

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
к приказу Министерства здравоохранения
Челябинской области
От « 17 » января 2006 г. № 2

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Клинико-организационное руководство

| Разработчики | |
|---------------|---|
| Баранова Г.Н. | - консультант отдела организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Челябинской области, канд. мед. наук |
| Беребин М.А. | - главный внештатный специалист по медицинской психологии и психотерапии Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий кафедрой клинической психологии Южно-Уральского государственного университета, канд. мед. наук, доцент |

Настоящее клинико-организационное руководство предназначено для врачей-организаторов здравоохранения, руководителей и работников амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого населения их структурных подразделений, оказывающих психотерапевтическую и медико-психологическую помощь больным с невротическими, постстрессовыми и соматоформными расстройствами и другими формами нарушений психического и психосоматического здоровья пограничного уровня. Руководство содержит нормативно-организационные основания развития психотерапевтической и медико-психологической помощи в общесоматических учреждениях здравоохранения на основе современных норм и стандартов, а также методические рекомендации по организации такой работы.

Клинико-организационное руководство разработано консультантом отдела организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Челябинской области Г. Н. Барановой и главным внештатным специалистом по медицинской психологии и психотерапии Минздрава Челябинской области М. А. Беребиным.

При подготовке данного документа были использованы организационно-содержательные подходы и принципы, изложенные в методических рекомендациях: «Психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь», разработанные в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ и Санкт-Петербургском НИ Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, «Задачи психотерапевтов, терапевтов и неврологов по психотерапевтическому лечению на этапах первичной медико-санитарной помощи в территориальной поликлинике для взрослого населения», утвержденных Комитетом здравоохранения Правительства г. Москвы 17.01.2000 г. В пособии также отражен опыт работы Центра медико-психологической и психотерапевтической помощи городской клинической больницы №2 (студенческой) г. Челябинска (гл. врач д.м.н. И.П. Круглякова).

ВВЕДЕНИЕ

Состояние психического здоровья населения и принципы организации психотерапевтической и медико-психологической помощи в условиях лечебно-профилактического учреждения для взрослого населения

Международное профессиональное сообщество, Всемирная организация здравоохранения указывают, что психическое здоровье является не только частью, но в определенной степени и базисным элементом общего здоровья человека. В связи с этим вопросы развертывания психопрофилактической работы, специализированной психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи на современном этапе организации здравоохранения приобретают особое значение.

Комплексные исследования, проведенные в России и за рубежом, показали, что психические расстройства влекут за собой огромные исчисляемые и неисчисляемые потери на уровне общества, семьи и индивида, другие отрицательные для государства и общества последствия (инвалидность и нетрудоспособность, преступность, непригодность к военной службе и др.). По данным доклада ВОЗ «Психическое здоровье: Новое понимание. Новая надежда», обнародованном в 2001 году, общая доля психических расстройств среди всех расстройств здоровья, выступающих в качестве причин инвалидности, во всем мире составляет около 12%. Коллегия Минздрава Российской Федерации (декабрь 2001 г.) констатирует, что в 2000 г. 5,2% населения обращались за специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью (в 1996 г. – 4,6%). При этом общий ежегодный прирост контингента лиц с психическими расстройствами составляет 2,5%. За последние годы в два раза увеличилось число общественно опасных действий со стороны лиц с психическими расстройствами. Почти половина военнослужащих (42,6%), проходящих воинскую службу по призыву и признанных негодными к ней по состоянию здоровья, были уволены по причине психических расстройств.

Существенно ухудшается качество психического здоровья подрастающего поколения. За последние пять лет распространенность психической патологии среди детей до 14 лет увеличилась на 16,7%, среди подростков – на 2,5%. При этом общий уровень заболеваемости детей старшего подросткового возраста на 21% выше, чем среди детского населения в целом. Кроме того, в разных регионах страны частота пограничных психических расстройств среди обучающихся в образовательных учреждениях различного типа колеблется от 22,5% до 71% численности детско-подростковой популяции. Рост психической патологии среди детского населения свидетельствует также и о нарушении функционирования семьи как среды, которая должна обеспечивать гармоничное психическое и социальное развитие ребенка. Такие негативные тенденции приводят к количественному «накоплению» лиц с нарушениями психического здоровья в группах

населения более старшего возраста и ухудшение показателей уровня и структуры непсихотической и пограничной психической патологии.

Уровень распространенности и динамика психической патологии среди жителей Челябинской области в целом соответствует общефедеральным тенденциям. По уточненным статистическим данным (рассчитанным без учета численности жителей ЗАТО) показатели заболеваемости населения Челябинской области психическими расстройствами (включая и впервые в жизни установленное заболевание) значительно выше, чем аналогичные показатели в целом по Российской Федерации Уральскому федеральному округу, Свердловской области и в основном выше, чем в Тюменской областях.

В 2004 г. в лечебные учреждения обратились по поводу впервые выявленных психических заболеваний и заболеваний, требующих диспансерного наблюдения 124059 человек или 3,7% населения области. За период 2001-2004 гг. в Челябинской области отмечается стабильная тенденция роста числа психических заболеваний – на 6,5% к уровню 2001 г. и составляет 3506,1 случая на 100 тысяч населения области в 2004 г.. При этом на 11,6% выросла заболеваемость органическими психическими расстройствами и на 6,4% к уровню 2001 г. – заболеваемость умственной отсталостью. Среди населения области отмечается некоторая тенденция к росту заболеваемости невротическим, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами: с 441,7 случая на 100 тыс. населения в 2001 г. до 454,1 в 2004 г. (при скачкообразном подъеме заболеваемости в 2002 г. – 543,6 случая и снижении этого показателя в 2003 г. до 415,7).

В 2004 г. в структуре заболеваемости психическими расстройствами первое место занимали психические нарушения органической природы (37,9%). В основном это были нарушения непсихотического характера (27,3%). Второе место в структуре заболеваемости по области занимают случаи умственной отсталости (20,6%), третье – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (12,9% структуры заболеваемости).

Поэтому, учитывая высокий уровень распространенности психической патологии и ее характер, все четче формируется мнение о том, что служба охраны психического здоровья («служба ментального здоровья» [Макаров В.В., 1995]) должна быть включена в число приоритетных направлений здравоохранения, наряду с кардиологией, онкологией, травматологией и др. [Ястребов В.С., 2001]. Характерно, что основные показатели деятельности психиатрической и наркологической службы Челябинской области в целом лучше, чем аналогичные данные по стране, округу и соседним областям.

Основные направления развития службы охраны психического здоровья

Современная психиатрия уже давно вышла за пределы т.н. «матричной модели», включающей стационарную и внебольничную – диспансерную помощь с различными промежуточными и реабилитационными звеньями [Гурович И.Я., 2001]. Более того, наблюдаемая с 80-х годов XX века тенденция развития внедиспансерной психиатрической помощи (т.н.

«поликлиническая психиатрия», «промышленная или производственная психиатрия») связана с организацией специализированных кабинетов при поликлиниках или на промышленных предприятиях. Кроме того, отмечается рост числа структурных подразделений, имеющих наиболее тесную связь с психиатрией (психотерапевтическая помощь, служба патологии речи и нейрореабилитации, сексологическая служба и др.). В ряду специализированных служб охраны психического здоровья особое место занимает система психотерапевтической помощи. В соответствии с новой редакцией ст. 40 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Поэтому в развитие организационно-штатного и нормативно-методического обеспечения этого направления специализированной помощи населению Министерство здравоохранения РФ в 1994-2005 гг. издало более 15 нормативных актов – решений Коллегии, приказов, инструкций и т.п. Положения об отдельных аспектах организации психотерапевтической помощи пациентам с непсихическими расстройствами отражены в более чем 10 ведомственных приказах.

Оказание специализированной помощи в условиях учреждений общемедицинского профиля, крупных промышленных учреждений, учебных заведений и др., в отличие от принципа территориального районирования, ориентировано на конкретные группы населения, профилактику и лечение определенных форм патологии или проведение соответствующей работы среди контингентов с наиболее высоким риском психических и поведенческих расстройств. Развитие «поликлинической психотерапии» сопровождается значительным, быстрым ростом числа психотерапевтических кабинетов в поликлиническом звене. В решении Коллегии МЗ РФ от 11.12.2001 г. указано, что открытие таких подразделений вызвано наличием проблем психиатрического плана у 30–60% пациентов, обращающихся к различным специалистам поликлиник. Кроме того, 48,1% в структуре заболеваемости психическими расстройствами занимают заболевания непсихотического уровня, а число пациентов с выявленными такими заболеваниями в 1999-2000 гг. увеличилось практически в 3 раза. Однако эти пациенты нуждаются скорее в психотерапевтической, а не собственно в психиатрической помощи.

Кроме того, в общемедицинской практике отмечается факт коморбидности (ассоциированности) соматической, неврологической патологии и психических расстройств. Эпидемиологическое исследование, проведенное на материале более 15000 случаев наблюдения [Дробижев М.Ю., 2000] показало, что те или иные проявления психических расстройств наблюдаются у 57% стационарных и у 80% амбулаторных пациентов. При этом регистрировалась симптоматика зависимости (у 9% стационарных и 4% амбулаторных больных), органические расстройства (у 3% и 1% соответственно), деменция экзогенно-органического и сосудистого генеза (по

20%), нарушения адаптации (у 27% и 22%), невротические и соматоформные расстройства (у 3% и 30%), аффективные расстройства (у 3% и 16%) и нарушения шизоаффективного спектра (у 4% и 10% обследованных). Выявленные психические нарушения требуют назначения транквилизаторов у 49% стационарных и 24% амбулаторных пациентов, антидепрессантов (у 24% и 20% соответственно), нейрорептиков (в 9% и 6% случаев) и ноотропов (у 11% и 21% больных).

Представленные выше данные приводят к выводу о необходимости организации специализированной службы по оказанию комплексной психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи взрослому населению в учреждении здравоохранения общесоматического профиля. Такая программа развития специализированных служб соответствует общей стратегии реформирования отечественного здравоохранения, отраженных в решениях Коллегии Минздрава РФ и ведомственных приказах, прежде всего в реализации Концепции охраны здоровья здоровых и дальнейшего развития профилактики заболеваний.

В современном здравоохранении и службе охраны психического здоровья, в частности, отмечается отход от госпиталоцентризма, деинституциализация и стремление к модели службы с опорой на сообщество. Современная психотерапия представляет собой деятельность в постоянно изменяющихся условиях, направленно на адаптацию людей к этим условиям, создание более благоприятных условий и повышение качества их жизни. При этом современная российская психотерапия интегрировала в себе многие направления, методы, методики, технологии и техники психологического воздействия на человека и группу, что позволяет ее характеризовать как мультимодальную (Макаров В.В., 2004), или интегрированную психотерапию (Карвасарский Б.Д., 2003). Это направление в последние годы интенсивно развивается наряду с психоаналитическим, поведенческим и гуманистическим направлениями в мировой психотерапии. Развитие мультимодальной отечественной клинической психотерапии проявилось, в частности, признанием ее значительной роли в развитии Европейской ассоциации психотерапии.

Одним из принципов мультимодальной психотерапии является органичное использование различных (иногда даже конкурирующих между собой) теоретических представлений и технологий разных модальностей психотерапии. Концептуальными основаниями этого направления являются, во-первых, отсутствие методологического диктата единой (единственной) или какой-либо признанной теории личности и, во-вторых, понимание того, что развитие новых школ психотерапии в современных условиях чаще всего происходит на основе интеграции и адаптации достижений известных школ и направлений психотерапии.

Полиmodalность и интегрированный характер психотерапевтического воздействия проявляется прежде всего в системе государственных учреждений здравоохранения, оказывающих этот вид специализированной помощи. Пожалуй, одним из наиболее характерных проявлений

интегрированности отечественной психотерапии является все более широкое использование в практике здравоохранения медицинской (клинической, врачебной) и психологической (неврачебной, гуманитарной, философской по своей природе) моделей психотерапии. На практике это проявляется нормативным закреплением привлечения медицинских психологов к участию в проведении психотерапии, психокоррекции, реабилитации и психопрофилактике, другим мероприятиям по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса.

В связи с этим одним из приоритетных направлений этой системы является переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной (полипрофессиональной, бригадной) модели оказания специализированной помощи лицам с нарушениями психического здоровья. В последние годы в системе здравоохранения Российской Федерации активно разрабатывается нормативное обеспечение таких новых форм работы. При этом акценты смещаются от психофармакотерапии к психотерапевтическим методам, основанным на психологических механизмах воздействия на организм и личность пациента, от учета посещений, наполненных исключительно индивидуальными формами работы с пациентом к разработке индивидуальных лечебно-профилактических программ, включающих в себя, в том числе и различные формы групповой психотерапевтической работы. В 2005 г. Московским НИИ психиатрии МЗ РФ и Санкт-Петербургским научно-исследовательским Психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева по поручению Минздравсоцразвития РФ подготовлены методические рекомендации «Психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь» (авторы-составители Холмогорова А.Б. и др., Назыров Р.К. и др.)

Вместе с тем практические аспекты внедрения модели оказания полипрофессиональной психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи в учреждениях здравоохранения общесоматического профиля на данный момент разработаны явно недостаточно.

Улучшение качества оказания специализированной помощи на современном этапе прямо связано с использованием моделей диагностики и лечения как примера внедрения рекомендованных стандартов оказания помощи. Одним из серьезных препятствий на пути внедрения бригадных форм оказания психотерапевтической помощи являются проблемы практической реализации стандартов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств, введенных приказом МЗ РФ от 06.08.1999 г. №311. Внедрение стандартов позволяет сочетать оценку эффективности деятельности службы охраны психического здоровья в целом (по статистическим данным и другим показателям) с контролируемым качеством оказания помощи на индивидуальном уровне [Гурович И.Я., 2001]. С другой стороны, установленные Минздравом РФ стандарты оказания этого вида специализированной помощи фиксируют не только необходимый объем обследования и терапии, систему оценки экономических характеристик

медицинских услуг, но и критерии оценки лечебно-диагностических возможностей медицинских учреждений и доступности медицинской помощи. Отечественными стандартами, моделями диагностики и лечения для психотерапевтической помощи установлены относительно небольшие (по сравнению с принятыми в мировой практике) сроки проведения психотерапии. На практике сложилось так, что психотерапевтическая помощь оказывается, как правило, на протяжении 7–10 сеансов (сессий) 1–3 раза в неделю с последующим наблюдением и поддерживающей терапией на протяжении от 3–4 месяцев до 1 года (в зависимости от конкретной формы расстройства). Это позволяет охарактеризовать сложившуюся отечественную полимодальную психотерапию как краткосрочную.

При этом амбулаторная психотерапия (как правило, немедикаментозного характера) в целом экономически более выгодна для пациента. Однако затраты лечебного учреждения включают в себя расходы по оплате труда квалифицированного и «дорогостоящего» медицинского персонала, большую трудоемкость и сложность психотерапевтической помощи, амортизацию оборудования и оснащения кабинетов психотерапии (часто имеющих дорогостоящий дизайн «психотерапевтической среды»).

Однако такой подход в организации специализированной медико-психологической помощи является позитивным с макроэкономической точки зрения, так как:

- эти затратные, но доказательно-эффективные методы работы заменяют еще более дорогостоящие стационарные, медикаментозные и инструментальные формы помощи;
- эта поддерживающая амбулаторная психотерапия и долгосрочное диспансерное наблюдение позволяет предупредить прямые и косвенные потери, связанные с последствиями психических и психосоматических заболеваний (временная и стойкая нетрудоспособность пациентов, вторичная и индуцированная невротизация их микросоциального окружения, косвенный ущерб вследствие непригодности к профессиональной деятельности, к военной службе и др.);
- представляет собой пример мероприятий медико-психологической и психосоциальной профилактики и реабилитации пациентов как в концептуальном, так и в практическом аспекте.

Таким образом, основными современными тенденциями развития системы здравоохранения по профилактике и лечению пограничных психических расстройств и психосоматических заболеваний, а также по реабилитации пациентов с такими нарушениями являются:

- приоритетная организация в учреждениях общемедицинского профиля структурных подразделений, оказывающих специализированную психиатрическую, психотерапевтическую и медико-психологическую помощь, ориентированную на отдельные демографические группы с высоким риском нарушений психического здоровья, профилактику и лечение определенных форм психической патологии;

- формирование отечественной системы полимодальной краткосрочной психотерапии, опирающейся на медицинскую (клиническую, врачебную) и психологическую (неврачебную, философскую) модели психотерапии;
- переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной (полипрофессиональной) модели оказания специализированной помощи лицам с нарушениями психического здоровья;
- реализации стандартов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в практической деятельности структур психолого-психотерапевтического профиля.

НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Определение метода

Психотерапевтическая помощь взрослому населению, оказываемая в лечебно-профилактических учреждениях общесоматического профиля, представляет собой полипрофессиональную (бригадную) форму реализации отечественной полимодальной (интегрированной) краткосрочной психотерапии, опирающейся на ее медицинскую и психологическую составляющие, а так же биопсихосоциальные модели формирования и лечения психической патологии.

Формула метода

Система психотерапевтических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях общесоматического профиля, оказывающих первичную и специализированную медицинскую помощь взрослому населению, основывается на:

1) системе организационно-методических мероприятий, обеспечивающих реализацию предусмотренных законодательством мер по охране психического здоровья и положений ведомственных приказов по организации и развитию специализированной психотерапевтической и медико-психологической помощи;

2) современных представлениях о биопсихосоциальных факторах в этиологии, патогенезе и лечении психических, поведенческих расстройств и психосоматической патологии;

3) адекватном применении структурных компонентов системы психотерапевтической помощи (*психотерапевтических кабинетов, отделений, центров, их штатного, материально-технического оснащения и оборудования*) и ее содержания (*подходов [направлений], форм, методов, вариантов, приемов и техник оказания медицинских услуг*) для выполнения стандартов диагностики и лечения психических расстройств;

4) этических нормах, стандартах профессионального образования и стандартах оказания медицинской помощи.

Применение психотерапии в деятельности ЛПУ общесоматического профиля предполагает проведение штатными специалистами ЛПУ консультативно-диагностической работы и оказание лечебной помощи пациентам с психическими, поведенческими, психосоматическими и соматическим расстройствами посредством психотерапевтических сеансов симптомо-, лично- и социоцентрированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения в индивидуальной, семейной и групповой формах в краткосрочном и долговременном форматах. Психотерапевтическая помощь интегрируется в общую систему оказания специализированной медицинской помощи и осуществляется в строгом соответствии с действующими ведомственными нормативными актами.

Психотерапевтические мероприятия в ЛПУ общесоматического профиля на современном этапе развития здравоохранения представляют собой профессиональную деятельность по оказанию сложных комплексных медицинских услуг специалистами (врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, а также медицинскими психологами, социальными работниками), работающими, как правило, в составе полипрофессиональной бригады. Основным содержанием деятельности специалистов полипрофессиональной бригады является разработка для каждого пациента комплексной индивидуальной программы помощи посредством проведения:

- а) многомерной диагностики с определением многоосевого клинического и функционального диагноза;
- б) системы терапевтических и реабилитационно-профилактических мероприятий в виде психотерапии в сочетании с медикаментозным лечением и различными мероприятиями психо-социального характера.

Условия внедрения метода в учреждениях здравоохранения общесоматического профиля

К лечебно-профилактическим учреждениям общесоматического профиля, оказывающим первичную и специализированную медицинскую помощь взрослому населению, относятся стационары (дневные стационары) и амбулаторно-поликлинические подразделения областной, краевой, республиканской, окружной городской больницы, городские поликлиники, амбулаторно-поликлинические отделения городской, центральной городской, центральной районной больницы

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 16.09.2003 г. №438 стационарная лечебно-диагностическая помощь оказывается в психотерапевтических отделениях, организуемых в лечебно-профилактических учреждениях областных административных центров и в городах с населением не менее 250 тыс. Амбулаторная помощь оказывается в психотерапевтических кабинетах, работающих в составе специализированного психотерапевтического центра, либо в составе многопрофильной больницы, поликлинического отделения областной, городской, районной больницы или психоневрологического диспансера. Задачами этих подразделений являются консультативно-диагностическая

работа, отбор пациентов для последующего стационарного или амбулаторного лечения лиц с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии. Штаты персонала психотерапевтического отделения устанавливаются из расчета по одной должности врача-психотерапевта, медицинского психолога и социального работника на каждые 15 коек, а в психотерапевтическом кабинете – 1 должность специалиста на 25 тыс. обслуживаемого взрослого и на 12 тыс. детского населения. Психотерапевтические кабинеты при стационарах многопрофильной больницы организуются из расчета 1 кабинет на 200 коек (со штатами по одной должности врача-психотерапевта, медицинского психолога и социального работника), а в кабинетах при психоневрологических диспансерах – 1 должность на 8 должностей врачей – специалистов, ведущих амбулаторный прием.

Регламентация и распределение компетенций среди специалистов психотерапевтического кабинета или отделения (врача-психотерапевта, медицинского психолога и специалиста по социальной работе) имеет соответствующее ведомственное нормативное обеспечение. В Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении, утвержденной Минздравсоцразвития РФ 12.07.2004 г. представлен перечень простых медицинских услуг а также состав сложных и комплексных услуг, определен объем обязательных и дополнительных услуг для каждого случая оказания психотерапевтической помощи.

Психотерапевтическое воздействие отнесено к типу услуг «Исследования и воздействия на сознание, поведение и психическую сферу», и в его состав включается патопсихологическое обследование, трудотерапия, психологическая адаптация, терапия средой, психотерапия, гипнотерапия, психоанализ, наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами. Кроме того, в психотерапии применяются и услуги других типов: аутогенная тренировка, электросон, назначение лекарственной, диетической терапии и(или) лечебно-оздоровительного режима при патологии психической сферы. Распределение компетенций участников психотерапевтического процесса может осуществляться в соответствии с Положениями об организации деятельности врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника и деятельности психотерапевтического кабинета (отделения), утвержденными приказом Минздрава от 16.09.2003 г. №438 «О психотерапевтической помощи».

Организация работы многопрофильной бригады для оказания психотерапевтической помощи предполагает, что для каждого пациента необходимо разработать индивидуальную программу совместного его ведения специалистами. В этой программе конкретизируется объем и план обследования, определяется необходимое психотерапевтическое вмешательство (психодиагностические, психотерапевтические психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия), в том числе с привлечением других методов терапии и

консультантов. Распределение компетенций специалистов при оказании психотерапевтической помощи, исходя из содержания упомянутых выше Положений, представлено в таблице №1.

Таблица №1

Распределение компетенций специалистов психотерапевтического кабинета (отделения) при оказании ими психотерапевтической помощи

| Наименование услуг | Основной специалист, оказывающий услугу | Привлекаемый к оказанию услуги специалист, консультант |
|--|---|--|
| Патопсихологическое обследование | Медицинский психолог | |
| Психотерапия | Врач-психотерапевт | Медицинский психолог |
| Гипнотерапия | Врач-психотерапевт | |
| Психоанализ | Врач-психотерапевт | Медицинский психолог |
| Психологическая адаптация | Медицинский психолог | Врач-психотерапевт |
| Терапия средой | Социальный работник | Медицинский психолог |
| Трудотерапия | Социальный работник | |
| Аутогенная тренировка | Врач-психотерапевт | Медицинский психолог |
| Назначение лекарственной терапии при патологии психической сферы | Врач-психотерапевт | |
| Назначение диетической терапии при патологии психической сферы | Врач-психотерапевт | |
| Назначение лечебно-оздоровительного режима при патологии психической сферы | Врач-психотерапевт | Медицинский психолог |

Организация и содержание работы специалистов психотерапевтического кабинета в составе полипрофессиональной бригады содержание ее повседневной деятельности определяется в соответствии с «Методическими рекомендациями о работе врача-психотерапевта и медицинского психолога в многопрофильной бригаде специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» (Приложение 3 к приказу МЗ РФ №391 от 26.11.1996 г.). Основные аспекты организации деятельности специалистов в такой бригаде отражены в таблице №2.

Организационная модель оказания специализированной психотерапевтической и медико-психологической помощи в режиме полипрофессиональной бригады

| Содержание работы | Начальный (терапевтический) | Развернутый основной (лечебно-реабилитационный) | Заключительный (реабилитационно-профилактический) |
|-----------------------------|---|--|--|
| Клиническая характеристика | Острая клинически выраженная психопатологическая и (или) психосоматическая симптоматика | Редукция психопатологической и (или) психосоматической симптоматики. Проявления социально-психологической и психической дезадаптации | Редукция проявлений социально-психологической и психической дезадаптации |
| Основное содержание работы | Психофармакотерапия и обследование | Индивидуальная и групповая психотерапия | Психотерапия, психокоррекция, социально-психологическая адаптация, реабилитация и профилактика |
| Ведущий специалист | Врач-психотерапевт | Врач-психотерапевт и медицинский психолог | Врач-психотерапевт или медицинский психолог |
| Основной специалист-партнер | Медицинский психолог | Медицинский психолог | Медицинский психолог или специалист социальной сферы |

Возложение функций руководителя полипрофессиональной бригады на врача-психотерапевта (а не врача-психиатра, как это предусмотрено вышеназванными «Методическими рекомендациями...») в целом не противоречит другим нормативным требованиям, так как квалификационными требованиями к врачу-психотерапевту установлена обязательная специализация его в области психиатрии. При работе в многопрофильной группы специалистов врачи-специалисты, медицинские психологи и другой персонал рассматривают клинико-терапевтические явления у каждого пациента под различным углом зрения с позиции своих специальностей, взаимно дополняя действия друг друга. Взаимосогласованное мнение и предполагаемая программа диагностических, терапевтических и реабилитационно-профилактических мероприятий могут быть отражены в индивидуальной лечебно-реабилитационной программе (ЛРП). Основные положения предлагаемой ЛРП соответствуют положениям Клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», утвержденного приказом МЗ РФ от 06.08.1999 г. №311.

Клинико-психолого-социальный статус пациента описывается в ЛРП в форме современного многоосевого (многомерного) диагноза. Комплексная оценка состояния больного при многоосевой диагностике включает в себя клинико-функциональный диагноз в нозологической или синдромологической форме, вынесенный на основе существующих

классификаций и критериев МКБ-10, с указанием ведущего синдрома. В случае необходимости в разделах «Диагностическая ось 1» и «Диагностическая ось 2» указывается и основной, и сопутствующий диагнозы (в том числе и нозологические данные по расстройствам, не входящим в раздел V[F] МКБ-10, а также коды раздела XXI [Z] МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращаемость в учреждения здравоохранения»).

Отдельно описывается актуальное психологическое состояние в момент первичного обращения, а также его динамика, в т.ч. и во взаимосвязи с приводимой терапией, отражается характер ремиссии или компенсации («Диагностическая ось 3»). В статусе пациента отражаются индивидуальные психологические особенности его личности (наличие и степень выраженности акцентуации характера, других патохарактерологических особенностей, а также клинически значимые характеристики эмоциональной, мотивационно-поведенческой и познавательной сфер личности и др.). Особое значение для проведения лечебного процесса и его эффективности приобретают особенности внутренней картины болезни, наличие и характер мотивации к участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях. В системе социально- и клиничко-психологических реабилитационных и профилактических мероприятий учитываются также профессионально-трудовой (образовательный) статус пациента, оценка степени его трудоспособности, характеристики социально-бытовых условий, в том числе степень адаптации, оценка актуальной ситуации в микро- и макросоциальной сфере («Диагностическая ось 4»). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует рассматривать оценку качества жизни (QOL) как центральный элемент новой идеологии современной медицины и как критерий эффективности медицинской помощи. Исходя из этого, в карте ЛПР диагностическая ось 5 представлена оценкой качества жизни и характеристикой жизненных перспектив пациента (показателями по опроснику ОКЖ – 100, рекомендованному ВОЗ для определения характеристик качества жизни пациентов с психическими и поведенческими расстройствами).

Кроме того, в соответствии с выявленным клиническим диагнозом по МКБ-10 должен определяться планируемый срок лечения и наблюдения пациента, включая весь необходимый комплекс клинического и психологического обследования, программу медицинских и социальных реабилитационных мероприятий.

Отдельного рассмотрения требует вопрос о возможности и необходимости введения должности врача-психиатра в штат общесоматических лечебных учреждений. Статистические данные, материалы научных исследований и анализ опыта работы психотерапевтических структур свидетельствует о том, что в популяции наблюдается достаточно высокий уровень распространенности психических декомпенсаций донозологического уровня (например, начальные проявления личностных расстройств, F60-), а также компенсированные состояния после

перенесенных «классических» психических расстройств с вторичным изменением личности без резидуальной симптоматики (F62-). В последние годы увеличивается число лиц с расстройствами привычек и влечений (F63-), расстройствами сна, половыми дисфункциями и другими поведенческими синдромами (F50 – F59). Такие пациенты часто не попадают под диспансеризацию в психиатрических учреждениях, но, тем не менее, нуждаются в наблюдении психиатра или психотерапевта в течение нескольких лет. В этом случае работа психиатра в многопрофильной бригаде может рассматриваться как одна из форм реализации объявленной Минздравом РФ реорганизации психиатрической системы посредством децентрализации внебольничной помощи и максимального ее приближения к населению (приказ МЗ РФ от 27.03.2002 г. №98).

Показания и противопоказания к применению метода

Общие показания и противопоказания к психотерапии в клинике психических расстройств (включая бригадную работу по оказанию психотерапевтической помощи) подробно представлены в вышеназванных методических рекомендациях «Психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь». В данном руководстве рассматриваются вопросы организации и содержания психотерапии при невротических, постстрессовых, соматоформных расстройствах и в клинике соматических заболеваний (прежде всего в клинике психосоматических болезней).

Существующие ведомственные нормативы, утверждающие модели диагностики и лечения психических расстройств, а также стандарты оказания медицинской помощи предусматривают, что психотерапия больных этими нарушениями должна проводиться вместе с биологической терапией, начиная уже с ранних этапов течения заболевания. На этапе стационарного лечения больных с пограничными состояниями (в терминологии Ю. А. Александровского), психосоматической патологией и соматическими заболеваниями психотерапия во всех ее формах и видах (когнитивно-бихевиоральная, краткосрочная, динамическая; экзистенциальная, психотерапия в индивидуальной и групповой формах) органично включается в общую систему лечебных мероприятий. При этом психофармакотерапия, проводимая зачастую в виде коротких курсов или симптоматической терапии, рассматривается как необходимое условие или предпосылка психотерапии. Конкретное содержание психотерапевтических мероприятий определяется в зависимости от выраженности и длительности расстройства, а также выраженности вызванной им дезадаптации, результатов предшествующего лечения, индивидуальных особенностей больных и имеющихся возможностей подготовки к условиям жизни в обществе, к трудовой деятельности во внебольничных условиях.

В приказе Минздрава РФ от 31.12.2002 г. №420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений» указано, что амбулаторная психотерапия осуществляется в виде консультативно-лечебной помощи и диспансерного

наблюдения. Согласно «Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении», утвержденной Минздравсоцразвития РФ 12.07.2004 г., психотерапевтическая помощь представляет собой комплекс лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных медицинских услуг и оказывается в ходе первичного, повторного, диспансерного или профилактического приема (осмотра, консультации) врача-психотерапевта. Соотнесенность видов психотерапевтической помощи, с одной стороны, и видов и состава оказываемых услуг, с другой – представлена в приложении 1.

Первичный и повторный прием являются формой оказания сложных комплексных лечебно-диагностических услуг. Эти услуги оказываются в основном лицам, обратившимся за психотерапевтической помощью лечебно-консультативного характера. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 31.12.2002 г. №420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений», лечебно-консультативная помощь психотерапевтического характера может оказываться пациентам:

- с изменениями личности вследствие сосудистых и органических заболеваний ЦНС без выраженных психических дефектов, психотических, психопатоподобных и иных нарушений, препятствующих социально-трудовой адаптации;
- перенесшим острый психоз, психотический приступ либо непсихотическое расстройство с последующим выздоровлением, полноценной ремиссией или полной компенсацией клинических проявлений;
- с установленными невротическими расстройствами, психогенными нарушениями физиологических функций, острыми реакциями на стресс или дизадаптивными реакциями;
- с расстройствами личности (при компенсации клинических проявлений и отсутствии выраженной социально-трудовой дезадаптации);
- с половыми расстройствами;
- с эпилепсией (при отсутствии психотических расстройств и выраженных изменений личности);
- с гиперкинетическим синдромом, легкой умственной отсталостью, нерезко выраженным специфическими нарушениями психического развития в детском возрасте, (не препятствующим успешному обучению и социальной адаптации)

Медицинские услуги по профилактике в психотерапии оказываются в ходе диспансерного или профилактического приема (осмотра, консультации) врача психотерапевта.

Диспансерное наблюдение, в соответствии со статьей 27 Закона РФ от 02.07.92 №3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», может устанавливаться за лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими либо часто обостряющимися болезненными проявлениями. На

практике сложилось так, что под диспансерным наблюдением находятся не только хронические больные, но и пациенты с социально опасными тенденциями, лица, получающие амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, в том числе и наркологические больные, проходящие обязательное лечение по постановлению суда. В тоже время среди взрослого населения, обращающегося за психотерапевтической помощью в лечебно-профилактические учреждения общесоматического профиля, такая категория пациентов практически не встречается. Поэтому численность больных всех групп диспансерного наблюдения врача-психотерапевта, как правило, невелика.

В ведомственных нормативных документах работа врача-психотерапевта по профилактике описана в общих чертах: «психогигиеническая и психопрофилактическая помощь населению, а также участие в программах охраны психического здоровья, повышение знаний ... медицинского и иного персонала о психосоциальных факторах в происхождении, течении и лечении психических расстройств». В Номенклатуре услуг и работ в здравоохранении указано, что психотерапия и психологическая адаптация пациентов осуществляется в составе медицинских услуг по профилактике и проводится в виде различного рода школ, организуемых прежде всего для больных с заболеваниями психосоматического характера (сахарным диабетом, артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью, бронхиальной астмой, заболеваниями суставов), а также для пациентов, получающих гемодиализ и женщин, посещающих школы для беременных.

Кроме того, среди взрослого населения, обращающегося в лечебные учреждения непсихиатрического профиля, возрастает число лиц, не страдающих психическим или соматическими расстройствами, но испытывающих потребность в медицинской помощи в связи имеющимися у них факторами, влияющими на состояние здоровья. По медико-статистическим критериям такие посещения кодируются в соответствии с пунктами рубрики Z МКБ-10. Среди причин таких посещений – необходимость наблюдения при подозрении на психическое заболевание и нарушение поведения (Z03.2), последующее обследование после психотерапии (Z09.3) и период выздоровления после психотерапии (Z54.3), специальные скрининговые обследования с целью выявления психических расстройств и нарушений поведения (Z13.3). Кроме того, непосредственными причинами обращения в учреждения здравоохранения является наличие потенциальной опасности для здоровья, связанной с социально-экономическими и психосоциальными факторами, например, проблемы, связанные с обучением и грамотностью (Z55.) в виде низкой способности к обучению, провала на экзаменах, отставания или плохой адаптации к учебе, конфликты с учителями и соучениками (Z55.1–4). У взрослых такими причинами прежде всего являются негативные обстоятельства, связанные с работой и безработицей (Z56.), например, перемена или угроза потери работы, напряженное рабочее расписание, конфликт с начальником и сослуживцами, неподходящая работа (Z56.1–5); проблемы, связанные с

обстоятельствами жилищного и экономического характера, включая наличие низкого дохода (Z59.6), недостаточную социальную защиту и материальную поддержку (Z59.7). Среди причин обращения за медицинской помощью выделяются ситуации, вызванные неадекватным социальным окружением, например, необходимостью адаптации к изменению образа жизни (Z60.0), нетипичные детско-родительские отношения (Z60.1) либо неблагоприятные события, пережитые в детстве (Z61.), а также проблемные взаимоотношения супругов (Z63.).

В последние годы увеличивается число лиц, обращающихся за психотерапией по поводу проблем, связанных с образом жизни (Z72.) или ее нормальной организацией (Z73.). Поводами для консультации психотерапевта являются, например, увлечением азартными играми и пари (Z72.6), злоупотребление табака (Z72.0), алкоголя (Z72.1), наркотиков (Z72.2), которое не носит характера клинически выраженной зависимости. Нормальной организации жизни пациентов могут препятствовать переутомление (Z73.0), наличие акцентуированных личностных черт (Z73.1), недостаток отдыха и расслабления (Z73.2), непатологические варианты стрессовых состояний (Z73.3), неадекватные социальные навыки (Z73.4) или конфликты, связанные с социальным статусом пациента (Z73.5), переживание им ограничения деятельности из-за наступления временной или стойкой утраты трудоспособности (Z73.6).

Другие основания для обращения за психотерапевтической помощью связаны с оказанием консультативных и реабилитационных услуг.

В частности, консультативная помощь может оказываться по поводу сексуальных отношений, поведения и ориентации (Z70.), по вопросам питания (Z71.3), по поводу алкоголизма (Z71.4), наркомании (Z71.5), табакокурения (Z71.6) и просто обращение за консультацией по поручению другого лица (Z71.0) либо за разъяснениями результатов исследования (Z71.2). Консультативная помощь оказывается лицам с наличием в семейном или личном анамнезе психических девиаций (Z81., Z91.), например, умственной отсталости, алкоголизма, злоупотребления психоактивными веществами и табакокурения у родственников (Z81.0–3) или нарушение ритма сна–бодрствования, психологической травмы и самоповреждения в личном анамнезе (Z91.3–5)

Психотерапевтическая помощь с использованием реабилитационных процедур (Z50.) может оказываться при заболеваниях сердца (Z52.0), при алкоголизме (Z50.2), при наркомании (Z50.3), речевая терапия (Z50.5), трудовая терапия и профессиональная реабилитация (Z50.7), другие реабилитационные процедуры (Z50.8), а также психотерапевтическая помощь, не классифицированная в других рубриках МКБ-10 (Z50.4). Специализированная медицинская помощь реабилитационно-профилактического характера может оказываться и в период выздоровления (Z54.), в том числе и в период выздоровления после психотерапии (Z54.3). В Номенклатуре услуг и работ в здравоохранении указывается, что реабилитационные мероприятия проводятся больным, перенесшим острый

инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, после перелома позвоночника и сложных оперативных вмешательств (на сердце и магистральных сосудах, на легком, после колопроктологических и нейрохирургических операций, ампутации конечностей).

Действующей Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении, утвержденной Минздравсоцразвития РФ 12.07.2004 г. предусмотрено, что патопсихологические (т.е. медико-психологические) исследования входят в состав обязательных медицинских услуг, оказываемых врачом-психотерапевтом. Кроме того, в стандарты оказания медицинской помощи по отдельным заболеваниям и нозологическим формам входят психотерапевтическая помощь и медико-психологическое обследование пациентов с сексологическими, сурдологическими расстройствами. Медицинские услуги в виде психотерапии, аутогенной тренировки и психологической адаптации должны обязательно оказываться пациентам, направленным в школы больных заболеваниями со значительным психосоматическим фактором в этиологии (бронхиальной астмой, сахарным диабетом, артериальной гипертензией, ревматическими заболеваниями суставов), а так же пациентам в школах для больных с сердечной недостаточностью и пациентам, находящимся на хроническом гемодиализе. Медико-психологическая помощь входит в стандарт оказания медицинских услуг по реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения либо обширные хирургические вмешательства, а также пациентам с деформацией нижних конечностей, переломом позвоночника.

Структура психотерапевтической помощи по видам психотерапии и соотношении их с типами, классами и видами специализированных медицинских услуг представлена в таблице (приложение 1)

Разделение медицинской помощи на услуги обязательного и дополнительного ассортимента связано с тем, что по Программе государственных гарантий медицинское учреждение обязано оказывать медицинскую помощь определенного объема и качества («услуги обязательного ассортимента»). Кроме того, в соответствии с этой же Программой предусматривается предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи, финансируемой за счет средств субъектов Российской Федерации.

Заложенный в Клиническом руководстве «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» (приказ МЗ РФ от 06.08.1999 г. №311) подход предполагает значительную продолжительность лечебного процесса при большинстве невротических расстройств (до одного месяца активной терапии, многомесячная поддерживающая терапия и неопределенно долгий период психотерапевтических встреч или приема профилактических средств). Это требует строгого подхода к организации деятельности врача-психотерапевта как основного специалиста на этапе становления ремиссии и тщательного обоснования лечебной тактики. Необходимым является обоснование частоты назначаемых амбулаторных

посещений, а также активности индивидуальных и групповых психотерапевтических сеансов, проводимых на протяжении 3 – 4 и даже 6 – 12 месяцев.

Отдельную проблему составляет определение тактики стационарного и амбулаторного лечения в учреждениях общесоматического, а не специализированного психиатрического типа. Наиболее оптимальным является организация в многопрофильных больницах отделений психосоматического профиля. В случае отсутствия такого рода отделений стационарное лечение пациентов, страдающих невротическим, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами может проводиться и в профильных неврологических и соматических отделениях. В этом случае к лечебному процессу могут привлекаться специалисты психотерапевтических кабинетов, организуемых в стационарах многопрофильных больниц. При решении вопросов госпитализации пациентов с соматоформными расстройствами требуется найти баланс между необходимостью удаления больного из актуальной психотравмирующей ситуации, с одной стороны, и необходимостью использовать имеющиеся у пациента возможности поддержки со стороны близких. Последнее представляется весьма важным в случае госпитализации больного в стационар общесоматической больницы, так как при этом у пациента практически не нарушаются социальные связи в ближайшем окружении (в отличие от ситуации обязательной (иногда даже недобровольной) госпитализации пациентов в психиатрические стационары). Кроме того, адекватное лечение в условиях непсихиатрического стационара и поликлиники позволяет избежать негативной стигматизации этой группы пациентов в мнении окружающих.

При психофармакотерапии невротических и соматоформных расстройств необходимо учитывать возможность выбора нескольких схем лечения. Однако низкая социальная защищенность большинства пациентов, обращающихся за психотерапевтической помощью, часто приводит к тому, что выбор варианта лечения осуществляется не столько по клиническим показаниям, сколько исходя из социально-профессиональных и материальных факторов. В этом случае возникает необходимость аргументировано обосновать выбранную тактику терапии и ее эффективность.

Рекомендуемые нормативы нагрузки при проведении амбулаторной психотерапии в лечебно-профилактических учреждениях общесоматического профиля

В настоящее время Минздравом России не установлено каких-либо обязательных федеральных нормативов работы врачей-психотерапевтов и медицинских психологов в амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждениях.

В упоминавшихся выше методических рекомендациях «Психотерапевтические мероприятия в учреждениях оказывающих психиатрическую помощь» указывается, что основные подходы к расчету таких нормативов могут осуществляться либо путем измерения трудозатрат специалистов, количеством посещений, либо путем использования условного законченного случая в качестве единицы учета труда. В последнем случае расчет трудозатрат производится на основе оценки работы специалистов с разработанными моделями клинико-статистических групп, а нормативы работы утверждаются специальными решениями (приказами) соответствующих органов управления здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений.

Предлагаемые в этих методических рекомендациях нормативы нагрузки, рассчитанные по методу измерения трудозатрат, составляют:

- На индивидуальном приеме врача психотерапевта, медицинского психолога – 50 минут с последующим технологическим перерывом в 10 минут. При этом в форму 039/у-88 врача-психотерапевта и психолога (ведомость посещений в поликлинике) вносится 1 посещение на каждого пациента, в журнал учета процедур в амбулаторном и стационарном ЛПУ вносится соответствующая запись. Продолжительность первичного и повторного приемов, как правило, не различается.
- При проведении групповых форм работы врача психотерапевта, медицинского психолога установленное время групповой работы (с группой численностью от 6 до 12-15 человек), а также в случае семейной работы (с супружеской или детско-родительской парой) продолжительность приема составляет 1 час 20 минут с последующим технологическим перерывом в 15 минут. При этом в форму 039/у-88 врача-психотерапевта и психолога (ведомость посещений в поликлинике) вносится 1 посещение на каждого пациента, участвующего в групповой (семейной) психотерапии; в журнал учета процедур ЛПУ вносится по одной записи на каждого пациента.
- При организации работы врача-психотерапевта и психолога в составе полипрофессиональной бригады в их графике рабочего времени отдельно выделяется время для коллективных встреч членов бригады (1–2 раза в неделю по 1,5–2 часа). Также отдельно планируется время для психопрофилактических мероприятий вне психотерапевтического кабинета.

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

Примером использования условного законченного случая в качестве единицы учета труда являются нормативы, приведенные в методических рекомендациях «Задачи психотерапевтов, терапевтов и неврологов по психотерапевтическому лечению на этапах первичной медико-санитарной помощи в территориальной поликлинике для взрослого населения», утвержденных 17.01.2000 г. Комитетом здравоохранения Правительства г. Москвы. В этих рекомендациях приведены нормативные затраты времени психотерапевта в процессе лечения пациента, рассчитанные на основании анализа официальных московских статистических данных (отчетов по форме №36). Отправным моментом для разработки норм явились данные о том, что время, затрачиваемое психотерапевтами ПНД и ЛПУ общего профиля на прием (посещение) одного пациента, колеблется в пределах 50–75 минут. По материалам этих рекомендаций, структура временных затрат и содержание работы врача психотерапевта имеет следующий вид:

1. На ознакомительно-диагностическом этапе осуществляется знакомство с пациентом, расспрос, психотерапевтический осмотр, анализ записей и заключений (терапевта, невролога, других специалистов, результатов проведенных больному лабораторных, инструментальных и функциональных исследований), постановка предварительного диагноза, определение необходимых дополнительных исследований, консультаций и их назначение с выпиской соответствующих направлений, изучение данных дополнительных исследований, консультаций, постановка диагноза, выработка плана лечения, заполнение медицинской документации, учетных форм и др., согласование плана лечения с пациентом (всего на законченный случай 2,5 часа).

2. На лечебном этапе проводится подготовка к лечебному воздействию, подготовительная беседа, психотерапевтическое лечение, завершающая беседа, заполнение медицинской документации, учетных форм и др. (на один прием 1,25 часа).

3. На заключительном этапе проводится расспрос, определение отношения пациента к результатам лечения, анкетирование, осмотр психотерапевтический (при необходимости – консилиум с неврологом, терапевтом и другими специалистами), подготовка предварительного заключения о результатах лечения, постановка заключительного диагноза (при необходимости – выработка экспертного решения о возможности дальнейшей трудовой деятельности пациента, согласование его с пациентом, участие в работе экспертной комиссии), выработка рекомендаций для пациента по поддерживающим лечебным процедурам, ознакомление пациента с рекомендациями по поддерживающим лечебным процедурам, выработка у пациента установки на полное выздоровление, профилактику

обострений и выполнение этих рекомендаций, заполнение медицинской документации, учетных форм и др. (всего на законченный случай 2,25 часа)

Таким образом, всего на 1 законченный случай выделяется около 13,5 часа работы врача-психотерапевта (при среднестатистическом числе 7 консультативно-лечебных врачебных приемов).

Вместе с тем, приведенные выше нормативы носят рекомендательный характер и не имеют соответствующего ведомственного обоснования.

В настоящее время разработка единой нормативной базы работ и услуг в здравоохранении осуществляется на основании упоминавшейся выше «Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении». Методика расчета нормативов нагрузки основана на определении расчетных норм (условных единиц трудозатрат, УЕТ) каждой из медицинской услуг, сведенных в определенный перечень («Реестр медицинских услуг»). За 1 УЕТ принимается 10 минут рабочего времени специалиста. Документом четко определены показатели трудозатрат как всех видов приема (консультаций) врача-психотерапевта («сложные и комплексные медицинские услуги»), и величина трудозатрат на выполнение единичных простых медицинских услуг. Извлечения из этого Реестра представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Реестр работ и услуг по психотерапии (с указанием условных единиц трудозатрат)

| Код услуги | Наименование услуги | УЕТ | Код услуги | Наименование услуги | УЕТ |
|-------------|--|-----|-------------|--|-----|
| В 01.034.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный | 1,5 | А 13.30.005 | Психотерапия | 6,0 |
| В 01.034.02 | Прием (осм., консульт.) врача-психотерапевта повторный | 1,5 | А 13.30.006 | Гипнотерапия | 6,0 |
| В 04.034.01 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта | 1,5 | А 13.30.007 | Психоанализ | 6,0 |
| В 04.034.02 | Профилактический прием (осм., консульт.) врача-психотерапевта | 1,0 | А 13.31.003 | Аутогенная тренировка | 6,0 |
| А 13.30.001 | Патопсихологическое обследование | 6,0 | А 17.31.002 | Электросон | 1,0 |
| А 13.30.002 | Трудотерапия | 3,0 | А 25.30.001 | Назначение лекарств. терапии при патологии психической сферы | 0,5 |
| А 13.30.003 | Психологическая адаптация | 4,5 | А 25.30.002 | Назначение диетич. терапии при патологии психической сферы | 0,5 |
| А 13.30.004 | Терапия средой | 3,0 | А 25.30.003 | Назначение леч.-оздоровит. режима | 0,3 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|
| | | | | | | при патологии психической сферы | |
|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|

В соответствии с п. 7.3.1. «Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении» затраты на оказание сложных и комплексных медицинских услуг определяются суммированием затрат на простые услуги (в соответствии с их номенклатурой и кратностью проведения всех услуг, входящих в состав сложной и комплексной медицинской услуги). При этом показатели, характеризующие оказываемые медицинские услуги (затраты времени, частота оказываемых услуг и т.п.), рекомендуется устанавливать путем замера не менее, чем в 10 случаях выполнения одноименных услуг с вычислением среднего значения или путем экспертной оценки – опроса нескольких специалистов, выполняющих однотипные услуги. Результаты такого анализа продолжительности и частоты оказываемых услуг по психотерапии, проведенного рабочей группой психотерапевтов-экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области, представлены в таблице 4. В таблице приведены наиболее часто применяющиеся в амбулаторной практике психотерапевтические услуги.

Анализ данных, представленных в таблице 4, показывает, что продолжительность первичного, повторного и диспансерного приема врача психотерапевта, в ходе которого оказываются наиболее часто применяющиеся виды психотерапевтических услуг (психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, лекарственная терапия) в оптимальных их сочетаниях, составляет 5,7 – 6,0 УЕТ (55 – 60 мин.). Примерно такую же длительность приема имеет медико-психологическое вмешательство (патопсихологическое исследование, психическая адаптация) – от 4,8 до 6,0 УЕТ (48 – 60 мин.).

Обращает на себя внимание, что нормативные показатели нагрузки врачей-психотерапевтов при амбулаторной психотерапии, рассчитанные с помощью различающихся между собой методических подходов (и путем измерения трудозатрат, и путем использования условного законченного случая) оказались очень близкими по своим значениям – в среднем около 60 минут на прием одного пациента. Этот показатель остается неизменным, независимо от того, является этот прием первичным, повторным, диспансерным и профилактическим.

Кроме того, отмечается, что в состав приема врача-психотерапевта включены услуги, которые относятся к сфере компетенции медицинского психолога (патопсихологическая диагностика, психологическая адаптация). Эта компетенция определена приложением №2 к приказу Минздрава РФ от 16.09.2003 г. №438 (см п. 2.1. «Самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом. **Проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, а также участвует в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса**» – Выделено нами Г.Б., М.Б.).

Расчет затрат на оказание различных видов простых психотерапевтических услуг (по материалам экспертной оценки)

| Код | Наименование услуг | УЕТ | Кратность проведения *) | Затраты времени (в УЕТ) | |
|--|--------------------|---|-------------------------|-------------------------|------|
| В | 01.034.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный | | | |
| <i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.001 | Патопсихологическое обследование | 6,0 | 0,4 | 2,4 |
| <i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.003 | Психологическая адаптация | 4,5 | 0,8 | 3,6 |
| А | 13.30.004 | Терапия средой | 3,0 | 0,1 | 0,3 |
| А | 13.30.005 | Психотерапия | 6,0 | 0,8 | 4,8 |
| А | 13.30.006 | Гипнотерапия | 6,0 | ед | 0,1 |
| А | 13.30.007 | Психоанализ | 6,0 | ед | 0,1 |
| А | 13.31.003 | Аутогенная тренировка | 6,0 | ед | 0,1 |
| А | 25.30.001 | Назначение лекарственной терапии при патологии психической сферы | 0,5 | 0,5 | 0,25 |
| В | 01.034.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный | | | |
| <i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.005 | Психотерапия | 6,0 | 0,8 | 4,8 |
| А | 13.30.007 | Психоанализ | 6,0 | ед | 0,1 |
| А | 25.30.001 | Назначение лекарственной терапии | 0,5 | 0,2 | 0,1 |
| А | 25.30.002 | Назначение диетической терапии (...) | 0,5 | ед | 0,1 |
| А | 25.30.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима (...) | 0,3 | ед | 0,1 |
| <i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.003 | Психологическая адаптация | 4,5 | 0,5 | 2,25 |
| А | 13.30.004 | Терапия средой | 3,0 | ед | 0,1 |
| А | 13.30.006 | Гипнотерапия | 6,0 | 0,2 | 1,2 |
| А | 13.31.003 | Аутогенная тренировка | 6,0 | 0,2 | 1,2 |
| В | 04.034.01 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта | | | |
| <i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.001 | Патопсихологическое обследование | 6,0 | 0,2 | 1,2 |
| А | 13.30.003 | Психологическая адаптация | 4,5 | 0,8 | 3,6 |
| А | 13.30.005 | Психотерапия | 6,0 | 0,8 | 4,8 |
| А | 13.30.007 | Психоанализ | 6,0 | ед | 0,1 |
| А | 25.30.001 | Назначение лекарственной терапии | 0,5 | 0,5 | 0,25 |
| А | 25.30.002 | Назначение диетической терапии (...) | 0,5 | ед | 0,1 |
| А | 25.30.003 | Назначение лечебно-оздоровит. режима | 0,3 | ед | 0,1 |
| <i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.004 | Терапия средой | 3,0 | 0,5 | 1,5 |
| В | 04.034.02 | Профилактический прием (осмотр, конс.) врача-психотерапевта | | | |
| <i>Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.003 | Психологическая адаптация | 4,5 | 0,5 | 2,25 |
| А | 13.30.005 | Психотерапия | 6,0 | 0,5 | 3,0 |
| А | 25.30.001 | Назначение лекарственной терапии | 0,5 | 0,2 | 0,1 |
| <i>Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента</i> | | | | | |
| А | 13.30.004 | Терапия средой | 3,0 | 0,8 | 2,4 |

*) – экспертная оценка (из расчета на 1 прием)

В «Клиническом руководстве по диагностике и лечению психических расстройств» (приказ МЗ РФ от 06.08.1999 г. №311) конкретизированы мероприятия, относящиеся к исключительной компетенции медицинского психолога:

- психологическая диагностика индивидуальных особенностей больного и степени выраженности психического расстройства и связанной с этим дезадаптации в целях выбора варианта терапевтических воздействий;
- выявление возможных психологических причин и источников тревоги, значимых для больного межличностных связей, необходимых для поддержки и помощи при расстройствах, спровоцированных психотравмирующими ситуациями;
- психологическая диагностика степени редукции проявлений тревоги, избегания социальной активности и дезадаптации при оценке эффективности терапии социальных фобий;
- оценка интенсивности тревоги, страха, избегающего поведения, коморбидных аффективных и сопутствующих вегетативно-соматических проявлений при панических и генерализованных расстройствах;
- психологическая диагностика степени редукции эмоциональной лабильности, восстановления преморбидного уровня самооценки, социально-профессиональной и психической адаптации при посттравматических стрессовых расстройствах;
- применение психологических методов исследования психического статуса и личностных особенностей пациентов с сексуальными дисфункциями;
- выявление и коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций при личностных расстройствах;
- патопсихологическое исследование в целях дифференциальной диагностики при расстройствах привычек и влечений и т.п.

Представляется, что основное содержание предоставляемых услуг по патопсихологической диагностике и психологической адаптации как раз и определяется «Клиническим руководством...».

Кроме того, в больнице общесоматического профиля часто возникает необходимость решения вопросов параклинической диагностики и верификации психической, психосоматической и неврологической патологии, особенно в случаях, требующих клинико-экспертного решения (например, подтверждение клинического диагноза при нетрудоспособности вследствие невротического расстройства, объективизация нарушения умственной работоспособности в случае необходимости предоставления академических отпусков учащимся, нейропсихологическое исследование при установлении стойкой нетрудоспособности пациентов с последствиями перенесенных мозговых инсультов и черепно-мозговых травм и т.д.). Требуется также психодиагностика отклонений от нормы при функциональных исследованиях ЦНС (раздел R94.0 МКБ-10).

Другое направление деятельности медицинского психолога связано с оказанием психологической помощи лицам, обратившимся в учреждения

здравоохранения по поводам, не связанным с заболеваниями (например, вследствие имеющихся у них факторов риска, влияющих на состояние здоровья или наличием потенциальной опасности для здоровья, связанной с социально-экономическими и психосоциальными факторами). Эти обращения в учреждения здравоохранения регистрируются по критериям МКБ-10 в соответствии с кодами группы Z.

В упомянутых выше рекомендациях Комитета здравоохранения г. Москвы представлены аналогичные данные и в отношении норматива временных затрат на психодиагностическую и психокоррекционную работу, выполняемую медицинским психологом (таблица 5).

Таблица 5.

Ориентировочные затраты времени медицинского психолога при проведении психологической диагностики (в условных единицах трудозатрат)

| Виды медико-психологической помощи | УЕТ | Виды медико-психологической помощи | УЕТ |
|---|------------|---|------------|
| <i>Психодиагностика</i> | | <i>Клиническое консультирование и психокоррекция</i> | |
| Функциональные пробы (выделение общего, обобщение, общее и различное) | 3 | Динамически ориентированная техника | 9 |
| Опросник Леонгарда | 3 | Когнитивная техника | 5 |
| Тест Айзенка | 3 | Поведенческая техника | 5 |
| Изучение способностей и интеллекта | 3 | Мультимодальный подход | 5 |
| Изучение и оценка особенностей памяти | 3 | Рациональная психокоррекция | 4,5 |
| То же, внимания | 2 | Групповой тренинг | 12 |
| То же, мышления (операционного) | 3 | Тренинг уверенности в себе | 6 |
| То же. мышления (динамического) | 3 | Репетиция поведения | 6 |
| То же. мышления (личностного компонента) | 3 | Научение способам обращения с состоянием тревожности | 6 |
| Пиктограммы | 3 | Релаксационный тренинг | 6 |
| 4-й лишний | 3 | Систематическая десенсибилизация | 6 |
| 10 слов | 3 | Телесно-ориентированная психокоррекция | 6 |
| Счет по Крепелину | 1 | Гештальтпсихокоррекция | 9 |
| Анализ отношений понятий | 2 | Психологическое консультирование | 6 |
| Классификация | 3 | <i>Детский и подростковый возраст (в дополнение к приведенным выше)</i> | |
| Тест ММРІ | 9 | Пиктограмма | 5 |
| Тест Кеттелла | 4 | Незаконченные предложения | 5 |
| Изучение характера личности | 3 | Тест тревожности | 3 |
| Изучение мотиваций и направленности | 3 | Самооценка | 3 |
| Проективные методы исследования | 4,5 | Уровень притязаний | 3 |
| Тест Люшера | 2 | Психологическая коррекция внимания | 3. |
| Рисуночные методы (человек, семья) | 3 | То же. Памяти | 5 |
| | | То же, конструктивного мышления | 3 |

Представленные выше временные затраты несущественно отличаются от нормативов нагрузки, рассчитанных экспертным путем группой медицинских психологов учреждений здравоохранения Челябинской области (М.А. Березин, А.Ю. Рязанова, К.В. Мещерякова, Т.В.Брябрина). Эти данные приведены в таблице 6.

Таблица 6.

Ориентировочные затраты времени медицинского психолога при проведении психологической диагностики (в УЕТ)

| Название методик | Время выполнения (мин.) | Время обработки (мин.) |
|---|-------------------------|------------------------|
| Корректирующая проба, таблицы Шульце и их модификация Ф.Д.Горбова | 5-15 | 10-20 |
| Счет по Крепелину и отсчитывание | 4-7 | 5-10 |
| Методика Коса | 10-30 | 10 |
| Заучивание 10 слов | 5-7 | 2 |
| Воспроизведение рассказов | 7-15 | 2 |
| Зрительное запоминание (сюжетные картины) | 5-10 | 5-10 |
| Пиктограмма | 15-50 | 20 |
| Вербальные ассоциации | 7-10 | 10 |
| Тест Векслера | 90 | 60 |
| Тест Равенна | 20-50 | 20 |
| Классификация предметов | 20-40 | 20 |
| Признаки понятий | 5-10 | 5 |
| Сравнение, исключение понятий и исключение предметов | 10-25 | 10-15 |
| Интерпретация пословиц, метафор | 10-20 | 5-10 |
| Простые и сложные аналогии | 10-15 | 10 |
| Проба Эббингауза | 5-15 | 5 |
| Установление последовательности событий | 10-15 | 10 |
| Объяснение смысла и содержания сюжетных картин | 10-20 | 10 |
| ММРІ | 40-150 | 30-45 |
| Тест Кэтгелла | 40-90 | 25-40 |
| Тест Розенцвейга | 20-40 | 15-20 |
| Метод незаконченных предложений | 20-30 | 15 |
| Методика оценки уровня притязаний | 15-20 | 10-15 |
| Методика диагностики ценностных ориентаций | 20 | 10-15 |
| Тематические ассоциации | 12-15 | 10-15 |
| Исследование самооценки | 10-15 | 10 |
| Волевой самоконтроль и методика УСК | 15-25 | 15-25 |
| Тест Руки | 15-20 | 15-20 |
| Рисунок человека, рисунок несуществующего животного | 10-25 | 10-20 |
| Тест Люшера | 7-10 | 15-20 |
| Цветовой тест отношений | 15-30 | 20-40 |
| Мет. «Дом, дерево, человек» | 20-30 | 15-20 |
| Тест СОНДИ | 20 | 30-90 |
| ТАТ | 90-180 | 180-240 |

При планировании и организации работы медицинского психолога при проведении психодиагностических мероприятий рекомендуется руководствоваться вышеизложенными нормами трудозатрат. Для каждого типичного психодиагностического случая в ЛПУ рекомендуется конкретизировать состав простой медицинской услуги «А 13.30.001. Патопсихологическое обследование» таким образом, чтобы объем трудозатрат соответствовал рекомендованному Минздравом РФ показателю 6 УЕТ (т.е. 60 минутам временных затрат на проведение обследования, обработку и представление полученных результатов). При проведении медицинским психологом психокоррекционных, реабилитационных, психопрофилактических мероприятий неврачебной психотерапии (клинического консультирования) рекомендуется руководствоваться принципами и нормативами, установленными для врача-психотерапевта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные в настоящем клинико-организационном руководстве материалы по организации и содержанию психотерапевтической и медико-психологической помощи описывают данные о распространенности пограничных, невротических, связанных со стрессом, соматоформных и психосоматических расстройствах среди лиц, обращающихся за медицинской помощью в общесоматические лечебно-профилактические учреждения для взрослого населения.

Представлен анализ современных тенденций децентрализации специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи, ее приближения к населению путем интеграция в учреждения здравоохранения соматического профиля. Описаны организационные и нормативно-методические условия внедрения модели оказания полипрофессиональной психотерапевтической помощи, основанной на совместном оказании комплексных медицинских услуг врачом-психотерапевтом и медицинским психологом. На основании подробного анализа ведомственных приказов, положений и иных регламентирующих документов обоснованно рекомендованы нормативы нагрузки на приеме врача-психотерапевта и медицинского психолога, а также ориентировочные показатели трудозатрат при проведении патопсихологической диагностики с помощью психодиагностических методик различного типа.

Проведенный анализ позволяет рекомендовать врачам-организаторам здравоохранения, руководителям и специалистам амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого населения, руководствоваться при организации психотерапевтической и медико-психологической помощи следующими положениями:

1. Устанавливать нормативы оказания консультативно-лечебной психотерапевтической помощи (лечебно-диагностические услуги врача-психотерапевта на первичном и повторном приеме, осмотре, консультации), на профилактическом и диспансерном приеме, а также

при предоставлении услуг по реабилитации и работе в школах больных из расчета 60 минут на одного пациента. В ведомости посещений в поликлинике (форма 039/у-88) учитывается каждое посещение (каждый прием каждого пациента). В журнал учета процедур в амбулаторном и стационарном лечебно-профилактическом учреждении и в амбулаторную карту пациента (историю болезни стационарного больного) вносится соответствующая запись.

2. При оказании медицинским психологом услуг по психологической адаптации на самостоятельном приеме пациентов норматив нагрузки специалиста устанавливается из расчета 60 минут на одного пациента. В ведомости посещений в поликлинике (форма 039/у-88) учитывается каждое посещение, которое также регистрируется в журнале учета процедур амбулаторного (стационарного) лечебно-профилактического учреждения. В амбулаторной карте пациента (истории болезни стационарного больного) так же вносится соответствующая запись.
3. При проведении групповых форм работы врачом-психотерапевтом и(или) медицинским психологом норматив затрат на проведение групповой психотерапии устанавливается из расчета 80-90 минут на 1 группу численностью от 6 до 12-15 человек. Такой же норматив продолжительности приема устанавливается при проведении семейной психотерапии (работы с супружеской или детско-родительской парой). При этом в форму 039/у-88 врача-психотерапевта и психолога (ведомость посещений в поликлинике) вносится 1 посещение на каждого пациента, участвующего в групповой (семейной) психотерапии. В журнал учета процедур лечебно-профилактическом учреждении и в амбулаторную карту пациента (историю болезни стационарного больного) вносится по одной записи на каждого пациента.
4. Структуру записей в амбулаторной карте пациента (истории болезни стационарного больного) рекомендуется по возможности максимально приблизить по форме и содержанию к описанию состава сложных комплексных услуг по психотерапии.
5. В силу существенных различий в объеме трудозатрат при проведении медицинским психологом патопсихологического обследования по различным психодиагностическим методикам рекомендуется объединить эти методики в группы. Каждую группу составляют методики с одинаковым временем их выполнения (время исследования, время обработки результатов и написания заключения). При этом нормативно фиксируются трудозатраты на проведение исследования по каждой группе (например, трудозатраты при применении стандартной батареи методик для исследования сенсомоторной сферы, внимания, познавательной сферы могут составлять 3,0 – 4,5 УЕТ, трудозатраты для батареи методик для исследование интеллекта, эмоционально-волевой сферы и личности – от 6,0 до 9,0 УЕТ, для многошкальных методик, проективных методик, теста ММП1 – 9,0 –

12,0 УЕТ, для классической батареи нейропсихологических методик– 12,0 – 15,0 УЕТ и т.д.). Учет выполненной медицинским психологом нагрузки по психодиагностике проводится по внесенным в форму 039/у-88 психолога записям о посещениях (1 запись на каждое посещение). В журнал учета процедур в амбулаторном и стационарном лечебно-профилактическом учреждении вносится запись с перечнем выполненных психодиагностических исследований (примененных методик). В амбулаторную карту пациента (историю болезни стационарного больного) вносится соответствующая запись о выполненных исследованиях и заключение по их результатам (в развернутой или обобщенной форме – по показаниям).

6. При организации работы врача-психотерапевта и психолога в составе полипрофессиональной бригады в их графике рабочего времени в разделе «прочие работы» специально выделяется время для работы членов бригады (1–2 раза в неделю по 1,5–2 часа).

Приложение 1.

Структура психотерапевтической помощи видам психотерапевтической помощи и соотнесении их с типами, классами и видами специализированных медицинских услуг

| Виды психотерапевтической помощи | Тип услуг | Наименование услуги | Состав услуги | Характеристика Услуги |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| Консультативно-лечебная | Услуги врача лечебно-диагностические | Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный | Патопсихологическое обследование | Мед. услуги обязательного ассортимента |
| | | | Трудотерапия, психологическая адаптация, терапия средой, психотерапия, гипнотерапия, психоанализ, аутогенная тренировка (АТ), электросудорожная терапия (ЭСТ), электросон, назначение лекарственной, диетической терапии и лечебно-оздоровительного режима при патологии психической сферы | Мед. услуги дополнительного ассортимента |
| | | Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный | Психотерапия, психоанализ, назначение лекарственной, диетической терапии и лечебно - оздоровительного режима при патологии психической сферы | Мед. услуги обязат. ассортимента |
| | | | Трудотерапия , психологическая адаптация, терапия средой, гипнотерапия, АТ, электросон | Мед. услуги доп. ассортимента |
| | Медицинские услуги по профилактике | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта | Психологическая адаптация, психотерапия, психоанализ, назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы | Мед. услуги обязательного ассортимента |
| | | | Трудотерапия, гипнотерапия, терапия средой, АТ, электросон | Мед. услуги доп. ассортимента |
| | | Школа для больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и т.д.) | Психологическая адаптация, АТ | Мед. услуги обязат. ассортимента |

| | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|--|--|--|
| Консультативно-лечебная | Медицинские услуги по реабилитации | Услуги по реабилитации больного, перенесшего ОНМК, операцию на сердце, легких, ампутацию конечности | Психологическая адаптация, психотерапия | Мед. услуги обязат. ассортимента |
| | | Услуги по реабилитации больного, перенесшего нейрохирургическую операцию, перелом позвоночника и др. | Психологическая адаптация, АТ | Мед. услуги обязательного ассортимента |
| Диспансерное наблюдение | Медицинские услуги по профилактике | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта | Патопсихологическое обследование, психологическая адаптация, психотерапия, психоанализ, назначение лекарственной, диетической терапии и лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы | Мед. услуги обязательного ассортимента |
| | | | Трудотерапия, гипнотерапия, терапия средой, аутогенная тренировка, электросудорожная терапия, электросон | Мед. услуги доп. ассортимента |

Первый заместитель
Министра здравоохранения
Челябинской области

М.Г. Москвичева

