

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА НА БАЗЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ: ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ ПЕРВЫХ ПОЛУТОРА ЛЕТ

М. В. Кузнецова, А. Е. Бобров

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Развитие сети психотерапевтических кабинетов является важнейшей задачей модернизации психиатрической службы. Это направление открывает дорогу к созданию интегративной медицины и предопределяет решение многих профилактических и медико-социальных проблем здравоохранения [3, 4, 11, 13, 14, 16]. Однако необходимость развития данного направления для многих организаторов здравоохранения не является очевидной. Отчасти это происходит вследствие инерции и консерватизма, отчасти – в результате колебаний между избираемыми моделями здравоохранения.

Серьезные препятствия связаны также с недостаточной определенностью организационных, функциональных и кадровых основ психотерапевтической службы [5, 7, 8]. При этом ни одна из проблем, стоящих перед указанной службой, не может быть разрешена без систематического изучения показателей психического здоровья в первичном звене здравоохранения, а также анализа потребностей населения и врачей других специальностей в консультативной и психотерапевтической (психиатрической) работе [9].

Несмотря на многочисленные сообщения в литературе, впервые дается обобщенное описание практического опыта организации психотерапевтического кабинета в первичном звене здравоохранения.

Учитывая сказанное, **целью** работы явилось изучение динамики и клинической структуры обращений во вновь организованный психотерапевтический кабинет на протяжении первых этапов его работы.

Методы исследования и условия сбора материала

Использовались клиничко-статистический и клинический методы. Кабинет был организован на базе одной из городских

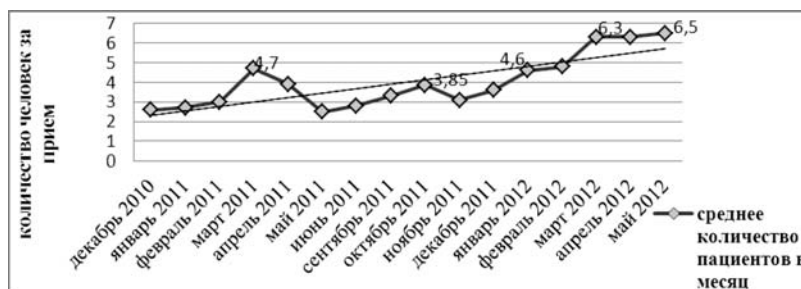
поликлиник Москвы. Кабинет функционировал 14 часов в неделю (три смены в неделю – одна смена утренняя, две вечерние). Штат кабинета – ½ ставки врача психотерапевта. Период, на протяжении которого проводилось исследование, составлял 18 месяцев.

Результаты

За период наблюдения количество первичных обращений составило 283, общее число посещений – 735. Из обратившихся пациентов 227 – женщины, 56 – мужчины. Средний возраст пациентов – $57,8 \pm 14,7$ лет.

Как следует из рисунка, отражающего динамику обращений в течение полутора лет после создания психотерапевтического кабинета, основной тенденцией являлось неуклонное возрастание среднего количества обращений на протяжении рабочей смены психотерапевта. Если на начальном этапе количество обращений в кабинет составляло в среднем 2,6 в месяц, то через полтора года этот показатель вырос в 2,4 раза и достигал 6,3 или 5,3 посещения за смену (табл. 1).

Анализ динамики обращений в психотерапевтический кабинет показывает, что увеличение их количества происходило волнообразно. С учетом дан-



Динамика среднего количества обращений за ноябрь 2010 – май 2012 гг.

Примечания: прием пациентов также частично проводился и в июне 2012 года (принято 13 первичных пациентов), однако в связи с изменениями условий работы психотерапевтического кабинета в дальнейший анализ эти данные включены не были.

ных, представленных в табл. 1, в работе кабинета можно выделить пять периодов, отражающих процесс становления этого подразделения. Первый период охватывал ноябрь 2010–февраль 2011 года и был связан с решением основных организационных вопросов. В это время преобладали первичные обращения. Второй период продолжался с марта по июнь 2011 года и отражал первичный весенний подъем обращаемости. С этого времени стало возрастать количество повторных обращений. Указанная тенденция отчетливо проявилась, начиная с апреля 2011 года, то есть примерно через полгода после начала работы кабинета. Следует отметить, что именно в это время отмечалось сезонное снижение количества первичных обращений. Третий период, длившийся с сентября по ноябрь 2011 года, характеризовался осенним спадом первичных обращений. Тем не менее, количество повторных обращений стабильно возрастало. Четвертый период отмечался на протяжении с декабря 2011 года по февраль 2012 года. В это время продолжалось поступательное увеличение обращаемости пациентов, главным образом за счет резкого возрастания количества повторных обращений. Наконец, пятый период, длившийся с марта по май 2012 года, сопровождался сезонным увеличением обращений в психотерапевтический кабинет (второй весенний подъем).

На функционирование кабинета существенное влияние оказывали внешние организационные факторы. Так, июль и август 2011 года были исключены из рассмотрения вследствие ремонта в поликлинике, а, начиная с осени 2012 года, кабинет был вообще переведен в другую поликлинику. Это привело к существенному снижению обращаемости, которая стала ниже исходного уровня и составила 2,1 посещения за смену.

В ходе работы производилось также изучение маршрутов обращений пациентов в психотерапевтический кабинет. На начальных этапах пациенты направлялись преимущественно врачами-интернистами – терапевтами и неврологами. На более поздних этапах возрастала доля пациентов, обратившихся к психотерапевту по собственной инициативе, а также по рекомендации родственников или знакомых, ранее проходивших курс лечения в психотерапевтическом кабинете.

Анализ направлений пациентов к психотерапевту показал, что чаще всего они попадали в психотерапевтический кабинет из трех источников: по направлению участковых терапевтов – 30,3% (n=86), неврологов поликлиники – 22,3% (n=63) и по собственной инициативе – 30,0% (n=85) первичных обращений. Направление пациентов от врачей-специалистов поликлиники было более редким. Общая доля пациентов, обратившихся по направлению других специалистов (гастроэнтеролога, отоларинголога, ревматолога, кардиолога, эндокринолога и физиотерапевта), составила 13,1% (n=37). В ряде случаев первичное обращение пациентов было обусловлено настоятельными просьбами со стороны их родственников – 3,7% (n=10) случаев.

Специального рассмотрения заслуживает психопатологическая структура состояний, по поводу которых пациенты обращались в психотерапевтический кабинет. Как видно из табл. 2, в этом контингенте преобладали невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства – у 129 (45,6%) пациентов, органические расстройства – у 63 (22,3%), а также аффективные расстройства – у 49 (17,3%).

Сравнение групп пациентов, направленных из разных источников, не выявило каких-либо достоверных различий между ними по полу и возрасту. Вместе с тем, указанные группы больных различались по структуре имеющихся у них расстройств. Результаты рангового дисперсионного анализа (ДА) по Краскелу-Уоллису свидетельствуют, что эти отличия затрагивают категории психоорганических расстройств (p=0,0187), аддикций (p=0,0251) и психологических проблем у здоровых лиц (p=0,0118).

Статистический анализ частот с использованием критерия χ^2 показал, что неврологи в сравнении с другими источниками достоверно чаще направляли больных органическими психическими расстройствами (p=0,040), а также аддикциями (p=0,001). У неврологов также отмечалась отчетливая, но не достигающая уровня достоверности, тенденция

Сравнение групп пациентов, направленных из разных источников, не выявило каких-либо достоверных различий между ними по полу и возрасту. Вместе с тем, указанные группы больных различались по структуре имеющихся у них расстройств. Результаты рангового дисперсионного анализа (ДА) по Краскелу-Уоллису свидетельствуют, что эти отличия затрагивают категории психоорганических расстройств (p=0,0187), аддикций (p=0,0251) и психологических проблем у здоровых лиц (p=0,0118).

Статистический анализ частот с использованием критерия χ^2 показал, что неврологи в сравнении с другими источниками достоверно чаще направляли больных органическими психическими расстройствами (p=0,040), а также аддикциями (p=0,001). У неврологов также отмечалась отчетливая, но не достигающая уровня достоверности, тенденция

Таблица 1

Количество обращений в психотерапевтический кабинет за ноябрь 2010–май 2012 гг

Периоды функционирования кабинета	Среднее количество обращений в день	Среднее количество первичных обращений за период	Среднее количество повторных обращений за период	Среднее количество обращений в месяц	Абсолютное количество обратившихся пациентов за период
Первый период (организационный период)	2,7	19,2	7,0	26,2	105
Второй период (первичный весенний подъем)	3,5	18,2	19,7	38	152
Третий период (осенний спад)	3,4	14,7	24,3	39	117
Четвертый период (поступательного роста)	4,3	11	39,3	50,3	151
Пятый период (вторичный весенний подъем)	6,4	16,7	47,0	63,7	191

Психические расстройства у пациентов, направленных к психотерапевту из разных источников

Источники направления пациентов	Диагностические категории по МКБ-10																		
	F0		F1		F2		F3		F4		F5		F6		F7		Психологические проблемы		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Терапевт	18	29	4	18	1	8	17	35	42	33	2	33	9	30	0	0	3	27	86
Невролог	20	32	11	50	3	25	7	14	30	23	0	0	3	10	0	0	0	0	63
Другие специалисты	6	10	1	5	1	8	6	12	19	15	2	33	2	7	0	0	5	45	37
Самостоятельное обращение	13	21	5	23	5	42	18	37	36	28	2	33	14	47	1	100	2	18	85
Родственники	6	10	1	5	2	17	1	2	2	2	0	0	2	7	0	0	1	9	12
Всего	63	100	22	100	12	100	49	100	129	100	6	100	30	100	1	100	11	100	283
Достоверность различий между источниками направления по ДА Краскел-Уоллиса	0,0187		0,0251		0,1178		0,4577		0,2530		0,4664		0,1438		0,6754		0,0118		

реже, чем у терапевтов и врачей других специальностей, направлять к психотерапевту пациентов ряда категорий. К ним относились больные аффективными расстройствами ($p=0,140$)¹, поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами ($p=0,185$), а также расстройствами личности ($p=0,088$) и психически здоровые лица с психологическими проблемами ($p=0,070$). Врачи прочих специальностей, наоборот, достоверно чаще направляли пациентов с расстройствами личности ($p=0,001$). У них также имелась тенденция, не достигающая уровня статистической достоверности, чаще направлять к психотерапевту больных физиологическими расстройствами психогенного происхождения ($p=0,137$). Пациенты, обратившиеся самостоятельно или по совету родственников, достоверно чаще имели расстройства личности ($p=0,036$) и несколько реже – психорганические расстройства ($p=0,065$). Что касается пациентов, направленных участковыми терапевтами, то по спектру имеющихся у них расстройств они представляли наиболее широкую и представительную группу.

Отдельного изучения заслуживает категория пациентов, которые ограничились единственным визитом к психотерапевту. Всего было 107 таких пациентов, что составило 37,8% от их общего количества. Из числа однократно обратившихся пациентов, дальнейшего лечения не требовалось только 18 (16,8%). Среди нуждающихся в лечении, 9 человек (8,4%) были направлены в клинику неврозов,

7 (6,5%) – в ПНД и 2 (1,9%) – на стационарное лечение в психиатрическую больницу.

В целом вся группа однократно обратившихся пациентов не отличалась по полу и возрасту от остальных пациентов, посещающих кабинет психотерапевта. Особенности их клинического состояния заключались в относительном преобладании психорганических расстройств ($p=0,007$), а также в не достигающем уровня статистической достоверности уменьшении доли невротических расстройств ($p=0,056$) и аддикций ($p=0,092$).

Обсуждение

Данные различных исследований показывают, что потребность в оказании психотерапевтической помощи весьма значительна. Так, по результатам репрезентативных обследований от 40 до 60% пациентов, обращающихся в поликлиники, страдают сопутствующими непсихотическими психическими расстройствами [1, 10]. Эти расстройства оказывают существенное негативное влияние на протекание основного соматического заболевания, частоту обращений таких пациентов за медицинской помощью и количество дополнительных обследований [12, 17, 18]. Однако психолого-психиатрическое сопровождение учреждений первичной медико-санитарной помощи сталкивается с целым рядом препятствий организационного, клинического и образовательного характера.

Центральным вопросом такого сопровождения является определение структуры психопатологических состояний, по поводу которых пациенты территориальной поликлиники нуждаются в оказании психотерапевтической помощи. Это обусловлено тем, что планирование видов деятельности врача-психотерапевта, а также его профессиональная под-

¹ При сравнении групп больных с аффективными расстройствами, которых направляют к психотерапевту неврологи и все другие врачи, с помощью критерия Вальда-Вольфовица $p=0,017$.

готовка должны осуществляться с учетом характера наиболее часто встречающихся форм психических расстройств. Как показало выполненное исследование, наиболее часто к психотерапевту попадают больные с аффективными расстройствами, невротическими, соматоформными и связанными со стрессом расстройствами, а также с психоорганическими расстройствами. Каждая из указанных категорий больных составляет от 20 до 30% приема. При этом пациентов с психозами, а также здоровых клиентов с психологическими проблемами, нуждающихся в специальной психотерапии, сравнительно немного.

Данное обстоятельство целесообразно учитывать при подготовке и оценке профессиональной квалификации психотерапевтов, работающих в поликлиниках. Из полученных данных следует, что первостепенное значение для их деятельности имеют знания и умения оказать помощь при расстройствах тревожно-депрессивного спектра, а также при сосудистых и когнитивных расстройствах [2]. Все это предполагает углубленную подготовку по вопросам, связанным с применением психофармакологических и сосудистых средств в амбулаторной практике, когнитивно-поведенческой и семейной психотерапии [8, 9]. Немаловажное значение имеет также знание врачом-психотерапевтом смежных вопросов общей медицины, в особенности неврологии, кардиологии, гастроэнтерологии и гинекологии [6].

Результаты данной работы показали, что востребованность населением психотерапевтической помощи возникает не сразу, и поэтому контингенты пациентов, которые в ней нуждаются, формируются постепенно на протяжении 1–2 лет. Более того, соотношение между потребностью в психотерапевтической помощи и ее востребованностью имеет непростой характер. Оно зависит от информированности населения, доступности и качества психотерапевтической службы. Огромное значение имеет фактор стигматизации и психологическая компетентность врачей первичной медико-санитарной помощи. При организации психотерапевтического кабинета следует также учитывать сезонность, в особенности, весеннее обострение психических расстройств и спад частоты обращений пациентов в летние месяцы.

Анализ динамики обращаемости пациентов во впервые созданный психотерапевтический кабинет свидетельствует о том, что, если в самом начале его работы преобладали первичные обращения, то с течением времени обнаружилась тенденция к постепенному их «замещению» повторными визитами. Это явление вряд ли может объясняться эффектом «насыщения» психотерапевтической помощью потребности в ней населения региона. Скорее всего, данное обстоятельство отражает достижение оптимального уровня профессиональной занятости врача-психотерапевта. Увеличение количества повторных обращений позволяет врачу

при сохранении необходимого уровня посещений более равномерно перераспределять свою активность на протяжении рабочего дня, чередуя диагностические и терапевтические мероприятия, а также используя в своей деятельности различные виды лечения. С учетом этого, при организации психотерапевтического кабинета и контроле над его деятельностью необходимо ориентироваться не только на общее количество посещений, но и отслеживать правильное распределение различных видов профессиональной деятельности.

Из материалов выполненного исследования следует, что на формирование востребованности психотерапии существенно влияют организационные мероприятия, осуществляемые в системе муниципального здравоохранения. Большую роль играет взаимодействие психотерапевта с врачами поликлиники, в особенности, – с участковыми терапевтами, неврологами и администрацией [15, 20]. Не меньшее значение имеет также развитие и включение психотерапевта в социальную сеть, объединяющую пациентов и врачей данной территории². Указанные мероприятия должны быть нацелены на оптимизацию маршрутов обращения пациентов за медицинской помощью [7].

Существенный интерес в этой связи вызывает сравнительный анализ структуры психических расстройств больных, попадающих к психотерапевту из разных источников. В частности, в структуре направлений больных от неврологов преобладают пациенты с психоорганическими расстройствами, что объясняется необходимостью коррекции психического состояния этих пациентов. Вместе с тем тот факт, что эти пациенты достоверно чаще, чем пациенты из других источников, страдают аддикциями, заслуживает особого внимания. Детальный анализ подобных случаев показал, что из 20 больных химической зависимостью, выявленных врачом-психотерапевтом, только у трех был диагностирован алкоголизм и у одного – полинаркомания. В остальных 16 случаях имела место зависимость от бензодиазепинов и барбитуратов, содержащихся в седативных препаратах. Большинство из указанных пациентов лечилось от бессонницы, причем у 9 из них имелись сопутствующие психоорганические расстройства, что объясняло их первичное обращение и лечение у невролога.

Вызывает интерес также факт более редкого направления неврологами пациентов с аффективными и психосоматическими расстройствами, расстройствами личности и психологическими проблемами. Это отчасти объясняется спецификой контин-

² Указанные сети в настоящее время проявляются преимущественно в форме т.н. «сарафанного радио», однако по мере развития местного самоуправления и расширения каналов связи администрации лечебно-профилактических учреждений с населением (например, через Интернет) «материализация» этих сетей станет более ощутимой.

гента неврологических больных. Однако отмеченный факт может быть обусловлен и тем, что многих таких пациентов, в особенности больных депрессией, неврологи пытаются лечить самостоятельно.

Более частое направление к психотерапевту пациентов с психологическими проблемами и психосоматическими расстройствами со стороны врачей-специалистов другого профиля, по всей видимости, обусловлено тем, что к ним попадают наиболее трудные в клиническом плане больные с различного рода стертными психопатологическими состояниями, а также с рентными и ипохондрическими тенденциями. Многие из этих пациентов нуждаются в психолого-психиатрическом сопровождении, что и сказывается на структуре направлений больных к психотерапевту от врачей-специалистов.

Особую категорию пациентов психотерапевтического кабинета представляют больные, обратившиеся самостоятельно или по совету родственников. Важность этой категории больных обусловлена тем, что они представляют собой весьма обширный контингент лиц, нуждающихся в психолого-психиатрической помощи, но в силу стигматизации психиатрии эти пациенты избегают обращаться в психоневрологические диспансеры. Исследование показало, что факторами, побуждающими этих пациентов искать помощи у психотерапевта, являются личностные расстройства и, отчасти, психологические проблемы, не связанные с соматическими и неврологическими нарушениями. В остальном структура психопатологических состояний, наблюдающихся у них, не отличается от остальных групп пациентов.

Выполненное исследование обнаружило, что значительная часть больных, обращающихся в психотерапевтический кабинет, не включается в курсовую психотерапию. Причины этого разнообразны, однако, невысокая кратность посещений психотерапевта представляет собой достаточно общее явление, характерное для различных психотерапевтических центров и практик [19, 21]. Как свидетельствует опыт, большое количество пациентов нуждается лишь в разовых или редких психологических консультациях. Сопоставление психического состояния этих пациентов с другими категориями больных, осуществленное в рамках данного исследования, выявило только одно достоверное отличие – значительное преобладание среди пациентов

данной подгруппы больных с психоорганическими расстройствами. С учетом этого, можно заключить, что именно общая тяжесть состояния способствовала их отказу от лечения у психотерапевта. Об этом же говорит и выраженная тенденция к снижению в данной подгруппе доли пациентов с тревожными расстройствами и аддикциями.

Заключение

1. Организация психотерапевтического кабинета в территориальной поликлинике создает условия для оказания лечебно-профилактической помощи значительным контингентам пациентов. За 1,5 года работы впервые образованного психотерапевтического кабинета количество обращений к психотерапевту увеличилось в 2,4 раза и достигло 6,4 посещения за смену.

2. Динамика обращаемости пациентов в психотерапевтический кабинет зависит от комплекса мероприятий, осуществляемых как на уровне лечебного учреждения, так и в деятельности самого психотерапевтического кабинета. Немаловажное значение имеет также фактор сезонности.

3. Характер деятельности психотерапевта поликлиники в значительной степени определяется структурой психических расстройств у пациентов, обращающихся в его кабинет. Ведущее место среди этих расстройств занимают невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (45,6%), органические психические расстройства (22,3%), а также аффективные расстройства (17,3%). С учетом этого следует планировать лечебно-профилактическую деятельность психотерапевтов и их профессиональную подготовку.

4. Основные источники обращения пациентов к психотерапевту поликлиники – направление от участковых терапевтов и врачей-неврологов, а также самостоятельное обращение лиц с психическими расстройствами и психологическими проблемами. Каждый из этих источников обеспечивает в среднем по 20–30% пациентов. По мере развития психотерапевтической службы первичные обращения пациентов постепенно «замещаются» повторными обращениями.

5. Пациенты, попадающие к психотерапевту из разных источников, имеют немаловажные клинические отличия, что следует учитывать при планировании и организации деятельности психотерапевтического кабинета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.Е. Могут ли врачи общего профиля применять антидепрессанты? // Русский Медицинский Журнал. 2006. Т. 14, № 6. С. 444–449.
2. Бобров А.Е. Царенко Д.М. Когнитивные нарушения при органических и тревожно-депрессивных расстройствах у больных первичной медицинской помощи // Психические расстройства в общей медицине. 2012. № 1. С. 15–20.
3. Вельтищев Д.Ю. Стресс и тревога в амбулаторной медицинской практике: общие и алергологические аспекты диагностики и терапии // Справочник поликлинического врача. 2007. № 9. С. 11–14.
4. Вертоградова О.П., Диков С.Ю. Структурные особенности соматовегетативных нарушений при разных типах депрессии // Журнал неврологии и психиатрии. 2011. Т. 111, № 7. С. 18–24.
5. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
6. Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Краснов В.Н. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиаль-

- ной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 4. С. 5–13.
7. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Довженко Т.В. Аналитический отчет «О проблемных ситуациях, возникающих у врачей первичной и общей медицинской помощи при ведении больных с непсихотическими психическими расстройствами». М., 2010. 49 с.
 8. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Довженко Т.В. Научный отчет «Разработка механизмов комплексной диагностики и полипрофессионального ведения больных с непсихотическими расстройствами в условиях первичного звена здравоохранения». М., 2010. 87 с.
 9. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В. и соавт. Научный отчет «Разработка инструктивно-методических материалов для руководителей и специалистов первичного звена здравоохранения (включая психотерапевтов и психиатров) по организации системы помощи лицам с психическими расстройствами на основе полипрофессионального взаимодействия». М., 2011. 132 с.
 10. Ястребов В.С. Организационные аспекты внебольничной и стационарной психиатрической помощи // Журнал невропатологии и психиатрии. 1991. Т. 91, Вып. 1. С. 3–6.
 11. Atun R., de Jongh T., Secci F. et al. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems // Health Policy and Planning. 2010. Vol. 25. P. 1–14.
 12. Baumeister H., Hutter N., Bengel J., Haerter M. Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis // Psychother. Psychosom. 2011. Vol. 80, N 5. P. 275–286.
 13. Butler M., Kane R.L., Mc Alpine D. et al. Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care. Evidence Report // Technology Assessment. 2008. N 173. 190 p. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38632>]
 14. Doherty W.J., McDaniel S.H., Baird M.A. Five levels of primary care/behavioral healthcare collaboration // Family Systems Medicine. 1995. Vol. 13. P. 283–298.
 15. Druss B.G., von Esenwein S.A. Improving general medical care for persons with mental and addictive disorders: systematic review // General Hospital Psychiatry. 2006. Vol. 28, N 2. P. 145–153.
 16. Maurer B.J. Behavioral Health/Primary Care Integration Environmental Assessment Tool: State Level Policy and Financing. Spring 2004 // National Council for Community Behavioral Healthcare. [<http://www.thenationalcouncil.org/galleries/business-practice>]
 17. Kathol R., Saravay S.M., Lobo A., Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation // Medical Clinics of North America. 2006. Vol. 90, N 4. P. 549–572.
 18. Morriss R., Kai J., Atha C., Avery A. et al. Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention // BMC Fam. Pract. 2012. doi: 10.1186/1471-2296-13-39.
 19. Swift J.K., Greenberg R.P. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis // J. Consult. Clin. Psychol. 2012. Vol. 80, N 4. P. 547–559. doi: 10.1037/a0028226.
 20. Oud M.J., Schuling J., Groenier K.H. et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study // BMC Fam. Pract. 2010. N 11. P. 92.
 21. Wierzbicki M., Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout // Professional Psychology: Research and Practice. 1993. Vol. 24, N 2. P. 190–195.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА НА БАЗЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ: ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ ПЕРВЫХ ПОЛУТОРА ЛЕТ

М. В. Кузнецова, А. Е. Бобров

В статье представлены результаты деятельности по организации психотерапевтического кабинета на базе территориальной поликлиники города Москвы. Проанализирована динамика обращений пациентов в психотерапевтический кабинет, характер нозологических групп, источники направлений пациентов. Выделены необходимые

организационные мероприятия, а также основные препятствия в организации психотерапевтической помощи в первичном звене здравоохранения.

Ключевые слова: психические расстройства, поликлиника, психотерапевтический кабинет, психотерапевтическая помощь.

PSYCHOTHERAPEUTIC UNIT IN A DISTRICT POLYCLINIC: DEVELOPMENTS AND THE STRUCTURE OF PATIENTS' COMPLAINTS DURING THE FIRST 1.5 YEARS

M. V. Kuznetsova, A. E. Bobrov

The article presents the results of a psychotherapeutic unit functioning by one of Moscow district polyclinics. The authors analyze the structure of patients' complaints and frequency of their visits, their distribution in terms of nosological groups and the sources of patients' referrals to the psychotherapeutic unit. The authors specify the key organizational steps

and principal obstacles in arranging psychotherapeutic units in primary health care system.

Key words: mental disorders, polyclinic, psychotherapeutic unit, psychotherapeutic care.

Кузнецова Мария Валерьевна – аспирантка отдела психотерапии и консультативной психиатрии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: pk104@mail.ru

Бобров Алексей Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебно-методической работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: bobrov2004@yandex.ru