



**ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ И  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ  
В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ  
ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2014

**ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ И  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ  
В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ  
ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

*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 № 06/951 от 24 августа 2007 года на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством оказания психотерапевтической помощи в психиатрических, психотерапевтических и психоневрологических учреждениях, психотерапевтических кабинетах и отделениях»

Санкт-Петербург  
2014

Методические рекомендации посвящены принципам, методам и организационным основам психотерапии в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторно-поликлинических (диспансеры, диспансерные отделения) и стационарных (психиатрические стационары) подразделениях психиатрической службы.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров, клинических (медицинских) психологов и специалистов по социальной работе, участвующих в оказании лечебно-реабилитационной помощи больным с психическими расстройствами.

Методические рекомендации составлены в ГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РФ» и ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева МЗ РФ»

Авторы составители:

Сотрудники Московского НИИ психиатрии МЗ РФ: А.Б. Холмогорова, д.п.н., руководитель Лаборатории клинической психологии и психотерапии; Н.Г. Гаранян, к. п. н., вед. н. с.; Я.А. Сторожакова, к.м.н., вед. н. с., Р.Д. Тукаев, д. м. н., вед. н. с.

*Сотрудники Санкт-Петербургского научно-исследовательского Психоневрологического Института им. В.М. Бехтерева МЗ РФ:* Р.К. Назыров, д.м.н., вед. н. с., руководитель Отдела организации научных исследований, новых технологий и подготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии; М.Б. Ремесло, к. м. н., ст. н. с.; А.А. Четвериков; С.В. Осеев; С.В. Ляшковская; Е. И. Чехлатый, д. м. н., профессор.

При составлении методических рекомендаций был учтен опыт работы региональных психотерапевтических служб Оренбургской, Тюменской и Пензенской областей.

## ВВЕДЕНИЕ

Современные научные представления о психических расстройствах основаны на биопсихосоциальном подходе, согласно которому в происхождение и течение психических расстройств вносят вклад биологические, психологические и социальные факторы.

Значение психотерапии в лечении психических расстройств подчеркивали многие известные отечественные и зарубежные психиатры, ее значение обосновано многочисленными эмпирическими исследованиями, доказавшими роль психологических факторов в происхождении и течении различных психических расстройств. Так, например, течение шизотипических и депрессивных расстройств, биологическая детерминация которых общепризнана, определяется также характером семейных отношений и уровнем социальной поддержки. Появляется все больше исследований, акцентирующих, наряду с биологическими факторами, роль семейного воспитания и стрессогенных жизненных событий в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации ряда психических расстройств.

Деятельность профессиональных психотерапевтов в настоящее время опирается на существующие методические разработки в области психотерапии, созданные в последнее время организационные условия и этические стандарты. С учетом выделенных согласно приказу МЗ РФ № 227 от 13.02.1995 г. штатных нормативов учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, обеспечено комплексное полипрофессиональное ведение пациентов бригадой специалистов. Выделены по 1 должности врача-психотерапевта и по 1 должности психолога на 50 коек психиатрического стационара и на 50 мест дневного стационара, а также по 1 должности врача-психотерапевта на 4 участка и клинического (медицинского) психолога – на 3 участка психоневрологического диспансера. На основании приказа № 438 от 16.09.2003г. в структуре психиатрических стационаров и психоневрологических диспансеров предусмотрено создание психотерапевтических кабинетов и психотерапевтических отделений. Таким образом, имеются предпосылки для расширения возможностей оказания качественной помощи больным с психическими расстройствами. Осуществляется переход от традиционной клинической модели к биопсихо-

социальному подходу, характеризующемуся мультидисциплинарностью с участием специалистов различного профиля, тесно взаимодействующих друг с другом. Комплексное лечение включает психофармакотерапию, психотерапию и психосоциальную работу. Его реализует бригада специалистов – врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический (медицинский) психолог и специалист по социальной работе.

## **ФОРМУЛА МЕТОДА**

Система психотерапевтических мероприятий в психиатрических учреждениях представляет собой сложную форму профессиональной деятельности и опирается на: 1) теорию нормального психического развития и психологическую теорию личности; 3) теорию психической патологии; 4) психотерапевтические стратегии (цели, мишени, приемы и техники), основанные на теоретических моделях и эмпирических исследованиях; 4) этические нормы и организационные стандарты. Применение психотерапии предполагает проведение контролируемых исследований эффективности, подтверждающих валидность основных теоретических положений, совершенствование организационных условий и этических стандартов. Психотерапевтическое воздействие реализуется в следующих основных формах – индивидуальной, семейной, групповой и в форме создания т.н. психотерапевтической среды (психотерапевтическое сообщество, «психотерапевтическое поле»). Психотерапия может проводиться в двух временных форматах – краткосрочном и долговременном.

К учреждениям, оказывающим психиатрическую помощь, относятся областные (краевые, окружные, городские, районные) психоневрологические диспансеры и психиатрические больницы с входящими в их структуру дневными стационарами.

## **ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА**

Психотерапия показана при широком круге психических расстройств. Конкретные виды психотерапии и формы помощи могут существенно варьировать в зависимости от типа расстройства (см. раздел «Описание метода»). Психотерапия, назначенная без пред-

варительной оценки показаний, противопоказаний и психотерапевтического заказа пациента, не дает желаемого эффекта и может приводить к негативным последствиям (преждевременное прерывание лечения, разочарование в лечении, возникновение негативных пессимистических установок).

Общими противопоказаниями для любого вида психотерапии являются: спутанные состояния сознания, высокая степень сопротивления, низкая мотивация к прохождению психотерапии.

К частным противопоказаниям для психотерапии относятся: высокая суицидальная готовность, тяжелые формы психической патологии – психотические расстройства; депрессии со стойкой утратой трудоспособности без предшествующей стрессовой провокации; деструктивные или аутодеструктивные формы поведения; дефекты памяти и концентрации внимания.

## **ОПИСАНИЕ МЕТОДА**

### **1. Материально-техническое обеспечение психотерапии в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь**

Материально-техническое обеспечение включает в себя: 1) материально-техническое обеспечение помещениями, медицинским и другим оборудованием; 2) обеспечение психодиагностическим инструментарием; 3) обеспеченность специалистами, владеющими психотерапевтическими знаниями, конкретными методами и приемами работы с различными пациентами.

В учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, предусматриваются две возможные формы организации психотерапевтической помощи: 1) психотерапевтический кабинет; 2) психотерапевтическое отделение. Каждой из этих форм соответствует определенное материально-техническое обеспечение. Его примерное описание приведено в приказе Минздрава России от 16.09.2003 № 438. Для эффективной работы указанных подразделений рекомендуется следующее оснащение.

Психотерапевтический кабинет располагается в специально выделенных помещениях общей площадью 68-95 кв. м., куда входит помещение для организации приема пациентов (площадью 14-20 кв. м.), помещение для проведения индивидуальной и груп-

повой психотерапии (площадью 30-40 кв. м.), помещение для клинического (медицинского) психолога, социального работника (площадью 22-35 кв. м.). Кабинет оснащается элементами внутреннего дизайна и терапии средой (облицовка стен, декоративные растения, приборы бокового освещения, картины, и др.) в соответствии с возможностями; приборами и аппаратами в соответствии со списком (в том числе аудиокомплекс, персональный компьютер с необходимым программным обеспечением и принтером), медицинский инструментарий (набор укладка для оказания неотложной помощи и др.), медицинская и бытовая мебель (в частности кресло мягкое с высокой спинкой, не менее 15 шт., стул полумягкий, не менее 15 шт.).

Психотерапевтическое отделение, дополнительно к оборудованию психиатрических и психоневрологических больниц, необходимого для проведения реабилитационных мероприятий, располагает специально выделенными помещениями общей площадью 334-400 кв. м., куда входит помещение для организации индивидуального приема пациентов (4 помещения), помещение для проведения групповой психотерапии (4 помещения площадью 30-40 кв. м., одно оборудованная зеркалом Гезелла), помещение для терапии занятостью (4 помещения площадью 22-35 кв. м.), а также конференц-зал. Терапевтический блок психотерапевтического отделения оснащается элементами внутреннего дизайна и терапии средой (облицовка стен, декоративные растения, приборы бокового освещения, картины, и др.) в соответствии с возможностями; приборами и аппаратами в соответствии со списком (в том числе аудиокомплекс – 2 набора, персональный компьютер с необходимым программным обеспечением и принтером – 3 набора, видеокомплекс – 1 набор), медицинское и иное оснащение соответствует таковому реабилитационных отделений психиатрических и психоневрологических больниц. Для проведения индивидуальной и групповой психотерапии отделение дополнительно оснащается креслами с высокой спинкой – 50 шт., стульями полумягкими – 100 шт.

Психологический инструментарий психотерапевтических подразделений включает набор клинико-психологических методик, направленных на диагностику эмоциональной и когнитивной сферы, особенностей личности, семейного и социального функционирования.

## **2. Проведение психотерапии в учреждениях оказывающих психиатрическую помощь**

При назначении психотерапии для лечения конкретных психических расстройств, выделяемых в рамках МКБ-10, необходимо учитывать следующие критерии: 1) научная обоснованность метода, включаемого в индивидуальную психотерапевтическую программу; 2) наличие разработанных моделей и стратегий лечения для конкретных типов расстройств; 3) наличие подготовленных специалистов, в соответствии с унифицированными программами специализации и повышения квалификации врачей-психотерапевтов с сертификатами по специальности «психотерапия»), клинических (медицинских) психологов и специалистов по социальной работе, прошедших подготовку в соответствии с унифицированными программами переподготовки и повышения квалификации при наличии соответствующих штатов; 4) наличие организационных условий для проведения психотерапии (специально оборудованные психотерапевтические помещения).

В условиях психиатрического стационара или психоневрологического диспансера взаимодействие специалистов различного профиля при проведении психотерапии основывается на многоуровневой диагностике имеющихся расстройств и проводится поэтапно.

**Первым этапом** бригадного ведения больного является постановка функционального диагноза. Функциональный диагноз формулируется с учетом результатов комплексного исследования состояния больного и позволяет наиболее полно представить характер нарушений психического и социального функционирования, а также выявить имеющиеся у пациента и его социального окружения ресурсы совладания с имеющимися проблемами.

**Следующий этап** – разработка на основе функционального диагноза программы оказания помощи. При этом не предполагается, что психотерапевтическая работа охватывает всех пациентов отделения, или дневного стационара, или участка диспансера. Психотерапия проводится в соответствии с клиническими показаниями, которые для каждого больного устанавливаются коллегиально врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и клиническим психологом по согласованию с другими участниками лечебно-реабилитационного процесса. В условиях психиатрической



службы нашей страны наиболее целесообразно возложение обязанностей руководителя бригады на врача-психиатра. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую работу (при этом каждый член бригады ответствен за свое направление работы), функции врача-психиатра реализуются в координации работы других специалистов. Только такой подход сохранит автономию каждого специалиста-участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей. В частности, в практику всех психиатрических учреждений, в которых функционируют полипрофессиональные бригады, должны быть введены регулярные групповые обсуждения лечебно-реабилитационных планов и их последующего выполнения в отношении каждого находящегося под наблюдением пациента. Частота и длительность совещаний бригады устанавливаются с учетом клинического состояния пациента, особенностей его психологического и социального функционирования и могут варьировать в зависимости от условий работы, количества наблюдаемых больных и соответственно числа пациентов, которые становятся предметом обсуждения бригады. Совещания бригады вводятся в расписание работы. Такие совещания приводят к формированию общей стратегии и тактики, обеспечивают взаимную информацию каждого специалиста обо всех проводимых в отношении пациента мероприятиях и дают более полную картину динамики состояния больного.

Одним из важных моментов организации бригадного ведения больного является этапность осуществления помощи. Очевидно, что при значительной глубине психических нарушений (помрачение сознания, острые бредовые расстройства, глубокие, вплоть до ступора, депрессии) сохраняется возможность только биологической (психофармакологической) терапии. На следующем этапе, после значительного уменьшения глубины и остроты психотических расстройств, возможно присоединение психотерапии. Особое значение психотерапевтическая работа приобретают в период «дозревания» ремиссии. В это время достигнутое улучшение еще хрупко и неустойчиво. Могут наблюдаться кратковременные, резко выраженные рецидивы психопатологических нарушений. Реакция на острый период заболевания еще в полной мере не сформировалась. Отмечается уязвимость реконвалесцента, возвращающегося к нормальной жизни. Все это, с одной стороны, указывает на необходимость активной психотерапевтической и соци-

альной работы с постпсихотической личностью, а с другой – требует особой осторожности при терапии таких больных.

На этом этапе ведения пациентов с перенесенными психотическими состояниями (в особенности шизофренией и депрессиями психотического уровня) возникают, в частности, определенные трудности во взаимодействии врача-психиатра и врача-психотерапевта, связанные с комплексным применением фармакотерапии и психотерапии. Так, фармакотерапевты высказывают опасения, что «освобождение» тревоги, имеющее место в ходе психотерапии, приведет к подрыву позитивного эффекта лекарственного лечения. С другой стороны, психотерапевты нередко утверждают, что редукция тревоги, быстро достигаемая за счет психотропной терапии, приводит к потере личностной активности вообще и активной роли пациента в процессе психотерапии, в частности. Эти же проблемы могут возникать и при совместном ведении психиатром и психотерапевтом пациентов с психопатологическими нарушениями менее глубоких регистров. Вместе с тем, большинство исследователей, занимавшихся изучением соотношения фармакотерапии и психотерапии, отмечают, что эти опасения отражают не столько реальное положение дел, сколько предубеждения противников альтернативного способа лечения. Во многих исследованиях выявлен факт суммирования эффекта от сочетания фармакотерапии и психотерапии. Отмечается дифференцированная эффективность этих двух видов лечения. Лекарства воздействуют, главным образом, на биологические механизмы, а психотерапия – преимущественно на социально-психологические.

При совместном ведении следует учитывать области профессионального функционирования каждого из членов бригады. Необходимо отметить важность разграничения психотерапевтической помощи (Б.Д. Карвасарский, 2003) от психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации как – самостоятельного направления полипрофессионального ведения больного (ВОЗ, 2001; И.Я. Гурович, 2003). Настоящие рекомендации касаются собственно психотерапевтической работы. Психосоциальные вмешательства охватывают значительно более широкие, в том числе более тяжелые контингенты больных, наблюдающихся в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь.

К методическому оснащению психотерапевтического процесса относятся методические разработки (нормативно-

методические документы, методические рекомендации, учебные пособия и др.) по отдельным психотерапевтическим методам, методикам и особенностям их применения при различных психических расстройствах.

Технологические требования разрабатываются и утверждаются органами управления здравоохранением с учетом достижений психотерапии и внедренных методических разработок, особенностей региональной специфики, возможностей региона и конкретного лечебно-профилактического учреждения, а также региональных программ развития в области охраны психического здоровья.

Общие требования к организации психотерапевтической работы получили название психотерапевтического сеттинга, их соблюдение является очень важным для эффективности психотерапевтической работы. К этим требованиям относятся: 1) строгое соблюдение временных границ (строго фиксированное время начала, длительности и частоты сеансов); 2) строгое соблюдение терапевтической роли (недопустимость дружеских, родственных, интимных, коллегиальных отношений с пациентом, находящимся в процессе психотерапии); 3) наличие (в зависимости от состояния больного) психотерапевтического контракта (информирование пациента о целях и методе лечения, получение согласия пациента на прохождение курса лечения).

Психотерапевтический процесс, в свою очередь, включает **ряд этапов**: 1) этап установления контакта; 2) специальные диагностические мероприятия (диагностический этап), разработка индивидуальной психотерапевтической программы; 3) собственно психотерапевтическая интервенция, реализующая индивидуальную психотерапевтическую программу; 4) оценка изменений; 5) закрепление позитивных изменений и профилактика рецидивов. Этап установления контакта необходим при любом виде психотерапии и направлен на формирование эффективного рабочего альянса с пациентом. Диагностический этап в психотерапии заключается в установлении функционального диагноза, наряду с клиническим. Функциональный диагноз предполагает тщательную оценку психологического и социального функционирования пациента (личностных характеристик, основных жизненных стрессоров; интерперсональных отношений, семейной ситуации, социальной адаптации и т.д.). Характер психотерапевтических интервенций определяется спецификой используемого метода. Оценка

изменений предполагает учет динамики психологического и социального функционирования пациента в процессе терапии. С целью закрепления достигнутых эффектов и профилактики рецидивов с пациентом проводится работа, направленная на утилизацию (т.е. возможность сознательного использования) полученных в процессе терапии средств решения проблем.

Критериям, перечисленным в разделе «Формула метода», соответствуют прежде всего психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы. В качестве вспомогательных в лечении психических расстройств могут использоваться суггестивные методы и методы, объединяемые под общим названием опытных (ориентированных на переживания) – клиент-центрированная терапия, гештальт-терапия, психодрама, арттерапия, телесно-ориентированная терапия. К вспомогательным методам относятся также поддерживающая терапия и терапия средой. Для детей дошкольного и младшего школьного возраста наиболее распространенной формой индивидуального лечения является игровая психотерапия, проводимая на психодинамической или когнитивно-бихевиоральной теоретической основе. В отечественной психотерапии родственным психодинамическому подходу является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, одним из видов отечественных экспериментальных методов, основанном на арттерапии, является психотерапия творческим самовыражением.

К **психодинамическому направлению** относится ряд психотерапевтических методов, в основе которых лежит представление о этиопатогенетическом влиянии неразрешенных интрапсихических конфликтов, определяющих разные формы психических расстройств. Общим для всех психодинамических подходов является представление о трех основных уровнях организации психики, соответствующих разной глубине патологии: невротическому регистру, регистру личностных расстройств (психопатиям), психотическому регистру. Каждому уровню личностной организации соответствуют специфические стратегии и техники психотерапии. Центральными понятиями в психодинамической традиции являются сопротивление, перенос, контрперенос, психологические защиты и др. К основным интервенциям относятся систематическая проработка интрапсихических конфликтов через интерпретацию сопротивления и переноса. Одним из современных методов психодинамического направления, разработанных и получившим ши-

рокое распространение у нас в стране, является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Б.Д. Карварский, В.А. Ташлыков, Г.Л. Исурина, 2000).

Психодинамическая психотерапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах, для детей и взрослых. Она проводится как в краткосрочном (до 40 часов), так и долгосрочном (до 1 года и более) вариантах.

Психодинамическая психотерапия показана при широком спектре психических расстройств у взрослых и детей: тревожные расстройства (включая навязчивости) (F40, F41, F42), соматоформные расстройства (F45), расстройства настроения (F3), личностные расстройства (F6), нарушения пищевого поведения (F50), сексуальные дисфункции (E52).

Когнитивно-бихевиоральное направление возникло на основе бихевиоральной и когнитивной психологии. Оно включает ряд методов, среди которых наибольшее распространение получили: когнитивная психотерапия А.Бека и рационально-эмоциональная психотерапия А.Эллиса. Они интегрируют основные достижения других моделей когнитивно-бихевиоральной терапии, а также прошли проверку на эффективность в лечении ряда расстройств.

В основе этих методов психотерапии лежит представление о важной роли когнитивных процессов в различных нарушениях поведения и эмоционального реагирования. Тщательное исследование позволило выявить специфические когнитивные нарушения при различных психических расстройствах. К основным понятиям когнитивного подхода относят автоматические (непроизвольные) мысли, когнитивные искажения (поляризованное мышление, негативное селективное информирование, «катастрофизацию», персонализацию и др.), дисфункциональные установки и убеждения (о себе, о своем заболевании, о других людях), компенсаторные стратегии поведения (например, избегание, гиперответственность, дистанцирование и др.). К основным интервенциям в когнитивно-бихевиоральной терапии относятся техники заполнения «пробела», направленные на выявление неадаптивных когнитивных; техники, направленные на оценку и коррекцию дисфункциональных мыслей и убеждений; система поведенческих техник, направленных на перестройку неадекватных компенсаторных стратегий, и система тренингов, направленных на восполнение дефицита социальных и когнитивных навыков.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия может осуществляться в индивидуальной, семейной и групповой формах, для детей и взрослых. Она проводится как правило в краткосрочном (от 8 до 30 часов) варианте. Показана при широком спектре психических расстройств: депрессии (F31.3, F32, F33, F34, F38), тревожные (включая ипохондрические) расстройства, навязчивости и посттравматические стрессовые состояния (F40, F41, F42, F43), соматоформные (F45) и личностные расстройства (F6), нарушения пищевого поведения (F50), сексуальные дисфункции (F52).

Среди вспомогательных методов особое место занимают **суггестивные**, нашедшие особенно широкое распространение в отечественной психиатрии. Суггестивные методы психотерапии исторически объединяют психотерапевтические техники внушения и самовнушения в бодрствовании, состоянии обычного сна, гипноза и наркотического сна. Суггестия (внушение) традиционно описывается как подача информации, пассивно воспринимаемой личностью вне критической оценки и действующей на нервно-психические и соматические процессы в диапазоне ощущений, представлений, эмоциональных состояний, волевых побуждений, вегетативных функций. Все коммуникативные факторы, вербальные и невербальные, могут оказывать суггестивное воздействие. К суггестивным методам психотерапии, сохранившим актуальность, следует отнести разнообразные методы современной гипнотерапии и аутогенной тренировки. Гипнотерапия отличается доказанностью своего психологического и нейрофизиологического действия на человека. Суггестивный подход в нашей стране, традиционно реализуется в методике эмоционально-стрессовой психотерапии, алерт-гипнозе, методиках аутогенной тренировки и др.)

Для современной гипнотерапии характерно использование недирективных приемов и техник.

Гипнотерапия осуществляется в индивидуальной форме и форме психотерапии в группе. Современная гипнотерапия проводится в группе численностью 7-10 человек, что позволяет работать с пациентами параллельно без снижения эффективности психотерапии.

Областью клинического применения гипнотерапии в психиатрии в порядке убывания частоты применения являются: невротические, связанные со стрессом, соматоформные расстройства (F4); аддитивные расстройства (F10.1-F10.3, F11-F17); ряд поведенческих синдромов (F50, F51) и расстройств личности и пове-

дения у взрослых (F60.5, F60, F62, F63.0), подростков (F92.0, F92.8) детей (F93.0- F93.3, F95, F98.5); некоторые аффективные расстройства (F34.0, F34.1); шизотипическое расстройство (F21).

Клиническая гипнотерапия может применяться как самостоятельный метод, а также в сочетании с иными методами психотерапии, физиотерапии, психофармакотерапии.

Основной формой психотерапии является индивидуальная. Наряду с ней, все более широкое распространение находят семейная и групповая формы работы.

**Семейная психотерапия** возникла под влиянием концепций, акцентирующих роль дисфункционального семейного окружения в происхождении и неблагоприятном течении психических расстройств. Другим важным фактором оформления семейной психотерапии в самостоятельную область является методология системного подхода, развитая фон Берталанфи. Согласно этому подходу все психические расстройства и индивидуальные проблемы рассматриваются не изолированно, а в семейном контексте, при этом семья рассматривается как система, имеющая определенные параметры (структурные, динамические, ролевые). В современной семейной психотерапии применяются методы различных направлений психотерапии: психодинамически ориентированная, когнитивно-бихевиорально ориентированная (включая психообразовательные модели), а также различные варианты, акцентирующие системную парадигму – структурную терапию, стратегическую терапию, системную терапию Боуэна, экспериентальную терапию. Основные понятия системного подхода к семье описывают параметры семейной структуры (близость – дистанция, иерархия, внешние и внутренние границы, детская и родительская подсистема и т.д.); семейной динамики (стиль коммуникации, распределение ролей, цикл развития семьи, семейная история и т.д.), семейной идеологии (семейные мифы, правила, убеждения, установки). Интервенции системного подхода рассчитаны на работу с дисфункциями различных параметров семейной системы, например, симбиотическими связями или разобщенностью членов семьи, диффузными границами между подсистемами, непрямыми коммуникациями, отсутствием четким правил, регулирующих жизнь семьи, и т.д.

Семейная психотерапия показана при лечении взрослых и детей. При лечении психических расстройств у детей и подростков многими авторами она рассматривается как обязательный компо-

нент лечения. Работа требует присутствия всех членов семьи на сеансе, однако возможны различные вариации (работа с частью семьи, с различными семейными подсистемами). Семейная терапия требует большей длительности сеансов (1,5-2 часа) при частоте встреч 1 раз в одну-две недели; желательно участие двух ко-терапевтов разного пола. Семейная терапия часто комбинируется с индивидуальной работой с пациентом. Системная семейная психотерапия рекомендована при лечении тревожных расстройств (F40, F41), депрессий (F31.3, F32, F33, F34, F38), соматоформных расстройств (F45), нарушений пищевого поведения, личностных расстройств (F6), шизофрении (F2). Показаниями для присоединения семейной терапии к индивидуальному лечению служат выраженные семейные дисфункции, проблемы трудоспособности и социальной адаптации, а также тенденция к затяжному, хроническому течению расстройства у пациента.

**Групповая форма психотерапии** также широко применяется в лечении психических расстройств. В основе различных моделей групповой терапии имплицитно заложены основные подходы психотерапии – динамический, когнитивно-бихевиоральный и опытный. В рамках клиент-центрированной психотерапии были разработаны принципы взаимодействия с пациентом, которые стали базовыми для современной психотерапии в целом – безусловное принятие пациента, согласованность вербального и невербального поведения психотерапевта, искреннее, уважительное партнерское отношение к пациенту. Наибольшее распространение в нашей стране получила лично-ориентированная (реконструктивная) групповая психотерапии, как метод ориентированный на личностные изменения. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяются как самораскрытие, анализ психологических механизмов заболеваний, 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.

Наряду с групповой психотерапией, в нашей стране получили распространение такие формы групповой работы как тренинг социальных навыков и психодрама. Показаниями к участию в психотерапевтической группе служат выраженные межличностные проблемы у пациента, дефицит социальных и коммуникативных навыков, состояния одиночества и изоляции. Групповой работе



должен предшествовать тщательный подбор участников группы по ряду критериев. Например, как правило, считается недопустимым помещением в одну группу с пациентами, страдающими невротическими расстройствами, больных шизофренией. Для больных с невротическими расстройствами больше показана групповая психотерапия, ориентированная на групповую динамику, для больных шизофренией – группы тренинга социальных навыков, учитывающие специфику проблем этих пациентов (трудности селектирования информации, трудности переработки эмоционального стресса и т.д.).

Особой формой мероприятий, имеющих психотерапевтическую направленность, является т.н. **психотерапия средой**, направленная на создание особых условий, способствующих реабилитации и социальной адаптации больных. Сюда относится организация разных форм трудовой активности и активного отдыха пациентов, возможность активного участия пациентов в жизни отделения, создание доброжелательной, поддерживающей атмосферы, разработка системы положительных подкреплений конструктивного адаптивного поведения больных и т.д. Все это требует особой подготовки среднего медперсонала, систематического участия среднего медперсонала в обсуждениях психотерапевтического ведения пациентов.

### **3. Организации психотерапевтической работы в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь**

Психотерапия при лечении психических расстройств может реализовываться в условиях различных организационных моделей (формах организации психотерапевтической помощи). В настоящее время к организационным формам психотерапевтической помощи при лечении психических расстройств в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, относятся психотерапевтический кабинет психиатрического учреждения и психотерапевтическое отделение в структуре психиатрического стационара.

**Психотерапевтический кабинет.** Работа психотерапевтического кабинета психиатрического стационара строится по специальному временному графику для пациентов, приходящих из стационарных отделений учреждения. Направление пациента для прохождения психотерапии осуществляет лечащий врач-психиатр.

Врач указывает границы психотерапии с учетом основной программы госпитального лечения. Далее врач-психотерапевт, клинический (медицинский) психолог и специалист по социальной работе осуществляют психотерапевтическую диагностику и совместно с лечащим врачом-психиатром формулируют функциональный диагноз и индивидуальную программу психотерапии. Ход реализации индивидуальной программы обсуждается на заседании психотерапевтической бригады. При необходимости к обсуждению привлекается сам пациент и его родственники пациента, которые участвуют в психообразовательных программах и семейной (супружеской) психотерапии.

Задачи психотерапевтического кабинета психоневрологического диспансера: проведение консультативной помощи пациентам, направленным участковыми врачами и врачами-специалистами; отбор больных для психотерапии в условиях кабинета; лечение пациентов с показанными формами психических расстройств; направление больных для лечения в психоневрологический диспансер или другое специализированное учреждение, оказывающее психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

В штат психотерапевтического кабинета входят по одной должности врач-психотерапевт, медицинского (клинического) психолога и социального работника. Врач-психотерапевт проводит психотерапевтическое лечение, а также координирует проведение психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий. Медицинский (клинический) психолог самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной руководителем бригады врачом-психиатром, проводит психопрофилактические, психокоррекционные и реабилитационные мероприятия. Специалист по социальной работе организует индивидуальную и групповую работу пациентов, направленную на улучшение их социальной адаптации, разрабатывает и организует мероприятия по их социальной защите и поддержке, их трудовому и бытовому трудоустройству.

Психотерапевтический кабинет должен быть обеспечен техническими средствами для проведения необходимых диагностических и терапевтических мероприятий. Оформление специально оборудованных помещений должно учитывать особенности контингентов больных, обеспечивать благоприятное психологическое воздействие элементов дизайна, создавать непринужденную об-

становку, уют и комфорт. Созданию общих предпосылок для установления психотерапевтического контакта между врачом и пациентом помогает оформление комнаты ожидания, в ней находится книга отзывов пациентов, завершивших лечение, удостоверения о квалификации психотерапевтов, плакаты с выдержками из популярной психотерапевтической литературы и др. В кабинете первичного приема, в котором начинается общение с пациентом, заполняется первичная и иная медицинская документация, уточняется мотивация обращения пациента за лечением с использованием методов психотерапии. Здесь же может находиться рабочее место среднего медицинского работника, оказывающего помощь в оформлении медицинской документации.

Индивидуальный психотерапевтический прием проводится в отдельном кабинете, где пациент и психотерапевт находятся наедине друг с другом. Процесс психотерапии не должен прерываться звонками, стуком в дверь или вызовом специалиста по каким-то вопросам без крайней необходимости. Наличие отдельного помещения для групповых занятий отражает тенденцию современной психотерапии сочетать различные методы и формы воздействия.

Организация работы кабинета в определенной мере зависит от принятого порядка деятельности лечебно-профилактического учреждения, на базе которого расположен кабинет. Наиболее частой организационной формой движения пациентов являются листы самозаписи или талонная система, в некоторых случаях запись осуществляется по телефону. Выделяется время для работы с первичными пациентами и для повторных встреч. Из деонтологических соображений, а иногда и в целях обеспечения анонимного обращения в кабинете создается отдельная от общей регистратуры картотека медицинских документов (амбулаторных карт), ведется другая необходимая отчетно-учетная документация.

**Психотерапевтическое отделение.** Работа психотерапевтического отделения строится с учетом особенностей контингента психиатрического стационара. Основной контингент психотерапевтических отделений в психиатрическом стационаре — лица с малопрогрессирующими формами психической патологии, личностные расстройства, тяжелые невротические и невротоподобные расстройства.

Психотерапия в условиях психотерапевтического отделения отличается от проводимой в амбулаторной практике некоторыми

особенностями. Позитивный терапевтический эффект достигается благодаря максимальному использованию межличностного взаимодействия персонала отделения с больными, а также элементов самоуправления пациентов («советов больных» и т.п.), способствующих самоорганизации и вовлечению максимального числа больных в деятельность, направленную на активное преодоление болезни. Создание психотерапевтической среды предполагает дополнительную подготовку специалистов и медицинского персонала.

Еще один фактор, способствующий повышению эффективности лечения в психотерапевтическом отделении — это использование дифференцированных режимов. При улучшении состояния больного для практического разрешения актуальных личностных проблем, выявленных в процессе психотерапии, его переводят на более активирующий режим. Своевременное изменение режима пребывания пациента в отделении способствует восстановлению утраченных в период болезни социальных связей и служит профилактике явлений «госпитализма».

В качестве варианта организации психотерапевтической помощи необходимо создание полустационарного отделения в двух формах: дневной и ночной стационары. Их отличает режим частичной госпитализации, предполагающий направление в них на лечение пациентов с более легким течением заболевания.

#### **4. Рекомендуемые нормативы нагрузки при проведении амбулаторной и стационарной психотерапии**

В настоящее время Минздравом России отменены обязательные нормативы работы врачей и психологов амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждений.

Существующая практика работы ведущих психотерапевтических учреждений России показывает, что подобный расчет может осуществляться двумя основными способами:

- измерением трудозатрат врачей-психотерапевтов и других специалистов, количеством посещений (нормативный вариант расчета трудозатрат);
- в качестве единицы учета труда может использоваться условный законченный случай (при технологическом варианте расчета трудозатрат, на основе разработанных клини-

ко-статистических групп). В этом случае нормативы работы утверждаются специальными решениями (приказами) соответствующих органов управления здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений.

При расчете норматива нагрузки специалистов при первом варианте расчета трудозатрат (нормативном) рекомендуется использовать следующие нормативы работы врачей-психотерапевтов и (клинических) медицинских психологов:

1) Индивидуальный прием врача-психотерапевта, индивидуальный прием психолога.

Индивидуальный прием имеет продолжительность – 50 мин., технологический перерыв — 10 мин. В форму 039/у-88 врача-психотерапевта и психолога (ведомость посещений в поликлинике) вносится одно посещение на каждого пациента, в журнал учета процедур в амбулаторном и стационарном лечебно-профилактическом учреждении вносится соответствующая запись. Продолжительность первичного и повторного приемов как правило не различается.

2) Групповая и семейно-супружеская работа врача-психотерапевта и психолога.

Время групповой (группа от 6 до 12-15 чел.) и семейной работы — 1 час 20 мин., технологический перерыв — 15 мин.

В форму 039/у-88 врача-психотерапевта и психолога (ведомость посещений в поликлинике) вносится одно посещение на каждого пациента, участвующего в групповой или семейной психотерапии; в журнал учета процедур амбулаторного или стационарного лечебно-профилактического учреждения вносится по одной записи на каждого пациента.

3) При организации работы врача-психотерапевта и психолога на амбулаторном приеме и при работе стационара в течении дня необходимо выделить время для приема пациентов обратившихся впервые, и повторных пациентов.

4) При организации работы врача-психотерапевта и психолога в течении недели необходимо выделить в графике его работы также время для психопрофилактических мероприятий вне психотерапевтического кабинета (лекции и встречи с пациентами отделений, клинические и терапевтические конференции с участием медицинского психолога, специалиста по социальной работе (социального работника) и консультанта (супервизора), психопро-

филактические мероприятия в коллективе лечебно-профилактического учреждения).

5) При патопсихологическом обследовании, проводимым психологом, клиническим (медицинским) психологом, рекомендуемая норма — 2-3 пациента в день. Соответствующее число посещений вносится в форму 039/у-88 психолога или журнал учета процедур.

6) Отдельно планируются мероприятия по организации психотерапевтической среды, которые организует социальный работник (или специалист по социальной работе), врач-психотерапевт и клинический психолог при необходимости принимают в них участие.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ**

Эффективность комплексного лечения расстройств выше, чем изолированное медикаментозное лечение. Контролируемые рандомизированные исследования показали, что комбинация медикаментозного лечения шизофрении с семейным консультированием и психотерапией снижает риск повторного приступа заболевания в 2-3 раза. Убедительно показано преимущество комплексного лечения депрессий (сочетание терапии антидепрессантами с когнитивной психотерапией).

Выводы относительно эффективности того или иного подхода в лечении разных расстройств делаются на основании процедуры метаанализа, позволяющей обобщать результаты строго контролируемых исследований, проведенных в разное время и в разных странах. Эта процедура позволяет значительно повысить надежность выводов об эффективности того или иного метода. Она также делает возможным оценить т.н. «силу эффекта» (суммарный показатель выраженности позитивной динамики в исследуемой выборке) и выделить методы первого выбора при лечении конкретного расстройства. В качестве основного критерия эффективности выступает редукция клинической симптоматики, в ряде исследований оценивается также динамика показателей социального функционирования. Еще одним важным критерием эффективности является устойчивость достигнутого эффекта, которая оценивается с помощью специальных лонгитюдных исследований (т.н. follow up studies). Наибольшее число контролируемых иссле-

дований эффективности проведено в рамках когнитивно-бихевиорального подхода.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия зарекомендовала себя как высокоэффективный подход к лечению широкого спектра расстройств. Многочисленные клинические исследования убедительно доказывают ее высокую эффективность при депрессиях. Она рекомендуется в качестве метода первого выбора при лечении депрессий. В лонгитюдных исследованиях установлено, что когнитивная психотерапия значительно снижает вероятность повторного рецидива заболевания. У пациентов, находящихся на изолированном медикаментозном лечении, рецидивы отмечаются в два раза чаще. Число респондеров на комбинированном лечении примерно в два раза превышает число респондеров на изолированном медикаментозном лечении. Преимущества комбинированного лечения (когнитивная терапия плюс антидепрессанты) особенно отчетливы в случае тяжелых депрессий. Комбинированная терапия также обладает отчетливыми преимуществами в лечении депрессий средней и сильной тяжести у лиц пожилого возраста.

Получены надежные данные о высокой эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии в лечении тревожных расстройств (генерализованной тревоги, панического расстройства, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства). По сравнению с изолированной медикаментозной терапией, комбинированная терапия приводит не только к редукции симптоматики, но и обеспечивает большую устойчивость достигнутого эффекта.

Когнитивно-бихевиоральная терапия эффективна также при лечении депрессивных и тревожных расстройств у детей.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия показала большую эффективность по сравнению с другими подходами при лечении соматоформных расстройств (соматоформное болевое расстройство) в плане снижения интенсивности болевых ощущений и количества жалоб.

Как указывалось ранее, основной формой психотерапии является индивидуальная психотерапия. Все более широкое распространение получают групповая и семейная формы психотерапии.

Групповая психотерапия продемонстрировала высокую эффективность в лечении широкого круга расстройств. В групповой работе с больными шизофренией надежным и эффективным ока-

зался метод тренинга социальных навыков. Групповая работа, в том числе тренинг социальных навыков, показаны для детей, подростков и взрослых с трудностями социальной адаптации. В исследованиях с применением процедуры метаанализа показана общая эффективность разных вариантов семейной психотерапии при лечении большинства психических расстройств. Помимо критериев редукции симптоматики и улучшения социальной адаптации больного, в случае семейной психотерапии в качестве показателей эффективности выступают положительные изменения в общем семейном функционировании. Когнитивно-бихевиоральная психообразовательная семейная психотерапия в сочетании с антипсихотической медикаментозной терапией показала хорошую эффективность в комплексном лечении больных шизофренией. Системная психотерапия при шизофрении приводит к снижению частоты госпитализаций. Для женщин с депрессивными расстройствами и хроническими супружескими конфликтами особенно эффективной оказалась бихевиорально-ориентированная супружеская терапия. Присоединение супружеской терапии приводит к общему повышению эффективности лечения тревожных расстройств.

При лечении самых разных нарушений у детей и подростков доказана эффективность привлечения семьи (гиперкинетический синдром, тревожные расстройства, депрессивные расстройства, нарушения пищевого поведения 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