

Б.В. Михайлов, д.м.н., профессор, Харьковская медицинская академия последипломного образования

# Клиника и принципы терапии пароксизмальных состояний в структуре невротических и соматоформных расстройств

**За последние десятилетия наблюдается увеличение заболеваемости расстройствами психики и поведения за счет непсихотических, так называемых пограничных расстройств [1]. Наряду с этим наблюдается значительный рост классических психосоматических заболеваний – артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и др. [2]. Анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностируемыми соматизированными депрессиями, а с другой – состояниями, которые вместо невротических расстройств диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония. Во всех этих случаях одним из ведущих клинических проявлений являются пароксизмальные состояния [3-5]. Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации.**

## Эволюция взглядов на психосоматические расстройства

До настоящего времени существует определенный полиморфизм мнений относительно происхождения, диагностики, классификации патологических состояний, в генезе которых существенную роль играют психогенные факторы.

Проблема соотношения психического и соматического с давних времен является одним из ключевых вопросов медицинской науки. Этапным моментом в становлении психовисцерального (психосоматического) направления является введение Sommer (1894) понятия «психогения». Формирование клинического понятия вегетососудистой дистонии (ВСД) связано с Н. Eppinger, L. Hess (1910) [6], которые дали определение синдрому ваготонии, и d'Acosta (1871), описавшего синдром «раздраженного сердца» [7].

В рамках психодинамического направления проблема тропности патологических психовегетативных влияний исторически связывается с представлениями S. Freud (1885) об истерической конверсии [8]. Достаточно близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на том, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы [9]. Alexander (1953) в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развивающийся при конфликтных ситуациях вегетативный невроз расценивается как физиологический ответ органа на хронически повторяющееся эмоциональное состояние [7]. Л. Шертон (1982) считает, что психосоматический симптом является асимболическим, специфическая направленность которого определяется не психическими, а иммунологическими и нейроэндокринными механизмами [3].

В рамках концепции ре- и десоматизации, сформулированной М. Schug, возникновение соматического заболевания ассоциируется с процессом «ресоматизации», «физиологической регрессией» к существовавшим в детском возрасте примитивным соматовегетативным реакциям [10].

Большой вклад в развитие соматоцентрической парадигмы внесли исследования В.А. Пилировского, в результате которых уточнена роль патологии вегетативной нервной системы и нарушений интроцепции, участвующих в формировании психопатологических образований ипохондрического круга [11].

Согласно концепции стресса Г. Селье в качестве основных психофизиологических механизмов рассматриваются эмоциональное возбуждение и торможение, приводящие, соответственно, к активации ЦНС и симпатической нервной системы либо к блокированию вазомоторных процессов [12].

Несмотря на многочисленность теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, в том числе и множества пароксизмальных проявлений в их структуре, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств.

Поэтому в последнее время стали говорить об их многофакторном генезе [2, 6, 14].

Вместе с тем в последнее время в структуре невротических расстройств наблюдается значительное увеличение соматовегетативных и неврологических компонентов, в том числе и в виде пароксизмальных проявлений. Вследствие этого назрела необходимость интегрированного рассмотрения данного типа расстройств.

Несмотря на замену термина «неврозы» на «невротические расстройства» в МКБ-10, смысловое содержание этой рубрики осталось прежним. Вся рубрика выделена отдельно в МКБ-10 соматоформных расстройств насчитывает три базисных компонента в традиционном классификационном понимании: органичные и системные невроты, вегетососудистая и нейроциркуляторная дистония, истерические расстройства в их соматовегетативных проявлениях.

Несмотря на давно принятый в общепринятой практике способ рассматривать эти состояния в русле психогенно-конституциональных расстройств, которые диагностируют и курируют психиатры и психотерапевты, в отечественной практике продолжается и отстаетается параллельное их курирование неврологами и кардиологами.

В то же время А.М. Вейн, рассматривая пароксизмальные состояния, признал правомерность и необходимость замены термина «вегетативные кризы» на «панические атаки» [14].

В настоящее время среди терапевтов и невропатологов продолжается практика классифицировать вегетососудистую и нейроциркуляторную дистонии по МКБ-10 в классе VI – болезни нервной системы как G90.8 и G90.9 (иные и неустановленные заболевания вегетативной нервной системы).

Наиболее часто пароксизмальные состояния наблюдаются в структуре невротических и соматоформных расстройств. Основным диагностическим признаком этих расстройств является психогенная причина возникновения и отсутствие органического поражения.

## Пароксизмальные состояния в структуре невротических расстройств

Пароксизмальные состояния наиболее часто встречаются в структуре агорафобии (F40.0), агорафобии с паническим расстройством (F40.01), панического расстройства (F41), генерализованного тревожного расстройства (F41.1). Агорафобия характеризуется пароксизмом выраженного страха, появляющегося при перемене привычно-комфортной среды обитания, на фоне которого наблюдаются вегетативные симптомы: тахикардия, затрудненное дыхание, головокружение. Паническое расстройство характеризуется спонтанным возникновением пароксизма при отсутствии какой-либо связи с определенными ситуациями или событиями психогенно-провоцирующего характера. Пароксизм начинается в виде внезапного эпизода интенсивного страха или дискомфорта, длящегося несколько минут, причем интенсивность симптоматики достигает максимума очень быстро. В структуру пароксизма входят вегетативные симптомы:

усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту (не обусловленная действием лекарственных препаратов или дегидратацией); вегетовисцеральные симптомы: затрудненное дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в животе, приливы жара и озноб, ощущение онемения или покалывания; идеаторно-эмоциональные симптомы: чувство головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости, восприятие окружающих материальных объектов как «ненастоящих» (дереализация) либо ощущение отделенности от собственной личности или же нереальности своего пребывания в данный момент в данном месте (деперсонализация), страх сумасшествия, утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания, страх смерти.

Агорафобия с паническим расстройством характеризуется сочетанием вышеописанных пароксизмальных состояний. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется выраженной напряженностью, беспокойством, опасениями, связанными с мрачно-пессимистическим восприятием будущего. Могут наблюдаться нечетко очерченные пароксизмы, в структуру которых входят вегетативные симптомы (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту), вегетовисцеральные симптомы (затрудненное дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, приливы жара или озноб, ощущение онемения или покалывания, мышечное напряжение или боль, двигательное беспокойство или неспособность расслабиться, ощущение взвинченности, состояние на грани нервного срыва или психического напряжения, ощущение комка в горле или затруднение при глотании), идеаторно-эмоциональные симптомы (чувство головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости, дереализация, деперсонализация, страх сумасшествия, утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания, страх смерти), астенические фоновые синдромы (усиленное реагирование на любые неожиданности или на действия, принимаемые с целью вызвать испуг, затруднение сосредоточения внимания или ощущение пустоты в голове из-за тревоги или беспокойства, постоянная раздражительность, затруднение при засыпании из-за беспокойства).

## Пароксизмальные состояния в структуре соматоформных расстройств

Соматоформные расстройства определяются как повторяющееся возникновение соматических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии органической основы для симптоматики. Если соматические симптомы и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неблагоприятными жизненными событиями, трудностями или



Б.В. Михайлов

конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности. Часто наблюдается некоторая степень демонстративно-истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые занимают негативно-оппонирующую позицию в связи с невозможностью отстоять свою версию органической природы своего заболевания и необходимости продолжения дальнейших обследований [15].

Пароксизмальные состояния наиболее часто встречаются в структуре соматизированного расстройства (F45.0); недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1); ипохондрического расстройства (F45.2); соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3); хронического соматоформного болевого расстройства (F45.4).

Соматизированное расстройство отличается полиморфизмом патологических телесных ощущений, варьирующих по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до выраженных, острых алгий. Наряду с этим наблюдается соматовегетативная симптоматика по типу симпатоадреналовых, вагоинсулярных, смешанных кризовых состояний, включая функциональные нарушения со стороны внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезия желчных путей и др.).

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется наличием стойких мономорфных патологических алгий, постоянных по локализации, интенсивности, которые могут сопровождаться психовегетативной симптоматикой, в том числе и пароксизмального характера.

В структуре соматоформной вегетативной дисфункции системно-органной очерченности пароксизмальные состояния, как правило, отличаются относительной специфичностью соматосенсорных компонентов. Однако при этом наблюдаются признаки, характерные для диссоциативных расстройств – формирование двигательных, чувствительных и вегетативных компонентов в структуре пароксизма в соответствии не с иннервационно-топографическими закономерностями, а с системой субъективных представлений пациента.

## Подходы к лечению

Терапия пароксизмальных состояний в структуре соматоформных расстройств включает широкий круг лечебных и реабилитационных мероприятий. Ведущее значение в построении терапевтической тактики имеет комплексный подход с учетом воздействия на все патогенетические звенья.

Необходимо учитывать негативно-оппозиционное отношение больных к попыткам трактовки психологической обусловленности симптомов, особенно при наличии выраженных пароксизмальных соматовегетативных проявлений. Вследствие этого базисным направлением в лечении больных невротическими и соматоформными расстройствами в настоящее время является психотерапия. Используется практически весь спектр современных форм и методов психотерапии. Широко применяется рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, групповая, аналитическая, поведенческая, позитивная, клиентцентрированная терапия и др. Ведущим методом психотерапии

при цих состояниях на начальном этапе является когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на разъяснение механизмов имеющихся нарушений и выработку совместно с больным тактики преодоления психотравмирующей ситуации. Когнитивный подход в терапии невротических и соматоформных расстройств насчитывает четыре последовательные стадии: создание автоматических мыслей; тестирование автоматических мыслей; идентификация дезадаптивных положений, лежащих в основе нарушений, и проверка обоснованности дезадаптивных положений.

В обязательном порядке с больными отрабатываются приемы, восстанавливающие нормальный соматосенсорный чувствительный спектр. Для этого проводится концентрация внимания на спокойных, желательных статичных, эмоционально позитивных представлениях (любимый пейзаж и т.д.).

Эффект в отношении редукции вегетовисцеральной симптоматики достигается при аутогенной тренировке, в различных модификациях используется также групповая психотерапия с обязательным включением семейной психотерапии.

Однако, несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции, совокупность в клинической картине эмоциональных, вегетативных, вегетовисцеральных компонентов, как правило, не дает возможности обойтись без медикаментозной терапии. В инициальном периоде даже жесткие директивные методики не позволяют получить быстрого желаемого результата.

Фармакотерапия пароксизмальных состояний в структуре невротических и соматоформных расстройств предполагает использование широкого спектра психотропных средств — анксиолитиков, антидепрессантов, атипичных нейролептиков, антипароксизмальных и нормотимических препаратов. Однако применение психотропных средств в клинике невротических и соматоформных расстройств имеет свои особенности. При назначении психотропных средств целесообразно стремиться к монотерапии с использованием комфортных в употреблении для больных лекарственных препаратов.

Учитывая возможность повышенной чувствительности, а также опасность развития побочных эффектов, психотропные средства назначаются в малых и средних дозах. К требованиям относятся также минимальное влияние на соматические функции, массу тела, минимальная поведенческая токсичность и тератогенный эффект, возможность применения в период лактации, низкая вероятность взаимодействия с соматотропными препаратами.

Фармакотерапия больных с невротическими и соматоформными расстройствами, в структуре которых наблюдаются пароксизмальные состояния, направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективные и соматовегетативные. Это обуславливает выбор препаратов соответствующих фармакологических групп.

**Антидепрессанты.** Препаратами первого выбора являются антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам. Недостатком препаратов этой группы является относительно малый анксиолитический компонент действия и в силу этого недостаточная эффективность в отношении нарушений эмоциональной сферы с тревожным компонентом. Латентное окно терапевтического действия в течение 10-14 дней у всех препаратов этой группы вынуждает в течение этого времени применять анксиолитики-транквилизаторы бензодиазепинового ряда. СИОЗС назначаются длительными курсами:

- пароксетин — от 10 до 40 мг/сут (максимальная доза 80 мг);
- сертралин — от 50 до 100 мг/сут (максимальная доза 200 мг);
- флуоксетин — от 20 до 40 мг/сут (максимальная доза 80 мг);
- циталопрам — от 20 до 40 мг/сут (максимальная доза 60 мг);
- флувоксамин — от 50 мг до 100 мг/сут (максимальная доза 300 мг).

Применяются также трициклические антидепрессанты:

- amitриптилин — от 25 до 200 мг/сут (максимальная доза 400 мг), может применяться как длительными, так и короткими курсами;
- тианептин — от 12,5 до 37,5 мг/сут (максимальная доза 50 мг).

Тетрациклические антидепрессанты:

- миртазапин (пресинаптический  $\alpha_2$ -антагонист, улучшающий норадренергическую и серотонинергическую передачу) — доза от 15 до 30 мг/сут (максимальная доза до 45 мг/сут).

При выраженных компонентах тревоги более эффективным может быть применение антидепрессантов двойного действия — ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин — 75-225 мг/сут, милнаципран — 25-200 мг/сут, тразодон — 50-600 мг/сут).

Значительный положительный эффект, особенно при наличии в клинической структуре инсомний, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда — агомелатин. Он применяется в дозах от 25 до 50 мг/сут (максимальная доза 50 мг).

**Транквилизаторы.** При наличии в структуре аффективных нарушений тревожного компонента рекомендуется применение бензодиазепиновых транквилизаторов, которые могут назначаться однократно или короткими курсами по 7-14 дней:

- диазепам — от 5 до 40 мг/сут (максимальная доза 60 мг);
- клоназепам — от 2 до 8 мг/сут (максимальная доза 16 мг);
- оксазепам — от 10 до 60 мг/сут (максимальная доза 90 мг);
- феназепам — от 0,5 до 3,0 мг/сут (максимальная доза 6,0 мг).

При выраженном ипохондрическом компоненте эффект лечения транквилизаторами часто оказывается недостаточным. Необходимо их сочетанное применение с корректорами поведения, например с тиродазином (от 30 до 75 мг/сут, максимальная доза 800 мг). При наиболее выраженных соматовегетативных и соматосенсорных компонентах как пароксизмального, так и, особенно, перманентного характера показано применение атипичных нейролептиков, например сульприда (100-300 мг/сут, максимальная доза 800 мг).

В лечении пароксизмальных состояний также применяются нормотимики:

- карбамазепин — от 200 до 400 мг/сут (максимальная доза 1000 мг);
- вальпроат натрия — от 300 до 600 мг/сут (максимальная доза 1400 мг);
- прегабалин — от 150 до 600 мг/сут (максимальная доза 600 мг).

## Литература

1. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Социально-ориентированная психиатрическая помощь в Украине: проблемы та рішення // Український вісник психоневрології. — Т. 18, вип. 3(64), 2010.
2. Михайлов Б.В. Стан і стратегія реформування психотерапії і медичної психології в Україні // Медичинська психологія. — Т. 6. № 3(23), 2011. — С. 44-47.
3. Михайлов Б.В., Сарвін І.Н., Мирошніченко Н.В. и др. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Вісник психіатрії та психофармакології. — 2002. — № 1. — С. 38-43.
4. Напресенко О.К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакології, 2002, № 1, с. 7-12.
5. Пиндикін В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М.: «Трилада-Х», 2000. — 256 с.
6. Коркина М.В., Марилев В.В. Психосоматические расстройства // Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — С. 501-502.
7. Михайлов Б.В., Марута И.О., Табачников С.І. та ін. Концептуальні основи і стратегія розвитку психотерапії в Україні // Український вісник психоневрології. — 2002. — Том. 10, вип. 2(31). — С. 17-20.
8. Фрейд З. Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1989. — 448 с.
9. Адлер А. О нервическом характере. — СПб.: Университетская книга, 1997. — 388 с.
10. Schur M. Das Es und die Regulationsprinzipien des psychischen Geschehens. — Frankfurt, М., 1973.
11. Гиляровский В.А. Избранные труды. — М.: Медицина, 1973. — 228 с.
12. Селье Г. Стресс без дистресса. Пер. с англ. — М.: Прогресс, 1979. — 124 с.
13. МКБ-9: Психические расстройства: Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (адаптирован для использования в СССР). — Москва, 1982.
14. Вейн А.М., Панические атаки // Международный медицинский журнал. — 1997. — № 3. — С. 75-79.
15. Сартorius Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. — Киев, 1997. — 104 с.

## Інформація для фахівців

### Деякі питання нормативно-правового врегулювання роботи в галузі медичної психології в медичній мережі

Останнім часом у галузі охорони здоров'я виникають питання щодо порядку діяльності фахівців з медичної психології. Згідно з наказом МОЗ України від 12.03.2008 р. № 122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33» посада «медичний психолог» має визначитися (замінено у всіх додатках наказу) як «лікар-психолог» або «практичний психолог» відповідно до профілю закладу охорони здоров'я та його функцій.

Це означає, що зарахування на відповідну посаду фахівця з базовою медичною або психологічною освітою здійснює керівництво закладу охорони здоров'я згідно з чинним законодавством виходячи з виробничої необхідності.

Виробничою необхідністю має визначитися відповідно до змісту професійної діяльності практичних психологів, лікарів-психологів та інших фахівців, що регламентується наказом МОЗ України від 03.04.2008 р. № 199 «Про порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу», яким установлене, що поряд із психодіагностичним методом вони застосовують методи психологічного і психотерапевтичного впливу.

«6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки й поведінки, кризових станів, соматичних розладів, у походженні яких провідним чинником є психологічний».

Листом МОЗ України від 26.08.2008 р. № 10.03.67/1373 уточнюється: «Працівники, які працюють на посадах психологів, мають повну вищу педагогічну освіту відповідного напрямку підготовки (магістр, спеціаліст) та пройшли спеціалізацію з практичної психології, мають бути переведені на посади практичних психологів. На посади лікарів-психологів призначаються фахівці, які мають повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина» та спеціалізацію за фахом «Медична психологія».

Крім того, листом МОЗ України від 19.06.2008 р. № 10.03.67/971 визначається порядок підвищення й оплат практичним психологам.

Тобто перешкод для зарахування на відповідні посади фахівців як з медичною, так і психологічною освітою не існує.

### Модель функціонування медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги за реформою галузі охорони здоров'я

19-20 квітня 2012 р. у м. Донецьку відбулася конференція «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні», у межах якої було проведено наради головних спеціалістів МОЗ АР Крим, обласних та м. Києва і м. Севастополя управлінь охорони здоров'я.

Було обговорено змістові й організаційні питання щодо надання психотерапевтичної й медико-психологічної допомоги в умовах реформування галузі за досвідом пілотних регіонів, у тому числі Донецької області, де функціонує заклад «Обласна клінічна психоневрологічна лікарня — медико-психологічний центр».

На нараді відпрацьовано і схвалено модель організації медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги, яку запропоновано для узгодження в подальших нормативних документах МОЗ.

Реформування галузі охорони здоров'я здійснюють відповідно до наказів МОЗ України:

— від 05.10.2011 р. № 646 «Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах»;

— від 04.12.2011 р. № 755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»;

— від 31.10.2011 р. № 732 «Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів» щодо впорядкування медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги.

Первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (ПМСД) надають Центри ПМСД. На цьому рівні пропонують такі заходи:

— до компетенції лікарів загальної практики — сімейних лікарів необхідно віднести координацію з медико-психологічною і психотерапевтичною мережею, здійснення заходів з охорони психічного здоров'я населення;

— необхідно створити кабінет лікаря-психолога/практичного психолога.

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (ВМД) надають заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів і їх структурних підрозділів. На цьому рівні пропонують такі заходи:

— у лікарнях інтенсивного лікування необхідно створити кабінети лікаря-психолога/практичного психолога;

— у лікарнях планового лікування треба створити психосоматичні відділення, психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога;

— у лікарнях відновного лікування необхідно створити психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога;

— у багатопрофільних дитячих лікарнях інтенсивного лікування треба створити кабінет лікаря-психолога/практичного психолога;

— у консультативно-діагностичних центрах мають функціонувати психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога.

Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (ТМД) надають високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні заклади охорони здоров'я. На цьому рівні пропонують такі заходи:

— в обласних лікарнях (обласних дитячих лікарнях) треба створити психосоматичне і психотерапевтичне відділення;

— у центрах високоспеціалізованої медичної допомоги необхідно створити медико-психологічні центри;

— у клініках науково-дослідних інститутів мають функціонувати психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога.

У стаціонарах спеціалізованої психіатричної мережі необхідно створити мультидисциплінарні бригади у складі лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога, трудотерапевта, соціального працівника.

В амбулаторній мережі треба створити кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога.

Така структура медико-психологічної допомоги надасть змогу максимально покращити лікування хворих на гострі психічні розлади, істотно поліпшити психосоціальну реабілітацію цих хворих, значно оптимізувати допомогу хворим на невротичні та психосоматичні розлади.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальностей «Медична психологія» і «Психотерапія», завідувач кафедри психотерапії ХМАПО, д.м.н., професор **Б.В. Михайлов**