

О ПРАКТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АМБУЛАТОРИИ

И.Н. Агамамедова, Т.Е. Никитина, А.Е. Бобров

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

В отечественной психотерапевтической службе на протяжении последних десятилетий прослеживается целый ряд негативных тенденций. Они находят свое выражение в устойчивом тренде к сокращению и ликвидации психотерапевтических подразделений в государственных лечебных учреждениях. Качество и общий уровень работы, охват населения и взаимодействие психотерапевтов с врачами других специальностей остаются недостаточными. Много вопросов связано с методическим обоснованием и обеспечением деятельности специалистов [1, 9].

Это свидетельствует о необходимости пересмотреть задачи и функции психотерапии, оценить ее эффективность и определить то место, которое она должна занимать в структуре психиатрической помощи [4, 14]. Важнейшими нерешенными вопросами в указанной сфере являются создание психотерапевтических подразделений в рамках как общемедицинской, так и психиатрической сети, формирование контингентов больных, получающих наибольшую пользу от такой помощи, а также планирование методического содержания и объема врачебной нагрузки. При рассмотрении этих вопросов необходимо учитывать опыт практической работы соответствующих подразделений [6, 11].

С учетом сказанного целью настоящей работы явился анализ клинического и организационного опыта деятельности амбулаторного психотерапевтического отделения, созданного при Московском научно-исследовательском институте психиатрии (МНИИП) и действовавшего на протяжении 3 лет (2010–2012).

Методы исследования и условия сбора материала

Использовался метод клинко-статистического наблюдения. Штат отделения – 4 должности врача-психотерапевта. В процессе работы анализировались результаты консультативного приема пациентов, обратившихся в отделение на протяжении 3 лет его существования.

Результаты

За описываемый период деятельности в отделение обратилось 833 пациента с непсихотическими психическими расстройствами. Их средний возраст – $33,4 \pm 10,7$ лет. Из числа обратившихся пациентов 66% составили женщины и 34% мужчины. Общее количество посещений 6114, из них 3107 (50,8%) на договорной основе. Консультации и обследования проводились врачами-психотерапевтами.

Как видно из рис. 1, количество консультаций на протяжении трех лет неуклонно возрастало. При этом средняя нагрузка на врача к 2012 году достигла 4 консультаций в день. Однако в течение смены визиты к психотерапевту распределялись неравномерно. Обычно пациенты предпочитали приходить в утренние и вечерние часы, что было связано с их стремлением сохранить свой профессиональный и социальный статус (64,0%). Если в 2010 году среднее количество обращений в отделение составляло 124,5 в месяц, то через год этот показатель вырос на 33,7%

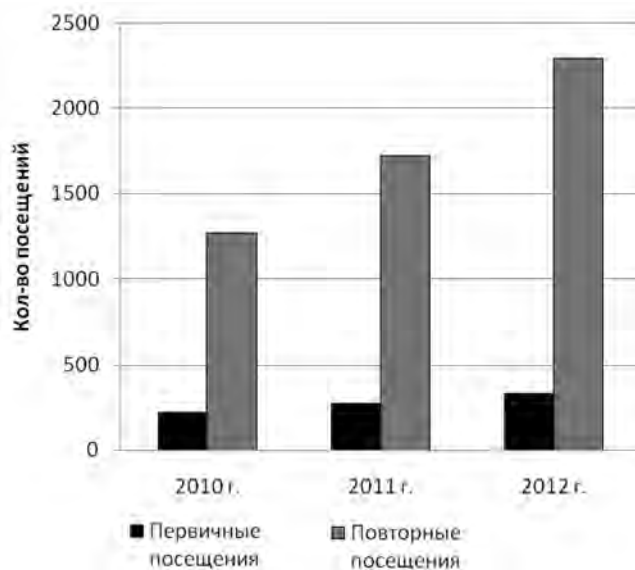


Рис. 1. Динамика посещений отделения за 2010–2012 годы

и составил 166,5. В 2012 году он увеличился еще на 31,2% по сравнению с 2011 годом и достиг 218,5 посещений в месяц. Причем увеличение обращаемости пациентов происходило как за счет возрастания количества первичных, так и повторных визитов. В частности, в 2010 году количество первичных обращений составляло 224, в 2011 году этот показатель вырос на 24,1% – до 278, а в 2012 году увеличился еще на 19,0% – до 331. Повторные обращения увеличились в 2011 году на 35,4% с 1 270 до 1 720, а в 2012 году в сравнении с предыдущим годом выросли еще на 33,2% – до 2 291.

В табл. 1–3 представлены данные, характеризующие возрастной состав пациентов, их трудовой статус и семейное положение. Как следует из этих таблиц, чаще всего за психотерапевтической помощью обращались работающие пациенты в возрасте от 18 до 45 лет, причем большая их часть (54,2%) находилась в официальном или гражданском браке.

Таблица 1

Возраст пациентов

Возраст	Количество	
	Абс.	%
18–30 лет	393	47,2
31–45 лет	324	38,9
46–60 лет	106	12,7
Старше 60 лет	10	1,2
Всего	833	100

Таблица 2

Семейное положение пациентов

Семейное положение	Количество	
	Абс.	%
В браке не состояли	301	36,1
В браке	349	41,9
В гражданском браке	102	12,3
В разводе	81	9,7
Всего	833	100

Профессиональный статус пациентов

Профессиональный статус	Количество	
	Абс.	%
Имеют постоянную работу	301	51,4
Временно не работают	350	35,2
Учащиеся	102	12,6
Инвалиды	80	0,8
Всего	833	100

Специального рассмотрения заслуживает психопатологическая структура состояний, по поводу которых пациенты обращались в психотерапевтическое отделение. Как видно из табл. 4, чаще всего причиной обращения пациентов к психотерапевту являлись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–49), а также аффективные расстройства (F30–39). Всего на эти две категории приходилось – 74,4% пациентов. Наиболее частыми диагнозами были тревожно-фобические расстройства, депрессивные эпизоды легкой и умеренной степени выраженности, расстройства адаптации, а также соматоформные расстройства. При этом доля больных с указанными расстройствами на протяжении трех лет практически не изменялась.

Некоторые изменения происходили только по категориям органических психических расстройств, а также психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Однако в связи с небольшим общим количеством этих пациентов указанные изменения не оказывали существенного влияния на общую структуру обращений.

Стоит указать на еще одну особенность данного контингента больных – относительно большую частоту больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра (11,4%).

Дифференцированный анализ количества посещений пациентами свидетельствует о следующем. Однократно в отделение обратилось 169 (20,3%)

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от диагноза по МКБ-10

Диагностические категории МКБ-10	Годы работы						Всего	
	2010 год		2011 год		2012 год			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Аффективные расстройства (F30–39)	79	35,2	95	34,2	112	33,8	286	34,3
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–48)	92	41,1	108	38,8	134	40,5	334	40,1
Расстройства личности (F60–69)	23	10,5	33	11,9	32	9,7	88	10,5
Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–19)	2	0,8	1	0,3	1	0,3	4	0,5
Органические психические расстройства (F00–09)	1	0,4	3	1,1	4	1,2	8	1,0
Шизофрения, шизотипические расстройства (F20–29)	22	9,8	32	11,5	41	12,4	95	11,4
Здоровые лица с психологическими проблемами	5	2,2	6	2,2	7	2,1	18	2,2
Всего	224	100	278	100	331	100	833	100

пациентов, два раза – 33 (4,0%). Ограничились 3–5 визитами 149 больных (17,9%), 6–10 визитами – 324 (38,9%), а более 10 визитов сделали 157 пациентов (18,9%). При этом среднее количество визитов составило $7,4 \pm 6,0$.

Из числа пациентов, однократно посетивших психотерапевта, в дальнейшем лечении не нуждались только 8 (4,7%) пациентов. Еще 26 (15,4%) больных в связи с тяжестью состояния были направлены на стационарное лечение в клинические отделения Института. Остальные же пациенты – 135 (79,9%) человек, несмотря на рекомендации специалиста, от амбулаторной терапии отказались.

Изучение подгруппы больных, отказавшихся от лечения, показало, что они существенно не отличались по полу и возрасту от остальных пациентов. Однако важной особенностью их состояния являлось преобладание личностных расстройств эмоционально-неустойчивого типа (85 чел. – 63,0%).

В методическом отношении врачи отделения использовали интегративный нозоцентрический психотерапевтический подход с преимущественным акцентом, в зависимости от особенностей состояния пациентов, на психодинамических, когнитивно-поведенческих или экзистенциальных методах. Всего было пролечено 664 пациента.

При лечении 426 больных (64,2%) использовалось сочетание психо- и фармакотерапии, 210 (31,6%) пациентов получали только психотерапию и 28 (4,2%) находились на одной фармакотерапии. Как следует из табл. 5, на сочетанной терапии находились преимущественно пациенты с аффективными расстройствами (49,2%). Психологическое лечение, не сопровождавшееся применением психофармакологических средств, проводилось главным образом больным с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (84,3%). Преимущественно фармакологическое лечение получали

только больные с расстройствами шизофренического спектра (67,8%).

Говоря о методическом содержании работы отделения, следует указать на то, что в отделении, наряду с индивидуальными формами психотерапии, практиковались и ее групповые методы. В частности, осуществлялась групповая терапия тревожно-депрессивных расстройств, тренинг коммуникативных навыков и асертивного поведения. Количество пациентов, принимавших участие в указанных формах лечения, на протяжении периода существования отделения прогрессивно возрастало. Это отражено на рис. 2.

Опыт работы отделения показал, что важнейшим условием его становления и развития является формирование устойчивых контингентов прикрепленных больных, а также источников их пополнения. В этом отношении на начальных этапах

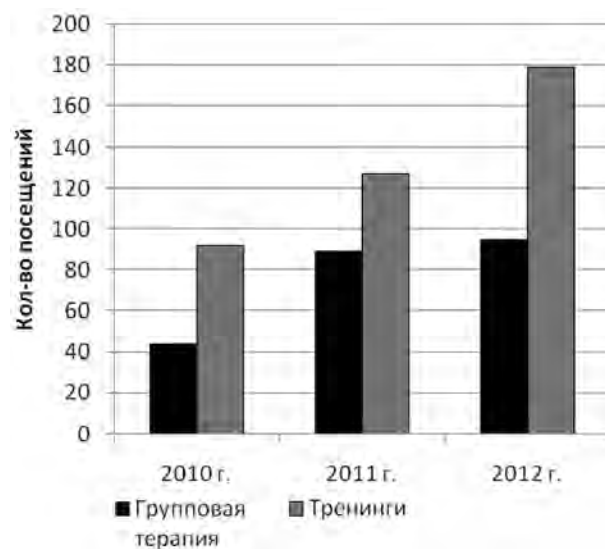


Рис. 2. Динамика посещений групповых форм психотерапии в отделении психотерапии за 2010–2012 годы

Таблица 5

Применение психо- и фармакотерапии у больных, относящихся к различным диагностическим категориям

Виды терапии	Диагностические категории по МКБ-10															
	Органические психические расстройства (F00-09)		Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-19)		Шизофрения, шизотипические расстройства (F20-29)		Аффективные расстройства (F30-39)		Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48)		Расстройства личности (F6-69)		Психологические проблемы у здоровых лиц		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сочетанная терапия	0	0	0	0	54	12,6	210	49,2	91	21,3	71	16,9	0	0	426	
Психотерапия	0	0	0	0	0	0	18	8,6	177	84,3	0	0	15	7,1	210	
Фармакотерапия	7	25,0	2	7,2	19	67,8	0	0	0	0	0	0	0	0	28	
Всего	7		2		73		228		268		71		15		664	

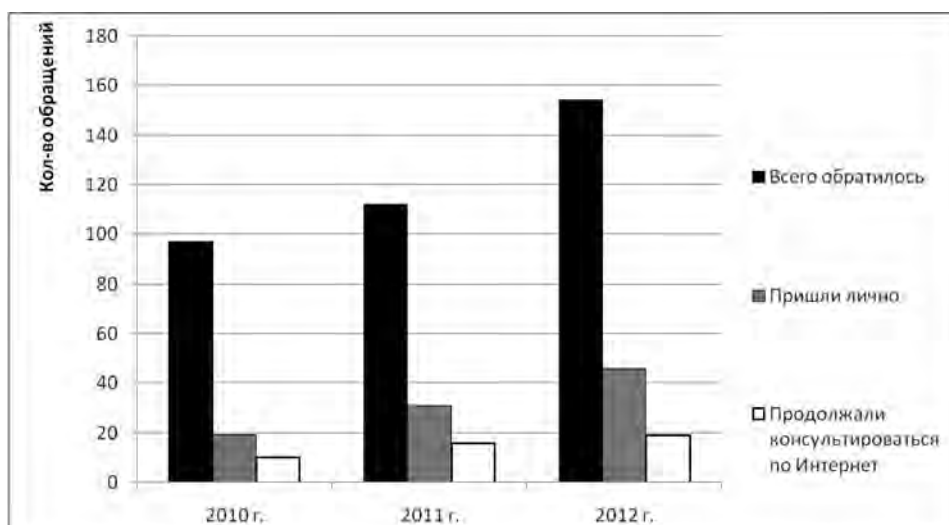


Рис. 3. Динамика обращений в отделение по Интернет за 2010–2012 годы

деятельности отделения большую пользу принесли профессиональные связи с лечебными учреждениями общесоматического профиля и, в особенности, с участковыми терапевтами первичного звена здравоохранения. На более поздних этапах все большее значение приобретали консультации по Интернет.

Количество пациентов, воспользовавшихся Интернет, как видно из рис. 3, возрастало с каждым годом. Особенно часто этот сервис использовался иногородними пациентами, а также больными, страдающими агорафобией и социальной фобией. Нередко к нему прибегали родственники и знакомые пациентов с целью первоначальной «ориентировки». Всего через Интернет обратилось 363 пациента, из них 96 (26,4%) в дальнейшем лично обратились в отделение, а 45 (12,4%) продолжили взаимодействие с врачом-консультантом по Интернету и прошли психодиагностическое тестирование.

В процессе работы отделения психотерапии обнаружилась необходимость в создании нозографически ориентированных унифицированных («технологических») подходов к ведению больных с непсихотическими психическими расстройствами в амбулаторных условиях. В частности, была предложена и апробирована программа комплексного лечения агорафобии, специфических фобий, генерализованного тревожного расстройства, непсихотических депрессивных состояний. Начата разработка стандартизированных терапевтических подходов при психических расстройствах, сочетающихся с хроническими соматическими заболеваниями. Важнейшим условием этой работы является применение объективированных методов оценки состояния пациентов. С этой целью использовались различные клинические шкалы и психодиагностические тесты.

Одним из наиболее надежных инструментов объективированной оценки состояния больных на сегодняшний день является Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) [3].

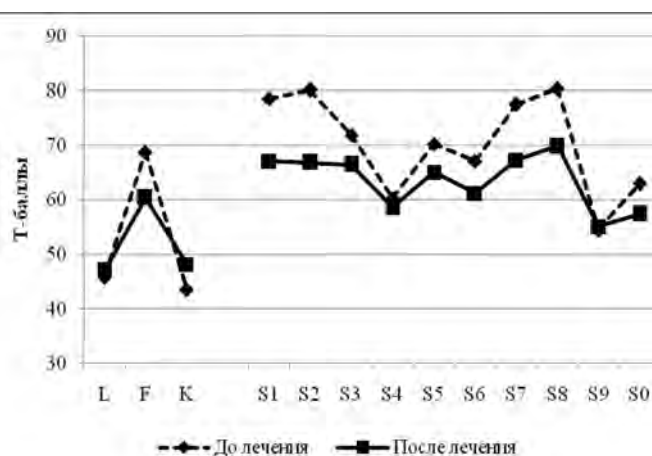


Рис. 4. Усредненный профиль личности по ММИЛ до и после лечения (n=86)

На рис. 4 представлен усредненный профиль ММИЛ неотобранной группы 86 больных, прошедших лечение в отделении. В результате терапии получено достоверное ($p < 0,0001$) снижение профиля по шкалам поиска помощи (F), соматизации тревоги (S1), депрессии (S2), вытеснения факторов, вызывающих тревогу (S3), ригидности аффекта (S6), фиксации тревоги и ограничительного поведения (S7), аутизации (S8) и социальных контактов (S0). Отмечалось также достоверное понижение профиля ($p < 0,001$) по шкале мужских и женских черт характера (F5).

Указанные терапевтические сдвиги можно интерпретировать как исчезновение тревожно-депрессивных проявлений, редукцию соматических сенсорных, диссоциативных и психосенсорных расстройств, а также нормализацию мышления, расширение социальной включенности и возникновение позитивных сдвигов в самоидентификации.

Обобщенный анализ эффективности работы отделения по Шкале общего клинического впечатления

Эффективность лечения по шкале общего клинического впечатления

МКБ-10	Результаты по шкале общего клинического впечатления								
	Значительное улучшение		Умеренное улучшение		Минимальное улучшение		Без изменений		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
F0	2	0,6	0	0	5	9,6	0	0	7
F1	0	0	0	0	0	0	2	3,7	2
F2	0	0	10	4,1	18	34,6	45	83,3	73
F3	114	36,6	104	42,1	10	19,2	0	0	228
F4	159	51,2	100	40,5	9	17,4	0	0	268
F6	21	6,7	33	13,3	10	19,2	7	13,0	71
Психологические проблемы	15	4,9	0	0	0	0	0	0	15
Всего	311	100	247	100	52	100	54	100	664

[15] представлен в табл. 6. Он показал, что у 46,8% больных к концу курса терапии отмечалось значительное улучшение, у 37,2% умеренное улучшение, а у 7,9% – минимальное улучшение состояния; у 8,1% состояние оставалось без изменений. Активное осознание психологических механизмов заболевания, улучшение взаимоотношений с близкими, повышение адаптивных способностей наблюдалось у 84,4% больных.

Наилучшие результаты лечения отмечались у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами и депрессивными эпизодами легкой и умеренной степени выраженности, получавшими сочетанную фармако- и психотерапию.

Обсуждение

Амбулаторная психотерапевтическая помощь является важным инструментом раннего выявления и лечения больных с психическими расстройствами [2, 12]. Трудно переоценить значение психотерапии при проведении психопрофилактической работы. Консультативная психотерапевтическая служба может сыграть существенную роль при разработке стационар-замещающих форм помощи, а также интегрированной медико-психологической помощи больным соматическими заболеваниями [8, 10, 13].

Существующие затруднения при организации психотерапевтической службы во многом сопряжены с отсутствием надлежащих организационных регламентов проведения психотерапевтической работы. Однако, как показал опыт деятельности отделения, существовавшего в МНИИП, организация такого отделения в структуре психиатрической службы имеет хорошие перспективы. При этом важно учитывать, что объем помощи, оказываемой психотерапевтическим подразделением, на протяжении первых лет его работы возрастает постепенно, достигая уровня «насыщения» лишь к концу 2 года работы [11].

Прирост обращений в работе таких подразделений в решающей степени обусловлен взаимодействием администрации с учреждениями первичной медико-санитарной помощи, а также медицинскими

учреждениями общего профиля. Исключительно важную роль имеет создание форума для пациентов на Интернет-сайте, а также организация дистанционных психотерапевтических консультаций.

Говоря об увеличении количества обращений, следует подчеркнуть, что оно в большой степени обусловлено физическими возможностями специалистов по оказанию полноценной психотерапевтической помощи. Это связано с тем, что интенсивность психической нагрузки у врача-психотерапевта при такой работе весьма значительна. С учетом накопленного опыта работы, можно рекомендовать установить оптимальный уровень нагрузки психотерапевта в объеме 4 одночасовых амбулаторных визитов в день при условии, что врачу помимо этого необходимо принимать участие в других формах работы (проведение групповой и семейной психотерапии, подготовка ответов по Интернет, осуществление психологического обследования пациентов, ведение документации).

Большое значение в увеличении объемов оказания психотерапевтической помощи имеет использование групповых форм психотерапии. Однако внедрение таких форм помощи целесообразно осуществлять только после того, как сложатся относительно устойчивые контингенты больных, обращающихся в данное учреждение. Наш опыт говорит о том, что на проведение стандартной групповой психотерапевтической сессии с участием 7–10 пациентов необходимо отводить не менее 3 часов, а для семейной консультации для двух-четырёх клиентов – не менее 2 часов.

Особого рассмотрения заслуживает разработка дистанционных форм психотерапевтической помощи. Эти формы работы должны использоваться уже на самом начальном этапе деятельности психотерапевтического подразделения. Однако расчет трудозатрат при этом представляет известную сложность. В зависимости от формата консультаций (ответы на вопросы, письменные заключения, анализ нарративов, формулирование рекомендаций, аудио- или видео-консультации и др.) на эту работу необходимо

отводить от 10 минут до 1,5 часов. Очевидно, что оценка данной формы лечебно-профилактической деятельности нуждается в дальнейшем изучении.

Важнейшим элементом организации психотерапевтической службы является целенаправленный отбор больных, для которых эта помощь может оказаться наиболее эффективной [5, 13]. Как следует из представленного материала, наилучшие результаты в рассматриваемом отделении были получены у пациентов с аффективными, невротическими, стрессовыми и соматоформными расстройствами.

Вместе с тем, укрепление психотерапевтической помощи в тесной связи с другими подразделениями психиатрической службы открывает возможности для развития этого направления работы. Несмотря на серьезные управленческие затруднения, в том числе неопределенность функциональных обязанностей персонала, сложности учета рабочей нагрузки, необходимость дополнительной специальной подготовки врачей психотерапевтических подразделений, в особенности в рамках диспансерного звена психиатрической службы позволяет присоединить и этот аспект к ответу на целый ряд изменений, происходящих в системе психиатрической помощи [7].

Вообще, дальнейшее развитие амбулаторной психотерапевтической помощи не представляется возможным без совершенствования методических

основ организации лечебного процесса. Важное место в этом занимает разработка нозоцентрической психотерапии, ориентированной на компенсацию или коррекцию специфических психопатологических механизмов, определяющих психосоциальную дезадаптацию больных из соответствующих нозографических групп. Как показал опыт, реализация унифицированных и комплексных психотерапевтических подходов для лечения тревожных расстройств, депрессивных состояний, а также некоторых форм нехимических зависимостей – вполне посильная задача. При этом наряду с использованием психотерапевтических стратегий, специально подбираемых для разных нозографических групп пациентов, важно использовать дифференцированные психофармакологические методы.

Еще одним важным компонентом оптимизации деятельности амбулаторных психотерапевтических подразделений должно стать использование инструментов оценки качества лечебной работы. Опыт функционирования амбулаторного психотерапевтического отделения при МНИИП показывает, что ведение пациентов с неглубокими психическими расстройствами должно быть основано на систематической оценке динамики их состояния. Вполне оправданным и достаточным является использование с этой целью современных психометрических инструментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агамамедова И.Н., Антипова О.С., Бобров А.Е., Киян К.А., Кузнецова-Морева Е.А., Никитина Т.Е. Организационные и клинические вопросы работы психотерапевтического отделения [Материалы конференции] // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии / ред. проф. Н.Г. Незнанов, проф. В.Н. Краснов. Самара, 2013. С. 388–389.
2. Александровский Ю.А., Ромасенко Л.В. Организационные аспекты психиатрической помощи в общесоматической практике [Материалы конференции] // Психиатрические аспекты общесоматической практики. 2005. С. 6–7.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: Фолиум, 1994. 175 с.
4. Бобров А.Е. Методологические проблемы охраны психического здоровья // Философия укрепления здоровья нации: Материалы конференции / ред. А.И. Вялков, Ю.М. Хрусталева, В.М. Жирнов. М.: Российское философское общество, 2008. С. 32–48.
5. Бойко Ю.П., Жаркова Н.И. Психотерапевтическая и медико-психологическая служба департамента здравоохранения города Москвы в 2005–2009 годах [Материалы съезда] // XV съезд психиатров России. М., 2010. С. 31–32.
6. Букреева Н.Д. Оптимизация деятельности психиатрической службы в условиях реформы здравоохранения Российской Федерации [Материалы съезда] // Материалы XV съезда психиатров России. М., 2010. С. 33.
7. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
8. Козырев В.Н. Организация психиатрической помощи больным с психическими расстройствами в учреждениях общемедицинской сети (принципы и модели интегрированной медицины) [Материалы конференции] // Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / ред. А.Б. Смулевич. М.: Русский врач, 2000. С. 120–128.
9. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 5–14.
10. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 431 с.
11. Кузнецова М.В., Бобров А.Е. Опыт организации психотерапевтического кабинета на базе территориальной поликлиники: динамика и структура обращений на протяжении первых полутора лет // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 15–20.
12. Ястребов В.С. Организационные аспекты внебольничной и стационарной психиатрической помощи // Журнал невропатологии и психиатрии. 1991. Т. 91, № 1. С. 3–6.
13. Casey P.R., Byng R. Psychiatry in primary care. Forth edition. Cambridge University Press, 2011.
14. DiTomasso R.A., Golden B.A., Morris H.J., Chiumento D. Primary Care: The biopsychosocial model and cognitive-behavioral approaches // Handbook of cognitive-behavioral approaches in primary care / ed. DiTomasso R.A., Golden B.A. and Morris H.J. 2011. P. 3–13.
15. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1976.

О ПРАКТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АМБУЛАТОРИИ

И.Н. Агамамедова, Т.Е. Никитина, А.Е. Бобров

Важной задачей по улучшению помощи больным психическими расстройствами является организация работы амбулаторных психотерапевтических подразделений, оптимизация их взаимодействия с психиатрическими стационарами, формирование контингентов обслуживаемых больных, а также планирование методического содержания и объема врачебной нагрузки. С учетом этого целью работы явился анализ клинического и организационного опыта деятельности амбулаторного психотерапевтического отделения, созданного при Московском НИИ психиатрии и действовавшего на протяжении 3 лет (2010–2012).

С использованием метода клинко-статистического наблюдения в работе показано, что объем помощи, оказываемой психотерапевтическим подразделением, на протяжении первых лет его работы возрастает

постепенно, достигая уровня «насыщения» лишь к концу второго года работы. При этом основной контингент больных составляют сохраняющие в профессиональном и социальном отношении пациенты, страдающие аффективными и тревожными расстройствами. Сочетанная и дифференцированная в нозографическом отношении терапия позволяет достигать значительного и умеренного улучшения в 84% случаев. Особую роль играет консультативная работа по Интернет.

Таким образом, несмотря на серьезные управленческие затруднения, организация современных психотерапевтических амбулаторий в рамках психиатрической позволяет дать адекватный ответ на целый ряд изменений, происходящих в системе психиатрической помощи.

Ключевые слова: амбулаторные психотерапевтические подразделения, эффективность, тревожные и депрессивные расстройства.

PRACTICAL EXPERIENCE OF OUTPATIENT PSYCHOTHERAPY UNIT

I.N. Agamamedova, T.E. Nikitina, A.E. Bobrov

The authors focus on the importance of starting outpatient psychotherapy units that should be in close contact with psychiatric hospitals and play a role in improvement of mental health care. In this context, it is important to know the types of patients that benefit from this therapy and to develop the methodology and contents for interventions as well as workload for therapists. In this article, the authors analyse their clinical and organisational experience with starting an outpatient psychotherapy unit in the Moscow Research Institute of Psychiatry that was functioning during three years (2010–2012).

On the basis of clinical-statistical observation, the authors conclude that the amount of care provided by this unit was gradually increasing, reaching

the 'saturation' point only by the end of the second year. Majority of patients were persons with affective and anxiety disorders who hardly had functioning problems in professional and social sense. Combined and differentiated therapy resulted in pronounced or moderate improvement in 84% of cases. Internet consultations played a special role in this therapy.

Conclusion: despite serious management difficulties, starting modern outpatient psychotherapy units within framework of existing mental health care may offer an adequate response to changes that are currently taking place in the system.

Key words: outpatient psychotherapy units, effectiveness, affective and anxiety disorders.

Агамамедова Ирина Николаевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела консультативной и дистанционной психиатрии МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: agama6@yandex.ru

Никитина Таисия Евгеньевна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела консультативной и дистанционной психиатрии МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела консультативной и дистанционной психиатрии МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России