

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М.БЕХТЕРЕВА

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ
В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ВНУТРИБОЛЬ-
НИЧНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА),
УЧРЕЖДЕНИЙ ОКАЗЫВАЮЩИХ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ И
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2011 г.

АННОТАЦИЯ

В настоящей работе описываются основы организации и проведения психотерапии в новой организационной структуре — клиническом подразделении внебольничной психотерапии (внутрибольничном психотерапевтическом центре) учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, которую можно рассматривать как новую, четвертую, форму организации психотерапевтической помощи (наряду с региональными психотерапевтическими центрами, психотерапевтическими стационарными отделениями и психотерапевтическими кабинетами).

Организационные принципы и методологические подходы к оказанию психотерапевтической помощи в условиях внутрибольничного психотерапевтического центра обладают рядом уникальных особенностей, отражающих специфику существующих потребностей в психотерапевтической помощи (в частности запроса и заказа на психотерапию) среди пациентов ЛПУ. Реализация рекомендаций позволит идентифицировать круг пациентов ЛПУ, нуждающихся в психотерапии, запланировать квалификационное наполнение штатной структуры внутрибольничного центра психотерапии, деятельность которого может являться важнейшей точкой интеграции биологической, психологической и социальной составляющих комплексной лечебной помощи пациентам с нервно-психическими расстройствами.

Методические рекомендации предназначены для использования организаторами здравоохранения, врачами-психотерапевтами и медицинскими (клиническими) психологами для практической работы.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы составители — сотрудники Научно-исследовательского психоневрологического Института им. В.М. Бехтерева: врач-психотерапевт В.В. Холякко, руководитель Отдела организации научных исследований, новых технологий и подготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии, кандидат медицинских наук Р.К. Назыров, кандидат медицинских наук М.Б. Ремесло, заведующая Отделением внебольничной психотерапии С.В. Логачева, врач-психотерапевт, заведующий отделением внебольничной психотерапии В.Я. Сазонов.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЛПУ — лечебно - профилактическое учреждение, оказывающее психиатрическую и психотерапевтическую помощь;

ЛПМ — лечебно-производственные мастерские;

ОПР — отделение профессиональной реабилитации;

ЦПА — внутривольничный центр профессиональной адаптации

ИПП — индивидуальная психотерапевтическая программа.

ВВЕДЕНИЕ

Возрастающее значение учреждений частичной госпитализации в системе психиатрической помощи подтверждается в настоящее время результатами проведенных исследований и активной разработкой ряда содержательных тем, к числу которых можно отнести применение психотерапевтических подходов с учетом благоприятного влияния естественной социальной среды в дневных стационарах, применение психотерапии в психоневрологическом диспансере, психотерапия в клубах бывших пациентов, терапия занятостью при проведении амбулаторной психотерапии, развитие внедиспансерных форм психиатрической помощи, специфика организации и проведения психотерапии в условиях регионального психотерапевтического центра.

При этом следует учитывать общий контекст, в котором актуализируются комплексные формы психоневрологической и психотерапевтической помощи с интеграцией в систему ее оказания стационарных, полустационарных и амбулаторных форм, а именно:

1. значительное развитие современных психофармакологических средств лечения, сводящих до минимума побочные действия антипсихотических препаратов, а также изменение структуры комплекса мероприятий по лечению психически больных, сделавшее возможным его проведение во внебольничных условиях;
2. патоморфоз психических заболеваний, в силу которого помещение больного в закрытое отделение психиатрической больницы во многих случаях не является необходимым, и всё большее смещение центра тяжести лечебно-восстановительной работы во внебольничную сферу;
3. перестройка психиатрической помощи, выразившаяся в развитии реабилитационного направления, объявляющего универсальным принципом практической психиатрии максимальное приближение помощи к населению (что означает, в частности, её открытость и общедоступность);
4. высокие лечебные возможности полустационарных и амбулаторных учреждений, позволяющие сократить сроки лечения, достичь более высокого качества ремиссий и уровня социальной адаптации психически больных.

Промежуточное положение внутрибольничных центров делает их во многих отношениях предпочтительными (по сравнению с

больницами) для пациентов и их близких. Это связано с более свободным (при частичной госпитализации) режимом, а также с возможностью в условиях полустационара в максимальной степени сохранить для больного привычные условия повседневной жизни. Устранение (даже частичное) психологических барьеров, с которыми связывается в сознании больных и их родственников госпитализация в психиатрическое учреждение, позволяет привлекать больных к лечению на более ранних этапах заболевания и в самом начале рецидивов и обострений. Больные с опытом пребывания в клиническом подразделении внебольничной психотерапии в дальнейшем сами обращаются за помощью и при ухудшении состояния своевременно возобновляют лечение в условиях частичной госпитализации.

Своевременная структурно-функциональная реорганизация ЛПУ, позволяющая увеличить долю медицинской помощи психологическими средствами (психотерапии, психосоциальная реабилитация и психосоциальная психотерапия) во-первых, увеличит обращаемость в данные учреждения, что имеет важное значение в профилактике и раннем выявлении нервно-психических расстройств; во-вторых, интенсифицирует решение внутрибольничных проблем спектра комплайенса и госпитализма, что позволит повысить качество и эффективность медицинской (в том числе и фармакотерапевтической) помощи.

Сочетанное применение различных методов и форм психотерапии с одновременной реализацией бригадных форм взаимодействия смежных специалистов внутри ЛПУ (психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и специалистов по социальной работе) может быть реализовано на базе клинического подразделения внебольничной психотерапии (внутрибольничного психотерапевтического центра).

Такой подход может иметь значение для повышения эффективности деятельности психотерапевтических учреждений при проведении профилактических мероприятий, лечении и реабилитации.

В связи с теоретическим и прикладным значением указанных вопросов организацию такого подразделения следует считать целесообразной в практической деятельности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Алгоритм организации

Для эффективного функционирования внутрибольничного психотерапевтического центра ЛПУ необходима специальная организация психотерапевтической работы в сочетании с реабилитационными мероприятиями и использование психосоциальных влияний, осуществляемых в рамках терапии средой и различных психотерапевтических методов.

Выработана, адаптирована и модернизирована организационная система внутрибольничного психотерапевтического центра, элементы которой подразделяются на следующие группы:

1. Стратегическое планирование потока пациентов отделения внебольничной психотерапии.
2. Организационное обеспечение отделения внебольничной психотерапии.
3. Структурно-функциональные элементы деятельности отделения внебольничной психотерапии.
4. Режим работы отделения внебольничной психотерапии.
5. Индивидуальная психотерапевтическая программа.
6. Управление качеством осуществляемой помощи отделения внебольничной психотерапии.

Следует подчеркнуть, что полноценная и стабильная работа клинического подразделения «Отделение внебольничной психотерапии» может быть обеспечена при неперенном внимании к элементам всех шести групп.

1. Стратегическое планирование потока пациентов отделения внебольничной психотерапии

Планирование потока пациентов должно учитывать мотивацию к участию в психотерапевтических программах пациентов, которая, в частности, предполагает идентификацию запроса на психотерапевтическую помощь и формулирование психотерапевтического заказа для последующей реализации индивидуальных психотерапевтических программ в условиях отделения внебольничной психотерапии (внутрибольничного психотерапевтического центра).

Основные методы сбора информации — анкетирование и структурированное интервью лечащих врачей клинического учреждения. Нозологический состав определяется дополнительно на осно-

вании статистических отчетов заведующих Отделениями, в том числе и консультативного. Для выявления некоторых типов запроса и заказа у амбулаторных пациентов дополнительно осуществляется структурированное интервью о содержании телефонных обращений у медсестер кабинета внебольничной психотерапии и консультативного отделения.

1.1. Амбулаторные пациенты

Основные нозологические группы:

А. Пациенты, нервно-психическое расстройство которых регистрируется в группе F4 МКБ-10. Основными показаниями для направления данных пациентов в отделение внебольничной психотерапии являются:

— необходимость снижения интенсивности актуальной психотравмирующей ситуации, что достигается благодаря двум факторам, присущим режиму частичной госпитализации, который обеспечивает ограничение привычных социальных контактов пациента;

— необходимость осуществления интенсивной, комплексной психотерапевтической программы, позволяющей за счет широкого меню методов и привлечения социальной составляющей добиться быстрой коррекции мотивационной сферы пациента в случае ригидности защитных установок.

Б. Пациенты со стертими, малопроявленными формами шизофрении либо в ремиссии (регистрация F20.xx4; F20.xx5; F20.xx8; F20.xx9; F21.8; F21.9.) Учитывая сходство мотивов на получение медицинской помощи, целесообразно здесь же рассматривать пациентов с личностными расстройствами (регистрация F6 в МКБ-10). Наиболее распространенными показаниями для этой группы служат:

— необходимость удержания в лечебном контакте лиц с протестной или слабой мотивацией на получение медицинской помощи;

— необходимость создания микросоциальной ниши для пациентов, утративших навыки активного социального функционирования.

1.2. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении

В силу специфики лечебно-профилактических учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, в целом можно сказать, что в медицинской помощи психологическими средствами нуждаются практически все пациенты. Для планирова-

ния потока пациентов и заполнения внутрибольничного психотерапевтического центра данное положение нуждается в конкретизации с учетом специфики ЛПУ, осуществляющего психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

1.3. Результаты исследования планирования направлений в отделении внебольничной психотерапии (внутрибольничный психотерапевтический центр)

Необходимо отметить, что данные приводятся в качестве примера, т.к. исследование должно носить характер постоянного мониторинга (регулярного исполнения), что позволит вносить своевременные коррективы в деятельность внутрибольничного психотерапевтического центра. Данные о распространенности различных психосоциальных феноменов, определяющих потребность в психотерапевтической помощи представлены в Таблице 1 (Приложение 1).

Возможно представление результатов исследования в трех видах:

1) распространенность (процент пациентов от общего числа) – представлен для иллюстрации в данной таблице; 2) количество пациентов, у которых отмечен искомый психосоциальный феномен; 3) степень выраженности (врачам предлагается оценить то или иное явление по 4-бальной шкале).

Первый вид удобен для описания социальной динамики ЛПУ и выявления специфичных для каждого отделения проблем, для соотнесения различных отделений друг с другом. Второй вид обслуживает непосредственное планирование деятельности внутрибольничного психотерапевтического центра, нагрузку, наполнение различных форм, потребность в узких специалистах и т.д. Третий вид дополнительно может отражать степень психологического напряжения лечащего врача и персонала, возникающего в связи с индивидуальными личностными. Эти данные приведены в Таблице 2. (Приложение 2).

2. Организационное обеспечение отделения внебольничной психотерапии.

Организационные принципы работы клинического подразделения внебольничной психотерапии (внутрибольничного психотерапевтического центра), перечень целей, задач, функций, принципов взаимодействия с другими клиническими подразделениями ЛПУ могут быть использованы для создания, утверждаемого руководителем ЛПУ «Положения об отделении внебольничной психотерапии» —

основного документа, на основании которого осуществляется его деятельность, а также разрабатываются должностные инструкции для сотрудников данного подразделения.

В качестве примера приводится «Положение об отделении внебольничной психотерапии» (Приложение 3).

3. Структурно-функциональные элементы деятельности отделения внебольничной психотерапии.

В восстановительном лечении и реабилитации больных особая роль принадлежит терапии средой, которая включает в себя методы социальной тренировки, ролевого переучивания больных, мобилизации их активности и создание психологической обстановки, способствующей оптимальному включению каждого больного в лечебный процесс. Основной предпосылкой достижения этих целей служит организация лечебного коллектива. Структурно-функциональные группы представляют собой основу организации терапевтического коллектива. Больные включаются в них при поступлении на всё время госпитализации. Помимо участия в работе этих групп, пациент участвует согласно индивидуальной терапевтической программе в индивидуальной психотерапевтической работе (индивидуальном психологическом и/или социальном консультировании); кроме того, он имеет время для осуществления индивидуальных личностно-значимых для него проектов.

3.1. Терапевтическое сообщество.

В современном понимании терапевтическая среда — это, прежде всего, система социальных отношений, складывающихся в ЛПУ и в ближайшем окружении пациента. Терапевтическая среда — это рационально направляемая система отношений больного с окружением. Речь идет, прежде всего, об установлении таких взаимоотношений между больными и персоналом, которые способствовали бы наилучшему самовыражению пациентов, их вовлечению в лечебный процесс в качестве активных и сознательных его участников, тренировке и развитию ими своих социальных функций и психологической коррекции их установок.

Для реализации данного положения наиболее приемлема концепция (модель) частично управляемой социальной среды – терапевтическое сообщество, включающее в себя персонал, пациентов, а также их родственников, которое функционирует на основе само-

управления и в то же время действует перечень и регламент социотерапевтических мероприятий, ответственность за эффективность которых возложена на квалифицированных специалистов.

В создании терапевтической среды велика роль специалиста по социальной работе. В настоящее время в его деятельности выделяется несколько направлений — работа с конкретными пациентами, с группами пациентов, в сообществе, взаимодействие с внебольничными структурами и организациями. Социотерапевтические мероприятия, разумеется, не исчерпывают собой все функции социального работника, однако являются их важной составной частью.

Любая модель терапевтического сообщества использует три основные формы групповой работы:

- 1) собрание сообщества;
- 2) совет пациентов;
- 3) встреча персонала.

Формирование бригадной формы работы и построение терапевтического сообщества являются наиболее сложными и трудоемкими задачами отделения. Общая цель — включение в той или иной степени в деятельность внутрибольничного психотерапевтического центра всех категорий групповых собраний.

Два раза в неделю в одно и то же время проводится общее собрание отделения, в работе которого принимает участие большинство пациентов, все психотерапевты, старшая сестра отделения и сотрудники внутрибольничного психотерапевтического центра. На общем собрании представляют новых пациентов, обсуждают все накопившиеся вопросы за неделю, итоги занятий групп, режим и расписание работы, намечаются планы и мероприятия на следующие дни, отмечаются особо отличившиеся пациенты, вручаются переходящие призы. На общих собраниях рассматриваются вопросы, в той или иной степени касающиеся всех пациентов и сотрудников.

Необходимо, чтобы в работе собраний участвовал весь персонал и все врачи и/или психологи, проводящие групповую терапию. Первое время собрание ведет заведующий, что лишний раз подчеркивает значимость данной процедуры. В последующем, ведущие собрания меняются для более активного вовлечения в групповой процесс других психотерапевтов, однако присутствие и активное участие заведующего психотерапевтическим центром является обязательным.

Специфические нарушения коммуникативной деятельности у больных с нервно-психическими расстройствами диктуют необходи-

мость специалистам придерживаться определенных правил при участии в больших группах. Обсуждение различных вопросов на общем собрании должно следовать принципам групповой терапии (возможность каждому высказать свою точку зрения, внимание ко всем пациентам, представление обратной связи и пр.) и заканчиваться принятием четких и конкретных решений, исполнение которых проверяется на следующих собраниях. Модель общения между самими специалистами и/или между психотерапевтами и пациентами на собрании должна служить примером взаимодействия для пациентов.

Элементы самоуправления пациентов вводятся на общих собраниях. Налаживается работа Совета больных, который взял бы на себя элементы самоуправления. Конечно, собрания Совета больных проходят при участии врача, старшей сестры, социального работника. Пациенты нуждаются в стимулировании их деятельности, и здесь важно соблюсти грань, чтобы Совет больных не превратился в одно из занятий, проводимых персоналом. На общих собраниях выбирают пациенты, ответственные за тот или иной участок работы.

К социотерапевтической работе активно привлекается персонал отделения. Социальный работник помимо основной работы курирует подготовку различных праздничных мероприятий, концертов, выступлений. Руководство и проведение групп невозможно без определенной подготовки и навыков, поэтому работе с персоналом уделяется особое внимание. Врачами поощряется создание в отделении доброжелательной атмосферы, от персонала требуется спокойное и уважительное отношение к пациентам.

В итоге в терапевтическое сообщество включаются все сотрудники, а сама клиника начинает восприниматься как терапевтический инструмент. Это может произойти лишь в том случае, если терапевтическая среда составляется из пациентов уже работающих лечебных групп и соответствующим образом подготовленного персонала.

Особый вопрос — это численный состав отделения, где формируется терапевтическая среда: общее количество пациентов и персонала в этих условиях не должно быть меньше 25-30 и не превышать 80-100 человек.

3.2. Индивидуальная психотерапия (индивидуальное консультирование).

Индивидуальная психотерапия является такой ее формой, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия

выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач-пациент.

Индивидуальная психотерапия проводится одним психотерапевтом, редко двумя (биполярная терапия) или несколькими котерапевтами. В отделении внебольничной психотерапии является элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами психотерапии, фармако-, физио- или социотерапией.

Структура целей различных современных форм психотерапии применительно к индивидуальной психотерапии представлена на основании разработок в таблице:

Тип цели	Примеры
Цели для сеанса психотерапии (для терапевтического процесса): конкретно и кратко-срочно	Углубление самоэксплорации Уменьшение страха при обсуждении запретной темы Соблюдение инструкций при выполнении рекомендаций психотерапевта
Микрорезультаты (после сеанса): конкретно и краткосрочно	Прекращение избегания повседневных ситуаций, которые ранее избегались Улучшение способности понимания причинных связей конкретной социальной конфликтной ситуации
Макрорезультаты (после сеанса): глобально и долгосрочно	Позитивная самохарактеристика Соответствующая сила Я Адекватное ожидание собственной эффективности Улучшение способности к коммуникации Стабильная и генерализованная ситуационная компетентность

Такая форма представления является основой для наполнения ее конкретным содержанием; эта работа должна быть обязательно проведена в отделении коллегиально и с ее результатами должны быть ознакомлены все групповые ведущие, а также специалисты по социальной работе. Таким образом, создается один из унификационных интегрирующих элементов полипрофессиональной бригады.

Важной общей характеристикой индивидуальной психотерапии, с которой связаны конкретные цели и средства их достижения во внутрибольничном психотерапевтическом центре, являются:

Фаза	Цели	<i>Средства</i>
Определение показаний	<p>Диагностическое обследование</p> <p>Выбор терапевтического метода</p>	<p>Беседа/анамнез</p> <p>Личностные и клинические тесты</p> <p>Медицинское обследование</p>
Построение терапевтических отношений	<p>Рольевое структурирование (объяснение и облегчение принятия пациентом его роли как пациента)</p> <p>Формирование позитивных ожиданий при изменениях</p> <p>Построение терапевтического союза</p> <p>Передача знаний об общей концепции этиологии</p>	<p>Реализация уважения и эмпатии</p> <p>Разъяснение правил психотерапии</p> <p>Терапевтический контракт</p>
Проведение терапевтического обучения	<p>Систематическое построение компетентности (поведенческая терапия)</p> <p>Анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ)</p> <p>Реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия)</p>	<p>Применение специальных психотерапевтических техник</p> <p>Непрерывное наблюдение и анализ психотерапевтического сеанса; иногда актуальных переживаний и опыта полученного на малых психотерапевтических группах, в милье-группах и на мероприятиях терапевтического сообщества.</p>
Оценка результата терапии	<p>Психодиагностическое выяснение степени достижения терапевтической цели</p> <p>Обеспечение генерализации результатов терапии</p> <p>Формальное завершение терапевтических отношений</p>	<p>Беседа</p> <p>Диагностические методы</p> <p>При определенных условиях – редуцирование терапевтических контактов</p> <p>Договоренность о завершении терапии по взаимному согласию.</p>

3.3. Семейная психотерапия

Форма психотерапии, направленная на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи.

В условиях внутрибольничного психотерапевтического центра семейная психотерапия проводится при возможности привлечь к работе членов семьи пациента.

В отделении внебольничной психотерапии удобнее реализовывать модель семейной системной психотерапии, которая позволяет соединять в психотерапевтической работе с семьями различные по лечебным механизмам методы: домашние задания по модификации поведения, анализ и интерпретацию взаимоотношений, групповые дискуссии и др.

В ходе семейной психотерапии, продолжительность которой может колебаться от 1-2 до нескольких встреч, выделяют ряд этапов. Длительность обуславливается тяжестью психических расстройств у «носителя симптома», выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Выделяют 4 этапа семейной психотерапии: 1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидация семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них.

На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществляется выявление и кларификация истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи. Таким образом, на этой стадии ведущими оказываются следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга (по-

пытка установить контакт и добиться эффекта, влияя в иерархизированном порядке на различные стороны личности участников).

На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора. На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

3.4. Малые психотерапевтические группы

Динамическая группа. Цели и задачи данного типа групп как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает позиции. В самом общем виде цели группы определяются как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), которые реализуются через конкретные задачи групповой психотерапии.

Основным инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевтическая группа, позволяющая выйти на понимание и коррекцию проблем пациента за счет межличностного взаимодействия, групповой динамики.

Продолжительность курса в среднем это 20 сеансов по 3 часа каждый. Психотерапевтическая группа состоит из 8—12 человек и, как правило, гомогенна по нозологическому признаку и гетерогенна в отношении других характеристик (пол, возраст, образование, психологические особенности, специфика психологического конфликта и др.).

Психодраматическая группа. Терапевтическая группа, использующая метод психодрамы, строится на принципе «здесь и сейчас». Психодрама предоставляет возможность пациенту проявить себя во всех ролях, создавая условия, при которых ошибки суждений не сопряжены с риском потерять уважение руководителей и членов группы. Интерпретация ситуаций воспринимается и осознается пациентами с меньшим страхом, вследствие завуалированности конфликтной проблематики пациента театральной ролью. Поэтому в ходе репетиций и постановки пациенту легче осознавать деструктивные и дефицитарные функции своего «Я». Факторами, положительно воздействующих на изменение установок под влиянием психодраматического разыгрывания ролей, являются: предоставление пациенту свободного выбора как относительно участия в психодраме, так и относительно роли; вовлечение пациента в исполнительскую деятельность; появление возможности внести в игру собственные импровизации; получение пациентом положительного подкрепления по окончании действия.

Театрально-терапевтическая группа. Использование постановки театральной пьесы в качестве терапевтического приёма являются более приемлемым для высоко уязвимого контингента психически больных вследствие выражения своих переживаний посредством персонажей, а не путем непосредственной экстернизации внутренних проблем и конфликтов.

Существенной особенностью метода терапии театром, является то, что здесь психотерапевтический процесс выходит за пределы воздействия словом. Речь идет о возможности для пациентов невербальных самовыражений и коммуникаций через театральную роль. При этом театрально-психотерапевтическая группа понимается как социально-энергетическое, групподинамическое поле, причем пьеса является рабочим проектом. Сцена, кулисы, подбор ролей, режиссура и т. д., выполняются самостоятельно общими усилиями пациентов.

Театрально-терапевтическая группа обычно включает от 10 до 20 человек. Группа является открытой: за время работы группы её состав может меняться (в связи с выпиской пациентов или в связи с изменением психического состояния пациентов). Часть пациентов направляется в терапевтическую группу лечащими врачами, часть – приходит самостоятельно, узнав о существовании на отделении театра. Критерии отбора в группу не жесткие; противопоказанием является, по сути, только острое психотическое состояние. Театр-

терапия проводится 2 раза в неделю по 1,5–2 часа, а непосредственно перед представлением – чаще (3-4 раза в неделю).

Работа групп арт-студии. В ней пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а так же творческого самовыражения – с другой. Включаются и такие формы творчества как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

Выделяет 4 основных направления в применении арт-терапии:

1) Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и интерпретации пациентом.

2) Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор.

3) Одновременное использование первого и второго принципов.

4) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

Уровни лечебного действия и адаптации:

1) Социально-личностный уровень адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

2) Личностно-ассоциативный уровень адаптации: облегчение, компенсация достигаются вследствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.

3) Ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации: лечебное действие достигается подключением интеллектуальных операций (проекция, обсуждение и осознание конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к психопатологическим переживаниям, не требующим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простейшем проективном представлении проблем.

4) Преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творчества — это один из видов занятости, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отличающийся от других аналогичных методов.

5) Физиологический уровень адаптации: учитывается физическое, физиологическое, координационно-кинетическое влияние пластического изобразительного творчества на организм и психику.

С позиции адаптации арт-терапия расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующий общей гармонизации личности.

Группы обычно состоят из 8-10 человек.

Группа социально-психологического тренинга. Один из методов активного обучения и психологического воздействия, осуществляемого в процессе интенсивного группового взаимодействия и направленного на повышение компетентности в сфере общения.

Социально-психологический тренинг проводится в группах по 8—12 человек под руководством психолога, прошедшего специальную подготовку. Обычно цикл занятий рассчитан на 30 — 50 часов.

Гештальт-группа. Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в гештальт-группе; и те и другие связаны с настоящим. Основными принципами являются следующие: 1) «сейчас» и «здесь» – это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент; 2) «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми; 3) принцип субъективизации высказываний, который связан с семантическими аспектами ответственности пациента; 4) «континуум сознания», который является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от вербализаций и интерпретаций, одно из центральных понятий гештальт-терапии.

Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и прodelывают большую

молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего Я и завершая незаконченные ситуации.

Милие-группа. Милие-терапевтическая работа строится вокруг динамически понимаемой терапии средой. В современной милие-терапии специалисты активно включаются в милие-терапевтическую работу; среда отображает жизненную ситуацию пациента.

Организация специфической терапии средой требует, помимо подготовки персонала, принципиального изменения отношения к пребыванию в стационаре как самих пациентов, так и медицинских работников.

Милие-терапевтическая группа организуется вокруг рабочего проекта. Совместная деятельность является для пациента способом получения собственного опыта в сфере отношений, источником знаний о своих слабостях и преимуществах. Милие-терапевтами могут быть любые специалисты, прошедшие соответствующее обучение.

Во время проведения милие-терапии могут быть реализованы следующие милие-проекты: оформление коридоров, столовой и палат с использованием изобразительной продукции самих пациентов; оборудование в одном из отделений холла для отдыха пациентов, украшение его комнатными растениями; строительство в холле миниатюрного фонтана с подсветкой и декоративной отделкой. Вне зданий в летнее время года проекты могут быть связаны с оформлением прогулочных дворишков, которые приобрели бы индивидуальный вид. Руками пациентов могут быть смонтированы беседки, проложены дорожки, разбиты клумбы; возможно создание и выпуск журнала, составленного из творческих работ пациентов стационара. Данный проект иллюстрирует еще одну особенность милие-терапии – возможность продолжения работы над проектом другим составом пациентов, при условии, что все они включены в единую терапевтическую среду отделения.

Таким образом, диапазон возможных проектов довольно широк: от группового оформления стенгазеты, написания реферата, до масштабных оформительских и строительных работ. В рамках милие-терапии ведущая роль отводится обсуждению с участниками возникающих трудностей, проблем, роли каждого из пациентов в группе, его вклада в реализацию проекта. Этим методика отличается от терапии занятостью, поскольку не сосредотачивается на возвращении пациентам навыков труда или просто на вовлечении их в ра-

боту, а скорее полагается на самостоятельное общее личностное развитие пациентов в условиях его активной деятельности, способствующей развитию креативности, навыков планирования, сотрудничества и учета реальных условий деятельности. Речь идет фактически о специфической форме групповой психотерапевтической работы. Милие-терапия является неперенным атрибутом деятельности отделения внебольничной психотерапии.

Групповые формы других методов психотерапии. Приведенный выше перечень психотерапевтических групп является ориентировочным, так как многое зависит от нозологической принадлежности контингента пациентов в конкретное время, особенностей их личности, мотивации и пр. Нельзя сбрасывать со счетов и квалификационные возможности персонала, которые в каждом ЛПУ могут иметь свои особенности.

3.5. Работа групп поддерживающей психотерапии.

Суппортивная группа. По отношению к больным с выраженной прогрессивностью психического заболевания методом работы является суппортивная психотерапия, главная цель которой – социальная адаптация больных за счет улучшения когнитивной дифференцированности, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения.

В отличие от других видов, в частности, психодинамической психотерапии, суппортивная психотерапия как разновидность поддерживающей психотерапии, не предусматривает глубокого анализа личностных проблем, она представляет поддержку и помощь личности такой, какая она есть, служит для укрепления и поддержки защитных сил пациента и снабжения его инструментами самопомощи. В ходе терапии последовательно решаются задачи повышения автономности существования больного с учетом его возможностей.

В целом, поддерживающая терапия включают в себя такие технические приемы, как активное слушание, принятие, эмпатия, соответствующее подбадривание и успокоение, усиление адекватной перцепции пациента и оздоравливающих инициатив, укрепление уверенности в возможности получения помощи и защиты со стороны терапевта при решении проблем во время кризисных ситуаций. Широко используются: совет, эмоциональная стимуляция, разъяснение, убеждение, манипуляция в социальном окружении, ролевой тренинг.

В процессе работы суппортивной группы для улучшения коммуникативных навыков пациентов используют определённую последовательность когнитивно-поведенческих приёмов: 1) соотнесение видения ситуации больным с реальностью, коррекция искажений; 2) улучшение социальной перцепции, расширение возможностей опознания важнейших параметров социального контекста, отработка навыков понимания окружающих; 3) формулирование проблем межличностных отношений, ранжирование их приоритетности; 4) идентификация дефекта общения, уточнение специфики коммуникативных нарушений, выявление механизмов их формирования; 5) поиск альтернативных вариантов поведения, способов решения проблем; 6) демонстрация моделей успешного поведения, отработка их с больными; 7) анализ выполнения, эмоциональное подкрепление успеха, резюмирование новой стратегии поведения, переход к воспроизведению его во внутерапевтической среде.

Группы психообразовательных программ – это занимающая особое место в структуре реабилитационных мероприятий поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Основными задачами при проведении психообразовательных занятий являются следующие:

- 1) восполнение имеющегося у больных и членов их семей информационного специфического (медицинского) дефицита знаний;
- 2) снижение у пациентов и членов их семей уровня самостигматизированности и стигматизированности;
- 3) обучение пациентов и членов их семей умению опознавать первые признаки обострения заболевания;
- 4) обучение больных навыкам совладания с болезнью;
- 5) коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов;
- 6) уменьшение возможности рецидивирования заболевания.

Психообразовательная программа включает в себя семинары для пациентов и родственников, основанные на когнитивно-поведенческом подходе и направленные на обучение пациентов навыкам самоуправления, а родственников – правильному обращению с больным. В приложении 2 изложены темы занятий и тренинговых семинаров, которые могут проводиться как с группами пациентами, так и с члена-

ми одной или нескольких семей. Проведение занятий в психообразовательных группах осуществляют врач-психотерапевт и медицинский психолог.

Занятия проводятся в закрытых группах по 8 – 10 человек. Длительность встреч не должна превышать 1,5 часа.

*3.6. Лечебно-производственные мастерские (ЛПМ),
отделения профессиональной реабилитации (ОПР),
внутрибольничные центры профессиональной адаптации (ЦПА)*

ЛПМ, ОПР и ЦПА являются важным элементом социотерапевтической среды. Их интеграция в клиническое подразделение внебольничной психотерапии влечет за собой ряд существенных особенностей, отличающих их функционирование от традиционного отдельного подразделения психиатрического стационара.

Помимо традиционных целей (профессиональная адаптация, улучшение качества жизни, расширение круга контактов и т.п.) направленных прежде всего на пациентов со сниженным уровнем социального функционирования, ЛПМ во внутрибольничном психотерапевтическом центре решают ряд дополнительных задач:

1. ЛПМ, ОПР и ЦПА интегрированы в терапевтическое сообщество – деятельность, переживания пациентов, связанные с работой в мастерских являются одной из тем для социотерапевтических мероприятий.
2. К работе в ЛПМ, ОПР и ЦПА привлекаются пациенты, в обычной своей жизни не имеющие к тому показаний (достаточно адаптированные; с нозологической принадлежностью, регистрируемой в группе F4 (в том числе и F43) по МКБ-10) – при этом они обязательно несут ответственность наряду с труднеструктурами и врачом-психиатром за постоянных участников трудового процесса.
3. ЛПМ, ОПР, ЦПА часто являются условием реализации проектов для малых групп, что поощряется врачами-психотерапевтами на общих собраниях и во время индивидуальных психотерапевтических сессий.

Принципиально при этом преследуются две цели:

1. Изменяется нозологический спектр социальных контактов «традиционного» контингента пациентов, постоянно работающих в мастерских. Это может содействовать их активизации, повышению мотивации на психотерапевтическую по-

мощь. Большую роль при этом играет и такой фактор, как интенсификация социального общения.

2. Предложение пациентам с нервно-психическими расстройствами невротического круга «заботы» о людях с более грубой психической патологией часто является очень мощным психотерапевтическим вмешательством в течение их собственного расстройства и богатейшим материалом для работы в малых психотерапевтических группах и в семейной психотерапии.

3.7. Индивидуальные личностно-значимые проекты.

Данная форма лечебного взаимодействия показана пациентам, которым в силу личностных или психопатологических особенностей трудно принимать участие в групповых формах психотерапевтической или милеи-терапевтической работы. Это прежде всего пациенты с ярко выраженным шизоидным радикалом, с последствиями психотических состояний, обуславливающих коммуникативные трудности и т.п. Такие пациенты на индивидуальных психотерапевтических сессиях планируют, а в межсессионное время осуществляют индивидуальные милеи- или арт-проекты.

4. Режим работы отделения внебольничной психотерапии – ежедневный и недельный.

4.1. Лечебный режим и распорядок дня

Обеспечение распорядка работы и содержательное заполнение времени пребывания больных являются факторами, организующими их поведение, и предпосылками достижения поставленных целей. Организация твердого распорядка дня является одним из наиболее существенных условий работы комплекса; она дисциплинирует больных и способствует формированию терапевтического коллектива, без которого немислимо лечебное использование средовых воздействий.

Примерный распорядок работы внутрибольничного психотерапевтического центра.

10.00 – 11.00 – общее собрание (большая группа)

11.15 – 13.15 – работа малых психотерапевтических групп (динамической, гештальт-группы, арт-терапевтической, театральной и т.д.)

13.30 – 14.30 – обед

14.45 – 16.45 – работа милеи-групп, время для индивидуальных проектов, индивидуальный психотерапевтический прием.

Следует отметить, что включение пациента в работу отделения внебольничной психотерапии начинается с индивидуальной психотерапевтической сессии, и в дальнейшем ритм индивидуальной работы с врачом-психотерапевтом (клиническим психологом, проводящим психокоррекционную работу) определяется индивидуальной психотерапевтической программой, но индивидуальные сессии не могут проводиться реже, чем раз в две недели, поскольку являются важным мероприятием по поддержанию обратной связи от пациентов в системе управления качеством работы внутрибольничного психотерапевтического центра.

5. Индивидуальная психотерапевтическая программа.

Индивидуальная психотерапевтическая программа (ИПП) является алгоритмом, определяющим и формы участия пациента в работе внутрибольничного центра и ее содержание. В случае амбулаторных пациентов ИПП является резюмирующим эпикризом, завершающим диагностический этап. Если пациент находится в стационаре, ИПП оформляется записью в истории болезни и заканчивается этапным эпикризом, отражающим динамику клинического состояния пациента и рекомендации; в случае, если они включают в себя дальнейшее пребывание пациента в отделении внебольничной психотерапии в амбулаторном режиме, обязательно вновь указываются конкретные лечебные мероприятия, участие в которых ему показано.

5.1. Обязательные элементы индивидуальной психотерапевтической программы:

1. Клинический диагноз
2. Патогенные психологические механизмы, составляющие причину пребывания пациента в отделении внебольничной психотерапии (психотерапевтический, функциональный диагноз).
3. Особенности мотивации пациента к пребыванию в отделении.
4. Рекомендации по особенностям взаимодействия с пациентом для ведущего общего собрания (большой группы).
5. Конкретное указание, на какие психотерапевтические группы направлен пациент.
6. Метод индивидуальной психотерапии (консультирования).

6. Управление качеством психотерапевтической помощи отделения внебольничной психотерапии.

Для управления качеством психотерапевтической помощи во внутрибольничном психотерапевтическом центре предусмотрены следующие мероприятия:

- 1.1. Поддержание актуальной обратной связи. Субъективная удовлетворенность пациента пребыванием в отделении внебольничной психотерапии является важным элементом поддержания мотивации на активное участие в психотерапевтических и социотерапевтических программах. Кроме общего собрания крайне необходимо активно выявлять отношение пациентов к работе в малых психотерапевтических группах - (это «внутренняя» составляющая большинства из них). Кроме того, такая обратная связь собирается в обязательном порядке и на индивидуальных психотерапевтических встречах, которыми должно быть охвачено 100% пациентов.
- 1.2. Качество диагностики. Индивидуальная психотерапевтическая программа в обязательном порядке визируется врачом-психотерапевтом, клиническим психологом и специалистом по социальной работе. В спорных и неясных случаях проводятся клинические конференции.
- 1.3. Качество психотерапевтической интервенции. Супервизия в отделении внебольничной психотерапии имеет ряд особенностей, отражающих мультимодальность психотерапевтического взаимодействия и одновременную работу с одним пациентом смежных специалистов или по разному специализированных психотерапевтов. Предпочтение отдается внеметодическим форматам супервизии, из которых наилучшим образом зарекомендовал себя следующий: супервизор оценивает согласованность между специалистом и пациентом в трех сферах — когнитивной (картина болезни, целей вмешательства, методов вмешательства); эмоциональной (вербальное и невербальное проявление чувств, их содержание); поведенческой (активность/пассивность, директивность/недирективность, а также баланс вербальных и невербальных сообщений). Супервизия может проводиться заочно клиническим психологом путем одновременного обследования пациента и специалиста с помощью психодиагностического инструментария.

- 1.4. Качество бригадного взаимодействия. Для поддержания должного уровня согласованности в представлениях, уровня межличностной напряженности и культуры сотрудничества между персоналом отделения регулярно проводятся клинические планерки, совместные клиничко-психотерапевтические разборы, балинтовские группы. Кроме того, предусмотрена и специальная процедура – так называемый Тим (team) — общее собрание персонала, предоставляющее возможность отреагировать межличностное напряжение безотносительно занимаемой в отделении должности.
- 1.5. Качество взаимодействия с другими отделениями стационара. Внутрибольничный психотерапевтический центр представляет свою работу в отделения стационара на общепольничных мероприятиях; за каждым из сотрудников (врачом-психотерапевтом) закреплено конкретное отделение (отделения) стационара для «курации» регулярных активных посещений внутриотделенческих планерок, где специалист отделения внебольничной психотерапии может докладывать врачам, направившим пациентов в Центр, о ведущейся работе и ее результатах. Проводится регулярный опрос врачей других отделений для выявления пациентов, которым показано пребывание в Центре.

Приложения

Приложение 1

Таблица 1

Распространенность различных психосоциальных феноменов, определяющих потребность в психотерапевтической помощи у пациентов, проходящих в лечение стационарных отделения различного профиля

Психосоциальный феномен		Распространенность среди пациентов (%)							
		Отделение							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	снижение качества жизни	94,4	100	85,7	100	91,4	95,2	76,5	84,6
2	потеря привычного социального статуса	83,3	91,7	42,9	73,3	65,7	71,4	52,9	75,9
3	психотравмирующие обстоятельства	63,9	79,2	42,9	20	80	76,2	52,9	69,2
4	неуверенность в себе, низкая самооценка	58,3	54,2	57,1	46,7	71,4	52,4	94,1	84,6
5	трудности в межличностном взаимодействии	77,8	70,8	14,3	20	60	61,9	94,1	92,3
6	сложности в семье	75	66,7	85,7	26,7	37,1	52,4	94,1	84,6
7	конфликтность на отделении, жалобы на персонал	25	25	14,3	0	0	28,6	5,88	38,5
8	изменения личности	88,9	83,3	85,7	26,7	74,3	66,7	82,4	53,8
9	наличие вторичной выгоды	47,2	25	28,6	20	11,4	33,3	64,7	69,2

Продолжение Таблицы 1

10	неспецифические симптомы и синдромы	66,7	58,3	71,4	26,7	82,9	66,7	76,5	84,6
11	специфические симптомы и синдромы невротического круга	38,9	62,5	14,3	13,3	34,3	42,9	52,9	76,9
12	резистентность к фармакотерапии	63,9	25	0	13,3	65,7	42,9	29,4	53,8
13	желание обсуждать психологические проблемы	66,7	70,8	57,1	20	65,7	47,6	52,9	69,2
14	высказываемая потребность в личностном росте	52,8	29,2	57,1	6,67	40	28,6	58,8	69,2
15	госпитализм	38,9	29,2	14,3	6,67	8,57	33,3	47,1	15,4
16	нарушение комплайенса	58,3	37,5	14,3	6,67	2,86	23,8	35,3	53,8
17	явные переживания родных и близких	91,7	87,5	100	53,3	74,3	61,9	88,2	100

Примечание.

Номера отделений соответствуют:

Типовое психиатрическое отделение (Отделение биологической терапии психически больных) — 1

Геронтопсихиатрическое отделение — 2

Отделение аддиктивной патологии (наркологическое отделение психиатрической больницы) — 3

Отделение реабилитации неврологических больных — 4

Отделение лечения эпилепсии — 5

Отделение нейрохирургического лечения — 6

Отделение внебольничной психиатрии — 7

Подростковое отделение — 8

Приложение 2

Таблица 2

В представленной ниже таблице представлены некоторые принципы использования результатов исследования пациентов ЛПУ для прогнозирования содержания деятельности внутрибольничного психотерапевтического центра:

Но- мер п/п	Психосоциальный феномен	Особенности содержания дея- тельности
1	снижение качества жизни	необходимость консультаций со специалистом по социальной работе, трудотерапия в условиях ЛПМ.
2	потеря привычного социального статуса	
3	психотравмирующие обстоятельства	участие в психодраматической группе, отслеживание и коррекция внешних контактов пациента, возможность кризисной поддержки
4	неуверенность в себе, низкая самооценка	Участие в суппортивной и клиент-центрированной группе, группе СПТ
5	трудности в межличностном взаимодействии	
6	сложности в семье	необходимость консультирования членов семьи и семейной психотерапии
17	явные переживания родных и близких	
7	конфликтность на отделении, жалобы на персонал	учет данных особенностей в индивидуальной психотерапии
8	изменения личности	участие в суппортивной группе, арт-терапии и театральной студии
9	наличие вторичной выгоды	участие в динамической группе
11	специфические симптомы и синдромы невротического круга	

Продолжение Таблицы 2

10	неспецифические симптомы и синдромы	необходимость активного консультирования врачей смежных специальностей, работа в группах телесно-ориентированной психотерапии
12	резистентность к фармакотерапии	
13	желание обсуждать психологические проблемы	потребность в вербальных методах психотерапии
14	высказываемая потребность в личностном росте	потребность в психотерапевтических методах экзистенциально-гуманистического направления
15	Госпитализм	позитивная психотерапия, рациональная психотерапия, учет данных особенностей в работе милио групп
16	нарушение комплайенса	участие лечащего врача в составлении индивидуальной психотерапевтической программы

Примерное положение об отделении внебольничной психотерапии

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Отделение внебольничной психотерапии и реабилитации с психотерапевтическим кабинетом, дневным стационаром и лечебно-производственными мастерскими (далее по тексту «Отделение») является клиническим подразделением ЛПУ

1.2. Отделение создается и ликвидируется приказом главного врача ЛПУ, положение об отделении согласовывается с его заместителями.

1.3. Отделение организовано для психотерапевтического лечения и психосоциальной реабилитации с применением методов психотерапии, средового воздействия, восстановительно-трудоового лечения психоневрологических больных и имеет в своей структуре психотерапевтический кабинет, дневной стационар и лечебно-производственные мастерские.

1.4. Непосредственное руководство работой Отделения осуществляется заведующим.

1.5. На должность заведующего Отделением назначается врач-психиатр, имеющий специальную подготовку по психотерапии и сертификаты по специальностям «психиатрия» и «психотерапия».

1.6. В штатном расписании Отделения предусматриваются должности заведующего отделением, врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского (клинического) психолога, специалиста по социальной работе, трудинструктора, медсестры, санитарки.

1.7. Порядок назначения и освобождения от должностей определяется приказом руководителя ЛПУ согласно ТК РФ.

1.8. Отделение обеспечивает клиническую работу с пациентами психоневрологического профиля с применением современных методов и форм внебольничной психотерапии.

1.9. Для обеспечения проведения лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий предусмотрены: кабинет заведующего, кабинеты врачей, кабинет психолога, помещения для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, помещения для дневного пребывания больных с рабочим местом специалиста по со-

циальной работе, палата дневного стационара, ординаторская, кабинет медсестры (процедурный кабинет), производственные участки, столовая.

1.10. Отделение оборудуется в соответствии с примерным перечнем оборудования психотерапевтического отделения.

1.11. В Отделении ведется учетная и отчетная медицинская документация в соответствии с действующими нормативными положениями и приказами руководителя ЛПУ..

1.12. Лечебно-реабилитационная, психотерапевтическая и клиничко-психологическая помощь в Отделении может оказываться на хозрасчетной основе, в соответствии с установленным в ЛПУ порядком оказания хозрасчетных услуг.

2. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ

2.1. Консультативно-диагностическая работа с больными психоневрологического профиля с определением показаний для лечения больных в Отделении.

2.2. Лечебная помощь психоневрологическим больным оказывается, в зависимости от показаний, в виде психотерапии симптомо-, личносно- и социоцентрированной направленности, при необходимости рекомендуются медикаментозные назначения; психотерапия проводится в виде индивидуальной, семейной и групповой ее форм, а также различных методов организации психотерапевтической среды и терапией занятости.

2.3. Организация трудотерапии на базе лечебно-производственных мастерских.

2.4. Консультативная психотерапевтическая помощь и наблюдение за выписанными пациентами проводится в психотерапевтическом кабинете.

2.5. Лечебно-профилактические мероприятия для пациентов, их близких и родственников, а также бывших пациентов с целью их скорейшего выздоровления и реабилитации.

2.6. Отделение является базой для проведения научных исследований, способствующих улучшению качества помощи психоневрологическим больным, лучшему клиничко-психологическому пониманию процесса психотерапии, разработка и апробация новых технологий оказания психотерапевтической помощи, внедрение в клиническую практику новейших достижений в области психотерапии.

2.7. Психогигиеническая и психопрофилактическая помощь населению, а также участие в программах охраны психического здоровья.

2.8. Отделение может являться базой для обучения высококвалифицированных специалистов (ординатура, аспирантура, циклы последипломного обучения). Включение молодых специалистов в научную и практическую сферы деятельности.

3. ФУНКЦИИ

3.1. Отделение оказывает помощь и проводит консультативные, лечебно-диагностические, психопрофилактические и реабилитационные мероприятия следующим контингентам обратившихся за психотерапевтической помощью :

- Консультативный контингент.

Консультативный контингент обращающихся получает психотерапевтическую помощь и динамическое наблюдение в условиях психотерапевтического кабинета: В основном это пациенты с расстройствами адаптации, социально-психологическими конфликтами, родственники пациентов, страдающих тяжелыми соматическими и психоневрологическими расстройствами, пациенты страдающие психическими расстройствами, включенные в программы динамического наблюдения после проведенного лечения в Отделении. Таким пациентам оказывается квалифицированная консультативная внебольничная психотерапевтическая помощь, динамическое наблюдение и психологическая поддержка по показаниям.

- Внебольничный контингент.

Внебольничный контингент обращающихся получает психотерапевтическую помощь в условиях дневного стационара Отделения: больные психическими заболеваниями в стадии ремиссии, вне обострения, больные неврозами, другими пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, больные страдающие заболеваниями, в возникновении и (или) развитии которых существенную роль играют психологические (психические) факторы, по своему клиническому состоянию или особенностям психотравмирующей ситуации не нуждающиеся в стационарном лечении, а также завершившие стационарный этап лечения.

- Стационарный контингент.

Больные, находящиеся на стационарном лечении в условиях

других клинических отделений ЛПУ, и их родственники могут одновременно проходить психотерапевтическое лечение в Отделении внебольничной психотерапии в рамках комплексных лечебных программ.

- Реабилитационный контингент.

Реабилитационный контингент обращающихся получает психотерапевтическую помощь в условиях дневного стационара и лечебно-трудовых мастерских Отделения: Больные, инвалидизированные психическим заболеванием и нуждающиеся в психосоциальной реабилитации, проходят психотерапевтическое лечение и психосоциальную реабилитацию.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ

- 4.1. Первичные пациенты для оказания помощи в условиях Отделения направляются консультативным отделением ЛПУ после оформления первичной медицинской документации по установленному положению.
- 4.2. Пациенты, проходящие стационарное лечение в других отделениях ЛПУ, направляются в Отделение из других клинических подразделений, что оформляется соответствующей записью в истории болезни.
- 4.3. Пациенты, заканчивающие стационарный этап лечения в других отделениях и нуждающиеся в дальнейшем в проведении психотерапевтической и реабилитационной помощи, могут быть направлены после выписки из стационара или переведены для долечивания в Отделение, что оформляется соответствующей записью в истории болезни.
- 4.4. Взаимодействие пациентов с Отделением начинается с первичной консультации. На первичной консультации решаются первичные диагностические задачи, организационные вопросы оказания психотерапевтической и реабилитационной помощи, назначается лечащий врач, члены полипрофессиональной бригады, обсуждаются другие вопросы предстоящего лечения.
- 4.5. Для консультативного контингента: после первичной консультации проводится диагностический этап, на котором производится подробная оценка клинического состояния, психодиагностическое обследование, а при необходимости, параклини-

- ческие и инструментальные методы диагностики, привлекаются консультанты, проводится консультация заведующего либо клиничко-психотерапевтическая конференция, выставляется клинический и функциональный диагноз.
- 4.6. На всех этапах оказания помощи в Отделении производится мониторинг психотерапевтического и реабилитационного процесса путем двустороннего анкетирования, супервизии, ведения аудио- и видеозаписей, сбор и накопление информации о пациентах, которая может затем использоваться для улучшения качества лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, а также для образовательных и исследовательских целей.
- 4.7. Лечащий врач отвечает за формирование и реализацию лечебно-реабилитационной программы и координацию действий полипрофессиональной бригады, в которую входят психиатр, психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, специалист по социальной работе.
- 4.8. При дневном стационаре Отделения работают лечебно-производственные мастерские (ЛПМ). Сотрудники дневного стационара обслуживают как пациентов дневного стационара, так и пациентов, занятых в работе ЛПМ.
- 4.9. Пациенты на работу в ЛПМ направляются заведующим Отделения с целью трудового обучения и освоения навыков, соответствующих степени их трудоспособности, медицинского наблюдения, улучшения их социально-трудовой адаптации, поддержания ремиссии психоневрологического заболевания и повышения качества жизни.
- 4.10. Работа ЛПМ осуществляется следующим образом:
- За организацию производственного процесса отвечает инженер по трудотерапии, который входит в штат АХЧ и подчиняется заместителю руководителя ЛПУ по АХЧ;
 - За организацию и осуществление медицинского наблюдения пациентов, работающих в ЛПМ, отвечает заведующий Отделения;
 - За охрану труда, пациентов, работающих в ЛПМ отвечает заведующий Отделения;
- В организации работы пациентов, работающих в ЛПМ принимают участие трудинструкторы, который находятся в штате Отделения и подчиняются заведующему Отделения.

5. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ

5.1. Пациенты направляются Консультативным отделением.

5.2. Пациентам, закончившим стационарный этап терапии на других отделениях института и нуждающимся в продолжении психотерапевтического лечения, рекомендуется обращение в Отделение. Направление на лечение в Отделении в этом случае производится лечащим врачом стационарного отделения, который направляет пациента на консультацию врача Отделения. Врачу Отделения предоставляется информация о пациенте в виде выписного эпикриза.

5.3. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении в условиях других отделений ЛПУ, при наличии показаний могут направляться лечащим врачом в Отделение внебольничной психотерапии для получения психотерапевтической помощи в рамках осуществления комплексной лечебной программы. В этом случае в карте стационарного больного психотерапевтом делаются записи о проводимой работе.

5.4. Показаниями к направлению на лечение в Отделение по современной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-10) являются нервно-психические расстройства: (F40– F48), (F50– F59), (F60– F69), (F80–F89), (F90–F98), другие расстройства, при которых соответствующими нормативными документами предписывается проведение психотерапии.

5.5. При значительной выраженности указанных болезненных расстройств больные направляются в отделение, оказывающее стационарную психиатрическую или психотерапевтическую помощь.

5.6. Отделение направляет больных в Клинико-диагностическое отделение для проведения дополнительных параклинических и инструментальных исследований.