



**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО  
АМБУЛАТОРНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО  
ЦЕНТРА (ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ,  
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ,  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2014

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА»

---

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО  
АМБУЛАТОРНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО  
ЦЕНТРА (ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ,  
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ,  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)**

*Методические рекомендации*

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» по государственному контракту № К-16-НИР/135 от 03 сентября 2009 года на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Научное обоснование и разработка методологии обеспечения качества психотерапевтической помощи (организационные, терапевтические и реабилитационные аспекты)»

Санкт-Петербург  
2014

## АННОТАЦИЯ

В предлагаемых методических рекомендациях дано описание организации деятельности регионального амбулаторного психотерапевтического центра, оказывающего комплексную психотерапевтическую помощь пациентам с нервно-психическими расстройствами. Разработаны организационные принципы и методические подходы к оказанию психотерапевтической помощи в условиях регионального амбулаторного психотерапевтического центра. Определены его функции и задачи, координация его работы с психотерапевтической, психиатрической и медико-психологической службами территории обслуживания населения. Установлены мишени психотерапии, ориентиры составления индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов разных клинических групп. Выделены критерии оценки эффективности работы центра и основных его специалистов. Проведена алгоритмизация психотерапевтической помощи, оказываемой в центре, экспертным и опытным путем. Приведены основные показатели работы центра.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, занятых в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи (врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе), руководителей психиатрических и психоневрологических учреждений.

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

Авторы: д.м.н., вед.н.с Р.К. Назыров, к.м.н. М.Б. Ремесло, руководитель психотерапевтического центра «Эйдос» (г. Тольятти) к. м. н. А.К. Королев, к.м.н. В.Я. Сазонов, С.В. Ляшкова, В.В. Холякко, Д.А. Федоряка, А.С. Яковис, И.В. Бубнова.

## **ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

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

ИПП – индивидуальная психотерапевтическая программа;

ПК – первичная консультация;

РАПЦ – региональный амбулаторный психотерапевтический центр.

## **Нормативные ссылки**

Федеральный закон:

Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ред. От 22.04.2004, с изм. от 27.02.09)

Приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

Приказ Минздравмедпрома Российской Федерации от 13.02.95 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь»,

Приказ Минздрава Российской Федерации от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь»,

Приказ Минздрава Российской Федерации 28.07.97 г. № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи»,

Приказ Минздрава Российской Федерации от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи».

## ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших задач психотерапии в нашей стране является более полная интеграция психотерапии в медицину и здравоохранение, создание условий для освоения всего пространства охраны психического здоровья, создание условий для внедрения в практику оказания помощи при психических расстройствах биопсихосоциальных моделей диагностики, лечения и реабилитации. В последнее время наблюдаются значительные изменения в содержании деятельности врача-психотерапевта в России. Освоив достижения мировой психотерапии, российские психотерапевты вступили в новый период — творческого развития специальности с учетом особенностей здравоохранения, нынешней социально-экономической ситуации, отечественной медицины и психологии, обращения к своим историческим корням.

Важнейшим стимулом для дальнейших исследований содержания психотерапевтического процесса является усовершенствование организационной структуры психотерапевтической помощи в здравоохранении и различных ее форм — амбулаторной, стационарной и внебольничной, при понимании ведущего значения амбулаторной психотерапии.

Существующие сейчас в стране региональные психотерапевтические центры созданы по различным организационным моделям. Организационные модели региональных психотерапевтических центров можно условно подразделить на региональные и профильные, специализирующиеся на оказании какого-либо вида психотерапевтической помощи (например, для работы с подростками, помощи женщинам, пережившим насилие, и др.) или центры кризисной психологической помощи. Но, несмотря на то, что единой структуры психотерапевтического центра в настоящее время нет, и опыт их организации лишь обобщается, как форма организации психотерапевтической помощи региональные психотерапевтические центры получают все большее признание. Они представляют собой учреждения-координаторы психотерапевтической работы на определенной территории, создающие предпосылки для адекватного применения всего комплекса психотерапевтических методов. Их создание позволяет оптимизировать материально-технические ресурсы психотерапевтической службы, улучшить координацию психотерапевтической работы на территории об-

служивания и за счет объединения специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь в рамках одного учреждения, создать условия для профессионального роста, проведения специализированных форм психотерапевтической помощи, внедрения достижений психотерапии в практику здравоохранения.

Кроме того, значение амбулаторной психотерапевтической помощи возрастает в связи с проводимой реформой медицинской помощи в РФ, значительным изменением содержания психотерапевтической деятельности в целом, новой ролью региональных амбулаторных психотерапевтических центров в первичной медицинской сети, их сотрудничеством с врачами общей практики — семейными врачами и первичным звеном психиатрической службы. Организация работы регионального психотерапевтического центра предполагает активное внедрение бригадной модели оказания психотерапевтической помощи. В условиях амбулаторного психотерапевтического центра возможно реализовать современные принципы организации терапевтической среды, терапевтического сообщества и более современной их формы на основе концепции «терапевтического поля», где пребывание пациента в центре в течение дня или части дня позволяет организовать распорядок таким образом, что практически все проводимые мероприятия обладают психотерапевтическими свойствами, при этом нередко стирается грань между социотерапевтическим и собственно психотерапевтическим воздействием, повышается мотивация пациентов к участию в психотерапии, повышается эффективность как специфических, так и неспецифических мероприятий. Всё выше перечисленное позволяет определить организацию региональных амбулаторных психотерапевтических центров, как необходимую и эффективную форму лечебно-профилактических учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

### **Алгоритм организационных, эпидемиологических и клиничко-терапевтических основ деятельности регионального амбулаторного психотерапевтического центра**

#### **Научно-организационный аспект новой формы психотерапевтической помощи – региональных амбулаторных психотерапевтических центров**

В последние годы в отечественной медицине постепенно стали вырисовываться контуры новых подходов в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь – активное развитие внестационарных форм её оказания, что определяется ресурсосберегающими технологиями психотерапевтической и психиатрической помощи, психогигиенической и психопрофилактической работы с различными контингентами больных, задачами психологической реабилитации. Это предполагает появление широкого спектра форм психотерапевтической помощи на основе бригадных моделей оказания психотерапевтической помощи, активного привлечения к лечебному процессу медицинских психологов, а включение в бригаду специалистов по социальной работе способствует гуманизации оказываемой помощи.

Развитие психотерапии в направлении личностно-ориентированной плоскости и углубление ее клинического измерения, активная интеграция психотерапии в медицину и здравоохранение, становление психотерапевтической службы повлекло за собой появление региональных центров психотерапии. Такие центры становятся основными элементами управления психотерапевтической помощью в регионах, оказания специализированной психотерапевтической помощи, учреждениями для специализации и усовершенствования психотерапевтов, внедрения в практику современных достижений науки. Работа РАПЦ была практически апробирована в ряде регионов РФ с хорошим уровнем развития психотерапевтической помощи. РАПЦ, как головные учреждения региональных психотерапевтических служб, показали свою высокую эффективность в Республике Татарстан, Республике Чувашии, Республике Коми, Тюменской и Пензенских областях.

Региональные амбулаторные психотерапевтические центры находятся в более благоприятной маркетинговой ситуации в том смысле, что по отношению к ним через определенное время складывается система ролевых ожиданий у потенциальных потребителей психотерапевтических услуг. Организация психотерапевтической помощи в РАПЦ осуществляется на интегративных принципах, комплексном подходе и проводится многопрофильной бригадой специалистов, в которой характер и объем сотрудничества определяются клиническими и психодиагностическими характеристиками больного. Хорошо организованный РАПЦ, работающий в том числе на хозрасчетной основе, позволяет обслуживать наиболее тяжелые хронизированные формы невротических расстройств и больных с психическими заболеваниями в стадии ремиссии.

### ***Функциями и задачами РАПЦ являются:***

1) Оказание амбулаторной помощи обращающимся пациентам, лечебно-профилактическим учреждениям города по вопросам психотерапии и медицинской (клинической) психологии;

2) Координация деятельности психотерапевтической, медико-психологической служб на обслуживаемой территории, содействие в работе психотерапевтическим кабинетам лечебно-профилактических учреждений, кабинетам медицинских (клинических) психологов; подготовка инструктивно-методических материалов;

3) Организация обучения и повышения квалификации врачей-психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов, проведение супервизии.

### ***Клиническими задачами РАПЦ являются:***

1) Проведение диагностических и психотерапевтических мероприятий;

2) Внедрение в практику новейших достижений в области психотерапии и медицинской (клинической) психологии; научно-исследовательская работа в указанных областях.

Решение этих задач в центре обеспечивают 5 отделений:

1. Консультативно-диагностическое,
2. Лечебно-диагностическое,
3. Консультативно-реабилитационное,
4. Дневной стационар,



5. Кризисное отделение с телефоном доверия.

Для обеспечения реабилитационных мероприятий у психиатрических пациентов целесообразно наличие лечебно-трудовых мастерских.

### **Клинико-эпидемиологический аспект в деятельности регионального амбулаторного психотерапевтического центра**

Для правильного планирования психотерапевтической помощи в РАПЦ необходима оценка общей обращаемости пациентов, где, помимо основной группы больных с невротическими и другими пограничными расстройствами, среди обращающихся в РАПЦ определенное место занимают лица с личностно-психологическими проблемами и с психическими заболеваниями в стадии ремиссии.

Для правильного планирования психотерапевтической помощи в РАПЦ необходима оценка сезонности обращений пациентов.

#### ***Оценка общей обращаемости***

Для оценки общей обращаемости выделяются следующие клинико-статистические психотерапевтические группы:

- 1) пациенты без патологии, обратившиеся по поводу родственника, нуждающегося в психотерапии;
- 2) с психологическими трудностями;
- 3) нарушениями адаптации;
- 4) невротическими расстройствами;
- 5) зависимостями;
- 6) нарушениями адаптации на фоне акцентуации личности;
- 7) личностными расстройствами;
- 8) другими пограничными состояниями;
- 9) психическими расстройствами;
- 10) психосоматическими заболеваниями;
- 11) другими заболеваниями, в том числе с коморбидными состояниями.

## Клиническая характеристика пациентов, обращающихся в РАПЦ

Клинический диагноз по МКБ-10	%
F0. Органические, включая симптоматические, психические расстройства	2,0
F1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	13,2
F2. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	5,0
F3. Аффективные расстройства настроения	1,2
F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	66,8
F5. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	9,6
F6. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых	2,1
Всего	100

Следует учитывать, что 2/3 пациентов центра составляют больные с невротическими расстройствами, а наиболее частыми из них являются панические, генерализованные и смешанные тревожные и депрессивные расстройства. Ведущими синдромами являются: фобический, астенический, депрессивный и ипохондрический. Среди пациентов с невротическими расстройствами наибольшее количество пациентов с реакцией на стресс и нарушением адаптации, доля которых в данной группе невротических расстройств составляет 26,1 %. На втором месте по численности находится группа фобических тревожных расстройств, что составляет 23,8 %. На третьем месте – неврастения 15,2 % от общего числа пациентов с невротическими расстройствами. Следует отметить, что при соотношении больных по полу отмечается преобладание женщин над мужчинами более, чем в два раза, а при распределении больных по возрасту отмечается, что наиболее многочисленную группу (почти половина от общего количества больных) составляют пациенты в возрасте от 21 года до 30 лет, на вто-

ром месте – от 31 года до 40 лет. Преобладает работоспособный возраст, а среди них (несколько более половины) составляют лица, работающие по найму. На втором месте домохозяйки и женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребёнком. С точки зрения образования преобладают лица с высшим образованием.

Число пациентов с поведенческими нарушениями, связанными с физиологическими и физическими факторами постепенно увеличивается. Значительную долю пациентов, проходящих лечение в РАПЦ, составляют больные шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами. В структуре этой группы преобладают параноидные варианты в состоянии неполной ремиссии. Такие пациенты обращаются чаще вместе с родственниками, длительно лечились психофармакотерапевтическими препаратами и имеют высокую мотивацию к психосоциальной адаптации. Относительно незначительную часть составляют пациенты с диагнозом органического заболевания. Среди них наиболее часто встречаются органические тревожные и эмоционально-лабильные расстройства.

### ***Оценка сезонности обращений***

При изучении контингентов, обратившихся в РАПЦ, установлено, что их число обнаруживает определенную динамику, включающую в себя периоды нарастания и спадов. Часть волнообразных колебаний числа пациентов напрямую связана с календарными характеристиками рабочего года, отпускных и праздничных традиций. В частности, выявлены типичные периоды подъема – с апреля по май и с сентября по ноябрь, и периоды спада – с декабря по февраль и с июня по август.

### **Система организации и принципы оказания психотерапевтической помощи в РАПЦ**

В результате проведенного исследования работы регионального амбулаторного психотерапевтического центра были определены организационные принципы работы, нагрузка врача-психотерапевта, медицинского (клинического) психолога, налажено взаимодействие с государственными (муниципальными) и негосударственными лечебно-профилактическими учреждениями. Предложена документация для более подробной фиксации всех

компонентов амбулаторной психотерапевтической помощи, определены мишени психотерапевтических воздействий, разработаны ориентиры индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов различных клинических групп, критерии оценки эффективности работы, что позволило более четко структурировать и оценивать деятельность специалистов.

Для эффективного функционирования регионального психотерапевтического центра необходима специальная организация психотерапевтической работы и использование психосоциальных влияний, осуществляемых в рамках терапии средой и различных психотерапевтических методов, а так же учёт динамики общей обращаемости за психотерапевтической помощью и сезонных факторов, что позволяет прогнозировать и планировать работу медицинского персонала.

На основании проведенных исследований и с учетом накопленного опыта разработана структура организации регионального амбулаторного психотерапевтического центра, учитывающая следующие особенности.

*1) Психотерапия является ведущим методом лечения, который применяется для всех обращающихся больных, включая пациентов с личностными расстройствами и психотическими состояниями.*

*2) Работа РАПЦ осуществляется в тесном сотрудничестве с психиатрической службой.*

В частности, психотерапия, проводимая сотрудниками центра, интегрирована в комплексное лечение психозов, при которой психофармакотерапия проводилась психиатрами. В случае первичного обращения пациентов с психическими расстройствами, требующими психофармакотерапевтического лечения, администрация Психотерапевтического центра либо приглашает к себе врача-психиатра психиатрической службы, либо направляет пациентов для консультации врача-психиатра и получения рекомендации на психотерапевтическое лечение. В таких случаях ведение больных осуществляется на бригадной основе совместно врачами-психотерапевтами Психотерапевтического центра и врачами психиатрами городско городского психоневрологического диспансера.

*3) С учетом того, что у пациентов, обращающихся в центр, наблюдается широкий спектр клинических форм, более эффективной и целесообразной является амбулаторная психотерапия, осу-*

*щественная многопрофильной бригадой специалистов, в которой объемы бригадного сотрудничества определяются клиническим состоянием пациентов.*

Основные модели бригадного ведения амбулаторной психотерапии это: психотерапевтическая бригада в составе врача-психотерапевта (с хорошей психиатрической подготовкой и стажем психотерапевтической работы более 10 лет) и медицинского (клинического) психолога; психотерапевтическая бригада с приглашением врача-психиатра при лечении психозов, с привлечением акушера-гинеколога при лечении невротических расстройств беременной, где поводом для обращения к психотерапевту служат осложнения течения беременности, резистентные к традиционным схемам лечения. В психотерапевтическую бригаду для лечения затяжных невротических и личностных расстройств включаются специалисты по применению вспомогательных методов психотерапии: по арт-терапии, телесно-ориентированной психотерапии, танцевально-двигательной психотерапии и др. Организуются группы дневного пребывания для пациентов в кризисном состоянии в связи с утратой или резким изменением социального функционирования. В психотерапевтическую бригаду на заключительных этапах лечения приглашается специалист по коучингу — современной модели трудовой адаптации.

***Система организации помощи в РАПЦ включает в себя следующие элементы:***

***1) Работа с первичным обращением***

- организация работы психолога.

***2) Первичная психотерапевтическая консультация***

- заключение стратегического контракта.

***3) Система психотерапевтической работы***

- диагностический этап,
- формирование ИПП,
- терапевтическая интервенция,
- реконструкция системы отношений, моделей поведения, способов эмоционального реагирования,
- заключительный этап психотерапии.

#### **4) Управление качеством оказываемой помощи**

- поддержание актуальной обратной связи,
- качество диагностики,
- качество психотерапевтической интервенции,
- качество бригадного взаимодействия,
- качество связи с другими ЛПУ.

#### ***Работа психолога с пациентами по телефону и при личном обращении при первичном обращении пациента в РАПЦ***

При работе с первичными обращениями определяются типы обращения за психотерапевтической помощью по специально-выделенным критериям:

а) обращающийся потенциальный пациент или его родственники прямо или косвенно заявляют о своем интересе к работе Психотерапевтического центра и его специалистов;

б) пациент обозначает свою потребность в получении помощи, ориентируясь на свои собственные представления о способах ее оказания.

Первоначальной задачей психолога является установление контакта с пациентом для формирования его готовности обратиться на первичную консультацию.

Второй задачей является предоставление необходимой информации о первичной консультации, в частности о ее предназначении и методике проведения, подчеркивается ее ведущее значение в профессиональном контакте с РАПЦ.

Организационное сопровождение пациента и подготовка его обращения на первичную консультацию включает:

- подбор удобного времени,
- запись имени, под которым намерен обращаться пациент (в случае анонимного обращения),
- контактного телефона,
- точное объяснение транспортной схемы,
- договоренность о взаимном предупреждении при внезапных изменениях планов.

Заключительная часть этого начального взаимодействия завершается резюмированием достигнутых договоренностей и повторением необходимой информации.

При первой встрече психолог встречает пациента и сообщает о готовности специалиста его принять, а также оказывает помощь пациенту в том, чтобы он представлял последовательность его действий, заполнение анкеты, помещение для проведения консультации).

Для общей ориентации в причинах обращения, жалобах и других фактах, необходимых, для эффективного взаимодействия пациента со специалистом, обратившемся за помощью, ему предлагают заполнить специальную анкету, с разъяснением ее назначения, осуществляют помощь, если необходимо, в заполнении анкеты, после чего сопровождают пациента к специалисту, после консультации которого осуществляют дальнейшее организационное сопровождение для реализации ИПП.

Психолог, выполняющий эти функции, проходит специальную подготовку для точного распознавания эмоционального состояния пациента, умения осуществить выбор формы беседы, которая бы не затрагивала содержательной стороны предполагаемой психотерапии.

Предоставленная пациенту информация должна содержать данные:

- о первичной консультации, ее назначении и условиях проведения,
- возможностях специалистов Психотерапевтического центра, соответствии их квалификации ГОСТу, опыту и направлениях работы Психотерапевтического центра.

Информация при первичном обращении не должна касаться специальных вопросов:

- методов, видов и способов оказания помощи,
- условий, при которых эта помощь может быть оказана,
- временных границ возможной работы,
- стоимости услуг и форм оплаты,
- конфиденциальной информации о других пациентах и сотрудниках центра,
- гарантий получения результата.

Эта информация должна обсуждаться только с лечащим врачом-психотерапевтом или другими специалистами, принимающими участие в психотерапии.

## **Основные принципы проведения первичной психотерапевтической консультации**

Первичная консультация специалиста имеет принципиальное значение для составления и реализации индивидуальной психотерапевтической программы, и должна соответствовать следующим принципам:

- принцип принятия картины мира и представлений пациента о помощи, которая ему нужна,
- принцип «гибкости» психотерапевта и медицинского психолога в выборе формы контракта, контакта, программы взаимодействия и помощи каждому пациенту в зависимости от его особенностей,
- принцип полной ответственности специалиста при определении диагноза, глубины вмешательства, программы работы, сроков, оплаты,
- принцип «пациент точно знает, что будет на следующей встрече»,
- принцип комплексности и последовательной этапности работы с пациентом.

На первичной консультации заключается стратегический психотерапевтический контракт, который дает возможность психотерапевту и пациенту получить ориентацию в оказываемой помощи, а именно:

- уточняет жалобы и психотерапевтический запрос пациента,
- какую помощь пациент может получить в Психотерапевтическом центре, чтобы она совпадала с его ожиданиями и уровнем готовности к изменениям,
- сообщает пациенту свои предварительные представления о его состоянии и возможности проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в центре,
- сообщает условия оказания помощи в центре,
- предполагаемые сроки,
- обосновывает для пациента компоненты диагностического этапа,
- о специалистах, которые будут с ним работать.

Алгоритм первичной консультации может быть изменен в случае острого кризисного состояния пациента (проводится кризисная психотерапевтическая сессия).



## ***Система психотерапевтической работы с обратившимися за психотерапевтической помощью***

При проведении психотерапии чаще всего используются сочетания методов и техник различных психотерапевтических направлений, объединенных единой задачей и организационной структурой работы, т.е. психотерапия изначально носила комплексный характер. Основой интеграции всех элементов психотерапевтической программы является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Клиническая психотерапия, как основная система, интегрирующая все компоненты индивидуальной психотерапевтической программы, в условиях психотерапии в центре хорошо сочетается с современными тенденциями развития мировой психиатрии, где речь идет о перемещении децентрализованной и деинституализированной психиатрической помощи непосредственно к ее потребителю, в его ближайшую социальную среду, с максимальным привлечением семьи, ближайшего окружения, а также государственных и общественных организаций, выполняющих реабилитационные задачи.

### ***Система психотерапии в Психотерапевтическом центре включает 5 элементов***

1) Соблюдение принципов отбора обратившихся за психотерапевтической помощью.

К ним относятся, в частности, мотивация пациента, выбор специалиста, четкое предъявление жалоб и запроса на психотерапевтическую помощь. Причинами отказа в психотерапевтической помощи могут быть:

- отсутствие мотивации (либо искажения мотивации) для прохождения психотерапии;
- острое психотическое состояние;
- относительным противопоказанием является острое соматическое заболевание, а также низкий интеллектуальный уровень.

2) Подготовка к психотерапии. Заключение психотерапевтического контракта: прояснение пациенту сути психотерапевтической работы, определение глубины вмешательства, целей, задач, мишеней психотерапии; формы взаимодействия (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия, их сочетание); частота и про-

должительность сессий; условия отмены сессий; финансовая сторона лечения.

3) Терапевтическая интервенция. На этапе психотерапевтической интервенции реализуются различные мероприятия, позволяющие реализовать психотерапевтические программы.

В первую очередь, на этом этапе заключается тактический психотерапевтический контракт, позволяющий определить задачи и мишени психотерапии на текущую сессию, в связи с актуальным психологическим состоянием больного. На этом этапе проводится исследование жизненной истории и развития заболевания, особенностей личности, системы отношений. Как правило, с целью преодоления и проверки степени выраженности сопротивления проводится интервенция, степень которой определяется клинической ситуацией и возможностями пациента. Проведенная «пробная» интервенция способствует установлению подлинного психотерапевтического контакта.

Необходимое время посвящается процессу осознания внутренней картины и психологических механизмов болезни.

Уровни осознания (последовательность):

- поведенческий, в частности в условиях патогенной ситуации;
- система отношений, включающая самооценку, отношения с другими людьми и отношение к окружающему миру,
- осознание подлинных смыслов.

4) Реконструкция системы отношений, моделей поведения, способов эмоционального реагирования.

Осуществляется поддержка адаптивных форм саморегуляции и навыков социализации. Фокусами обсуждения на этом этапе психотерапии становятся и вопросы формирования независимости от психотерапевта и референтной группы пациента.

5) Завершение психотерапии: формирование конструктивных планов на будущее.

Этап завершения – неотъемлемая часть индивидуальной психотерапии, рассматривается как важный компонент процесса изменений и включает в себя поддержку и стимулирование самостоятельности в принятии решений об окончании терапии на основании субъективной оценки пациентом изменений в состоянии.

При анализе изменений, происшедших в ходе психотерапии, учитывается:

- перечень изменений;
- способность их конструктивного использования;
- влияние изменений на качество жизни;
- проверка подлинности изменений, о которых говорит пациент.

Обязательным компонентом этого этапа психотерапии является обсуждение и проработка конструктивных планов на будущее, а также оценки их результативности и коррекции.

***Управление качеством психотерапевтической работы включает в себя следующие элементы:***

- 1) обязательные условия,
- 2) поддержание актуальной обратной связи,
- 3) качество диагностики,
- 4) качество психотерапевтической интервенции,
- 5) качество бригадного взаимодействия,
- 6) качество взаимодействия с другими ЛПУ.

Для обеспечения качества психотерапевтической работы обязательными являются следующие **обязательные условия**:

1) Обслуживающим первичные обращения по телефону, обязательно должен быть психолог, который имеет специальную подготовку по профессиональной коммуникации и умеет мотивировать пациентов для обращения на первичную консультацию без описания предстоящего лечения и других деталей возможной психотерапии;

2) Первичная консультация должна завершаться стратегическим психотерапевтическим контрактом, в целом описывающим предстоящий этап работы (диагностика, интервенция и пр.), ответственность пациента и психотерапевта, глубину вмешательства, формы психотерапии, временные и финансовые аспекты индивидуальной психотерапевтической программы и очного непосредственного представления психолога при назначении психодиагностики;

3) Индивидуальная психотерапевтическая программа формируется в течение всего диагностического этапа и согласовывается с пациентом. После ее принятия пациент знает предполагаемую продолжительность лечения, необходимость сочетания индивидуальной, семейной и групповой форм психотерапии, участия в группах дневного пребывания, поддерживающей психотерапии и т.п.;

4) Направление пациента к другим специалистам проводится только в условиях очного знакомства в присутствии лечащего врача.

Обеспечение качества психотерапевтической работы происходит при соблюдении всех вышеперечисленных условий.

Кроме этого, важное значение для успеха психотерапии имеет определение общей продолжительности психотерапевтической программы, которая стремится к краткосрочным ее формам. В ряде исследований показано, что даже при планировании долгосрочных ее вариантов три четверти всех пациентов посещают лишь 25 сессий. Проведенный метаанализ процесса психотерапии выявил, что после 8 сеансов психотерапии в среднем существенно улучшилось состояние примерно 50% пациентов, после 26 сеансов – 75% пациентов. Практики различных видов психотерапии, проводящейся в амбулаторных условиях, показывают, что обычно психотерапия предполагает примерно 20 – 26 сессий.

Для управления качеством психотерапевтической помощи в РАПЦ предусмотрены следующие мероприятия:

**Поддержание актуальной обратной связи.** Субъективная удовлетворенность пациента пребыванием в отделениях психотерапевтического центра является важным элементом поддержания мотивации на активное участие в психотерапевтических и социотерапевтических программах. 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.

**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 разборы или конференции.

**Качество психотерапевтической интервенции.** Супервизия в психотерапевтическом центре имеет ряд особенностей, отражающих мультимодальность психотерапевтического взаимодействия и одновременную работу с одним пациентом смежных специалистов или по-разному специализированных психотерапевтов. Предпочтение отдается внесетевым 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.

**Качество бригадного взаимодействия.** Для поддержания должного уровня согласованности в представлениях, уровня межличностной напряженности и культуры сотрудничества между персоналом центра 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 центре должности.

**Качество взаимодействия с другими ЛПУ.** Региональный амбулаторный психотерапевтический центр представляет свою работу в ЛПУ региона на общих мероприятиях; за каждым из сотрудников (врачом-психотерапевтом) закреплено конкретное ЛПУ для «курации», регулярных активных посещений планерок, где специалист отделения центра может докладывать врачам, направившим пациентов в психотерапевтический центр, о ведущейся работе и ее результатах. Проводится регулярный опрос врачей других ЛПУ для выявления пациентов, которым показано пребывание в центре.

### **Эффективность психотерапии больных с невротическими расстройствами в Психотерапевтическом центре (по данным экспериментально-психологического исследования)**

Для объективизации степени *симптоматического улучшения* пациентов с невротическими расстройствами был использован опросник Е. Александровича. Сравнивались средние величины показателей в начале лечения в Психотерапевтическом центре (50 пациентов с невротическими расстройствами) и после завершения индивидуальной психотерапевтической программы. Зна-

чительное снижение средних значений по всем шкалам опросника (коэффициент различий по Стьюденту  $p < 0,001$ ) свидетельствует о высокой эффективности проводимого лечения.

Несмотря на выраженное снижение показателей по всем шкалам симптоматического опросника, можно констатировать, что более существенно уменьшались значения, отражающие преимущественно острую невротическую симптоматику — беспокойство и напряжение, фобии, астенические, истерические и депрессивные расстройства и др. Проявления, характеризующие затяжную картину невроза, определенные личностные изменения, такие как ипохондрические и психастенические нарушения, так же как и межличностная проблематика пациентов (трудности в социальных контактах) элиминировались в меньшей степени и более медленными темпами.

При изучении *мотивации* к психотерапии с помощью опросника С. Ледера и сотр., установлено, что за амбулаторной психотерапевтической помощью в центр обращаются прежде всего пациенты с установкой на симптоматические изменения. В процессе психотерапии у них возрастает тенденция к более глубоким личностным изменениям. У части пациентов усиливалась мотивация к получению «вторичного выигрыша» от проводимого лечения, а также доля пациентов с иной мотивацией, включающей пассивную позицию, при сохранении установки на симптоматическое улучшение (на уровне тенденции).

Получены количественные и качественные показатели для 14 типов *интрапсихических конфликтов* и их динамики под влиянием проведенной психотерапии (по методике С. Ледера и сотр.). Методика позволяет оценить патогенетический эффект психотерапии. В проведенных ранее исследованиях было показано, что позитивная клиническая динамика невротического состояния под влиянием психотерапии приводит не только к симптоматическим изменениям, но и к позитивной динамике интрапсихических конфликтов.

После проведенного лечения выраженность интрапсихических конфликтов у больных с невротическими расстройствами достоверно уменьшилась. При этом отмечены как снижение суммарной выраженности интрапсихической проблематики в целом, так и позитивная динамика отдельных типов личностных конфликтов. Наибольшая редукция установлена относительно конфликтов между потребностями зависимости и независимости,

между потребностями и требованиями окружающей среды, а также между отсутствием позитивных усилий при большой потребности проявить себя.

Отмечалась и обратная динамика — усиление некоторых интрапсихических конфликтов, выраженность которых на начальных этапах лечения была незначительной. При этом их изменения скорее указывали на большее осознание внутренних конфликтных тенденций, степень же их выраженности, после лечения, как правило, была средней. Отмеченное относится к конфликту между доверенными задачами и возможностями, между потребностями достижений и страхом неудач (динамика на уровне тенденции). Другие интрапсихические конфликты в процессе психотерапии не имели достоверной динамики.

При изучении изменений под влиянием психотерапии **межличностных конфликтов** с использованием методики К. Колер отмечено уменьшение степени выраженности конфликтов в сфере супружеских отношений и в сфере профессиональной деятельности. Наиболее отчетливая динамика в этих сферах отмечалась у больных, у которых при обращении за психотерапевтической помощью суммарные показатели соответствующей сферы были выражены в большей степени. Можно предположить, что больные с невротическими расстройствами обращаются в центр, когда испытывают трудности прежде всего в этих двух сферах. При этом профессиональные трудности достоверно в большей степени выявлены у мужчин, а проблемы в супружеской сфере — у женщин.

Данные **о стадиях психотерапии**, полученные в результате экспериментально-психологического исследования с помощью методики URIKA, позволили содержательно их оценить и показали, что на начальном этапе психотерапии большинство пациентов находились на стадиях «размышление» и «действие». Стадия «размышление» характеризуется наличием серьезных намерений разрешить имеющиеся проблемы, однако пациенты не имеют четкого представления о способах достижения поставленной цели. Стадия «действие» характеризуется намерением произвести изменения в своей жизни. Эти данные больных с невротическими расстройствами на начальном этапе лечения свидетельствовали о значительных намерениях пациентов к изменениям с помощью психотерапии.

После проведенного лечения показатели методики изменились: стадии «предразмышление» до 63,9 (увеличение на 9,2 т-

баллов,  $p < 0,01$ ), возросли показатели стадии «сохранение» — до 39,2, (на 6,7 т-баллов,  $p < 0,05$  ). Практически не изменился показатель стадии «размышление» (60,1) и уменьшился на уровне тенденции показатель стадии «действие» — 57,1 (на 3,2 т-баллов).

Такая динамика может указывать как на разноплановое движение установок, связанное, с одной стороны, со снижением мотивации на изменения, очевидно не оправданным и не имеющим достаточного основания, а, с другой стороны, с появлением у больных психотерапевтического опыта, изменившего их представления о способах реализации намерений активных и настроенных на быстрые достижения социально-успешных пациентов.

Таким образом, при соблюдении всех вышеперечисленных условий, региональный амбулаторный психотерапевтический центр становится тем учреждением в системе оказания лечебно-профилактической помощи населению, которое успешно и эффективно выполняет основные задачи по оказанию этой помощи пациентам, координирует деятельность психотерапевтической и медико-психологической служб на обслуживаемой территории, содействует в работе психотерапевтическим и медико-психологическим кабинетам лечебно-профилактических учреждений, сотрудничает с другими медицинскими службами, прежде всего врачами общей практики и первичным звеном психиатрической службы.

Необходимость развития региональных амбулаторных психотерапевтических центров аргументируется их возможностью интеграции в региональные медицинские службы биопсихосоциального подхода, который отчасти противостоит «поликлиническому» и обеспечивается технологиями междисциплинарного, системного и целостного подхода к больному человеку, разрабатывающих и осуществляющих модели бригадной и комплексной помощи пациентам различных клинических групп, а опора на психотерапевтическую среду позволяет снизить издержки на госпитализацию.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы при организации региональных и городских психотерапевтических центров, ведущего звена амбулаторной психотерапевтической службы, роль которых возрастает в связи с проводимой в стране реформой здравоохранения. Большое значение при-



обретает также опыт бригадных форм работы для контингентов больных, обращающихся в центр, и сотрудничества с другими медицинскими службами, прежде всего с общей врачебной практикой и первичным звеном психиатрической службы. Практическая ценность проведенного исследования подтверждается успешным внедрением результатов работы в деятельность ряда региональных и городских психотерапевтических центров (Оренбург, Тверь, Чебоксары и др.).

Подписано в печать 03.03.2014. Формат 60x84/16.  
Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.  
Заказ № . Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 670-02-19