10. Ormel J., Van Den Brink W., Koeter M.W.J., Giel R., Van Der Meer K., Van De Willige G., Wilkink F.W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders on primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909–923.
11. Ormel J., Von Korff M., Van Der Brink W., Katon W., Brilman E., Oldehinkel T. (1993) Depression, Anxiety, and Social Disability Show Synchrony of Change in Primary Care Patients. – *American Journal of Public Health*; 83, 385–390.
12. Schoen C., Osborn R., Huynh P. T., Doty M., Peugh J., Zapert K. (2006) On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries *Health Affairs*, 25. 6, w555–w571.
13. Simon G.E. et al. (1999) Outcomes of Recognized and Unrecognized Depression in an International Primary Care Study. *General Hospital Psychiatry* 21, 97–105.
14. Spijker, J. (2013) *Chronisch depressief in nieuw perspectief*. Inaugurele rede, Radboud Universiteit, Nijmegen.
15. Van Audenhove, Ch., Hamelinck, L., & Bleven, K. (2006). Het overlegmodel bij de keuze van psychotherapie. In: L. Claes, P. Bijttebier, T. Vercruyssen, L. Hamelinck, & E.E.J. de Bruyn (Eds.). *Tot de puzzel past: Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk* (pp. 183–204). Leuven: Acco.
16. Van Os T.W.D.P. (2003). *Pandora's box How to Improve Treatment and outcomes of depression in primary care?* Amsterdam, PrimaveraQuint.

Depressive feelings as presented in primary care in the Netherlands

Golovchanova N. (Yaroslavl, Russian Federation)

candidate of psychological science, psychologist at Yaroslavl regional gerontology center.

E-mail: thelifetraveler@gmail.com

Kuin Y. (Nijmegen, Netherlands)

PhD, Associate professor, Section developmental Psychology and Psychogerontology, Radboud University Nijmegen.

E-mail: y.kuin@psych.ru.nl

Abstract

The article presents results of the study carried out in 2012–2013 and aimed at describing current primary care psychology in the Netherlands. Special attention was paid to diagnostics and treatment approaches to depression in primary care. Depression is currently ranked highly in the disease burden worldwide, and the problems of underdiagnostics of depression and the search for most effective treatment approaches are generally discussed. By means of literature analysis and interviews with practicing primary care psychologists we created a qualitative description of the process of recognition and approaching depressive complaints in primary care settings. The main findings on recognition of depression include described behavioral patterns that can become evident during a consultation with health care providers. These descriptions extend the accepted criteria for depression diagnostics to directions for observation during a consultation. Specific suggestions on treatment of depression expressed in interviews that compliment the steps of Multidisciplinary Guidelines for Depression in the Netherlands include addressing specific areas in a client's life, helping clients to restore relationships, activating the client, helping to express the feelings, and considering the etiology of current problems. The ultimate goals of counseling perceived by the primary care psychologists are generally oriented to increasing autonomy, freedom, and choice in clients. These concepts are likely to represent the important societal values currently in the Netherlands.

Key words: Primary care psychology, psychological counseling, psychotherapy, depressive feelings, treatment approaches.

Received: 29.10.13

Accepted: 10.12.13

Publisher: 01.01.14

References

1. Conradi, H.J. (2007) *Treatment and risk factors for depression. Long-term results of a randomized controlled trial in primary care.* Groningen: Grafisch centrum, Facilitair bedrijf RuG.
2. Cuijpers P., van Straten A., Smit F., Mihalopoulos C., Beekman A. (2008) Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. – *American Journal of Psychiatry*; 165:1272–1280.
3. Derksen, J. (2009) Primary Care Psychologists in the Netherlands: 30 Years of Experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 5, 493–501.
4. *Handbook of Depression.* Second edition (2009) Edited by Ian H. Gotlib, Constance L. Hammen. – New York, The Guilford Publications, Inc.
5. Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & de Winter M. (2007) Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care* 7, 27 August 2007. – <http://www.ijic.org/>
6. Klinkman M.S. (1997) Competing Demands in Psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in Primary care. – *General Hospital Psychiatry*, 98–111.
7. Kool, S. (2005) *Comorbidity of Major Depression and Personality Disorders.* Amsterdam.
8. McDaniel, S.H., LeRoux, P. (2007) An Overview of Primary Care Family Psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 23–32.

9. Olde Hartman T. (2011) *Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation*. Enschede: Ipskamp Drukkers.
10. Ormel J., Van Den Brink W., Koeter M.W.J., Giel R., Van Der Meer K., Van De Willige G., Wilminck F.W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders on primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909–923.
11. Ormel J., Von Korff M., Van Der Brink W., Katon W., Brilman E., Oldehinkel T. (1993) Depression, Anxiety, and Social Disability Show Synchrony of Change in Primary Care Patients. – *American Journal of Public Health*; 83, 385–390.
12. Schoen C., Osborn R., Huynh P. T., Doty M., Peugh J., Zapert K. (2006) On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries *Health Affairs*, 25. 6, w555–w571.
13. Simon G.E. et al. (1999) Outcomes of Recognized and Unrecognized Depression in an International Primary Care Study. *General Hospital Psychiatry* 21, 97–105.
14. Spijker, J. (2013) *Chronisch depressief in nieuw perspectief*. Inaugurele rede, Radboud Universiteit, Nijmegen.
15. Van Audenhove, Ch., Hamelinck, L., & Blevens, K. (2006). Het overlegmodel bij de keuze van psychotherapie. In: L. Claes, P. Bijttebier, T. Vercruyssen, L. Hamelinck, & E.E.J. de Bruyn (Eds.). *Tot de puzzel past: Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk* (pp. 183–204). Leuven: Acco.
16. Van Os T.W.D.P. (2003). *Pandora's box How to Improve Treatment and outcomes of depression in primary care?* Amsterdam, PrimaveraQuint.