

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

В. Н. Прокудин

*Московская городская клиническая больница № 36,
Российский государственный медицинский университет*

О первых результатах организации психотерапевтической, психиатрической службы и об оказании наркологической помощи (10) в Московской городской клинической больнице скорой помощи №36, в рамках организованного в сентябре 1997 г. в этой больнице отделения (кабинета) психотерапии, ранее нами уже сообщалось (8–10). За прошедшее время накопились новые данные по исследуемой проблеме.

Практика отечественной психиатрии имеет несколько позитивных примеров в проблеме интеграции психиатрии в соматическую медицину. Так, еще в 1932 году по инициативе П.Б.Ганнушкина в Москве в соматической больнице им. Боткина было открыто психиатрическое отделение для инфекционных больных (13). В последующие годы в ряде соматических стационаров были открыты соматопсихиатрические отделения (СПО), предназначенные для лечения больных-микстов, страдающих тяжелыми формами соматической и психической патологии. К сожалению, таких отделений в Москве развернуто явно недостаточно: всего 8 с общим количеством коек – 560 (то есть всего 0,65 на 10 тыс. взрослого населения г. Москвы) (2). За рубежом существует большое количество медицинских учреждений, в которых лечатся больные с психосоматическими расстройствами. Так, в Германии в настоящее время работает около 1 500 психосоматических клиник (1). В последние годы стали все более отчетливо проявляться тенденции к сближению с общесоматической сетью (СПО и общепсихиатрические отделения в составе многопрофильных больниц); разукрупнение психиатрических больниц предлагается проводить на основе интеграции в общее здравоохранение (5). Большой интерес представляет доклад Всемирной Организации Здравоохранения за 2001 год «О состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (3). Доклад ВОЗ заканчивается утверждением: «Интеграция психиатрической помощи в общую систему здравоохранения,

в особенности на этапе первичной помощи, дает множество преимуществ и существенно снижает стигматизацию больных. В этом случае воздействие на психические и поведенческие расстройства осуществляется наряду с лечением общесоматических заболеваний. При этом облегчается диагностика пациентов, повышается качество лечения физических недугов у лиц, страдающих психическими расстройствами, и наоборот, осуществляется более качественное лечение психических расстройств, связанных с физическими проблемами».

Все большее внимание уделяется оказанию помощи на уровне первичной медицинской службы лицам с преимущественно легкими депрессиями, с соматоформными и тревожными расстройствами. Опыт стран Западной Европы, Северной Америки показывает, что такая помощь вполне может быть оказана врачами общемедицинской сети (7). Описан положительный опыт активного взаимодействия психиатра и психологов-психотерапевтов в оказании комплексной медико-психологической помощи больным психическими расстройствами в психотерапевтическом кабинете поликлиники (12). Авторы этой работы считают, что главным барьером в системной перестройке и организации бригадной работы являются стереотипы профессионального сознания. У врачей – это ориентация на преимущественно биологические аспекты, у психологов-психотерапевтов, напротив, – недооценка биологических и клинических закономерностей, важности медикаментозного лечения. Таким образом, развитие бригадного подхода и комплексной терапии необходимо для оптимизации лечения больных, но сталкивается с рядом трудностей. Эти трудности все больше осознаются различными специалистами – психиатрами, психотерапевтами, психологами. Перестройка мышления на основе системной биопсихосоциальной модели, соблюдение равноправных партнерских позиций – необходимые условия для становления бригадной работы в отечественной службе охраны психического здоровья.

Организаторы здравоохранения подчеркивают необходимость создания психотерапевтической и психиатрической службы в общесоматических амбулаторных и стационарных учреждениях. По данным МЗ РФ каждый 4-й житель страны нуждается в консультации психолога или психиатра, главным образом по поводу невроза или личностных расстройств; первичная заболеваемость непсихотическими (пограничного уровня) расстройствами увеличилась за последние 7 лет на 38,9% (4).

В связи со сказанным актуальность открытия отделения (кабинета) психотерапии в ГКБ № 36 (на 1 255 коек хирургического, терапевтического и акушерско-гинекологического профиля) не вызвала сомнений. ГКБ № 36 – это старинная московская больница, которая в 2001 году отметила 100-летний юбилей.

В связи с тем, что отделение психотерапии – новое подразделение в соматической больнице, много внимания было уделено организационным вопросам: разработке и составлению должностных инструкций на всех сотрудников отделения; разработке отчетной медицинской документации; налаживанию взаимопонимания между врачами (психотерапевтом и психиатрами) и медицинским психологом.

Работа психотерапевтов и медицинских психологов регламентируется инструкцией Московского городского организационно-методического отдела (ОМО) по психотерапии и медицинской психологии от 1998 года «О порядке оформления медицинской документации врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами» и методическими рекомендациями «Задачи психотерапевтов, терапевтов и неврологов по психотерапевтическому лечению на этапах первичной медико-санитарной помощи в территориальной поликлинике для взрослого населения» (6). В инструкции записано: «В ЛПУ общего профиля в амбулаторных картах (историях болезни), хранящихся в регистратуре ЛПУ (в отделении), учитывая конфиденциальность информации о психическом здоровье, врач-психотерапевт делает лишь краткие записи. Основным медицинским документом, содержащим всю информацию о состоянии здоровья пациента врача-психотерапевта, работающего в ЛПУ общего профиля, является вторая (психотерапевтическая) «Медицинская карта амбулаторного больного», которая заводится и хранится в кабинете психотерапевта. Хотя нормы нагрузки психотерапевта не определены, все же в вышеупомянутых методических рекомендациях впервые приведены затраты времени психотерапевта и медицинского психолога в процессе лечения пациентов: ознакомительно-диагностический этап – 2,5 часа, лечебный этап – 1,25 часа, заключительный этап – 2,25 часа. Кроме того, в них приведена таблица «Ориентировочные затраты времени» на 47 психотерапевтических и на 44 психодиагностических и психокоррекционных психологических методик. Однако, и инструкция, и методические рекомен-

дации регламентируют работу психотерапевта и медицинского психолога только в амбулаторных ЛПУ.

Работа психиатров в соматической больнице регламентируется инструкцией Главного медицинского управления г.Москвы, утвержденной в 1993 году «О порядке осуществления психиатрических консультаций и освидетельствования в общесоматических учреждениях и их переводов в психиатрические больницы».

При выполнении психиатрами и психотерапевтом консультативно-лечебной работы они столкнулись с проблемой: какие записи делать в истории болезни больного соматического стационара? Так как этот медицинский документ является «открытым», то в нем, по-видимому, должна делаться запись психотерапевта или психиатра о консультации (если она делается с согласия пациента, это обязательно отмечается, если недобровольно – то только в соответствии с Законом о психиатрической помощи) в виде краткого перечисления некоторых жалоб, некоторых анамнестических сведений и некоторых особенностей психического статуса (только тех, которые не дискредитируют, не ущемляют личность больного). Диагноз записывается шифром (по МКБ-10), подробно указываются назначения. В соответствии с вышеупомянутой инструкцией ОМО по психотерапии и медицинской психологии, но, учитывая, что она предназначена для амбулаторных ЛПУ мы на ее основе разработали следующую медицинскую карту:

Психотерапевтическая (психиатрическая) карта больного соматического стационара

Ф.И.О. Возраст Пол Отдел. Обратился самост., по рекоменд. (направлен.) кого?

№ истории болезниДаты: поступл; кон-сульт.....; выписки.....

Соматический диагноз:

Жалобы:

История жизни и заболевания:

Психический статус:

Психиатрический диагноз:

Назначения:

Повседневная консультативно-лечебная работа сотрудников отделения психотерапии проводилась в соответствии с поступающими из оперативного отдела больницы срочными и плановыми заявками из всех клинических отделений больницы. Эта работа проводилась по 3 направлениям: психотерапевтическая консультативно-лечебная помощь соматическим больным с наиболее легкими коморбидными психопатологическими расстройствами; психиатрическая (в том числе наркологическая) консультативно-лечебная помощь соматическим больным с отчетливыми (психотического уровня) коморбидными психопатологическими расстройствами; медико-психологическая помощь (по назначению врача) в виде психологического консультирования, психодиагностического исследования и сеансов психологической коррекции.

Психотерапевт трижды в неделю в хорошо оборудованном гипнотарии проводил сеансы групповой психотерапии. За 5 лет психотерапевт и медицинский психолог провели 828 психотерапевтических сеансов, в которых участвовало 5 400 больных. Кроме того, ими использовались следующие психотерапевтические методики: аутогенная тренировка, гипносуггестивная, групповая, психокоррекционная, рациональная, семейная, библио-психотерапия, психотерапия сексуальных расстройств.

Психиатры широко использовали дифференцированную психофармакотерапию: нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами, ноотропами. Все эти психотропные препараты применялись у соматических больных с коморбидными психопатологическими расстройствами в небольших, реже в средних, дозах. Психиатры отделения психотерапии выполняли также функции нарколога в процессе консультативно-лечебной помощи соматическим больным с сопутствующими алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями.

За 1998–2002 годы следующие данные характеризуют работу сотрудников отделения психотерапии.

Первичных консультаций было проведено 6 040 (вместе с повторными – 9 268), что составляет соответственно 4% (и 6%) от общего количества госпитализированных больных в ГКБ № 36 за 5 лет. Для сравнения можно напомнить данные исследо-

вания (10) пациентов многопрофильной больницы (речь идет о ГКБ № 1, где развернуто два (мужское и женское) СПО, работает большой штат психиатров). По данным этого исследования: «консультативно-психиатрическая помощь оказывается лишь 2% пациентов соматического стационара, в их числе лица с психотическими расстройствами, либо совершившие суицидальную попытку».

Консультативно-лечебная помощь сотрудниками отделения (кабинета) ГКБ № 36 за 5 лет представлена в табл. 1. Вышеприведенный ряд цифр за 1998–2002 годы отчетливо отражает растущую из года в год интенсивность работы сотрудников отделения психотерапии по оказанию консультативно-лечебной помощи стационарным соматическим больным с коморбидными психопатологическими расстройствами (рост на 173%). Этот показатель отражает также постепенное увеличение количества заявок врачей-интернистов на консультации психотерапевта и психиатра, прежде всего, по причине большего понимания ими критериев психиатрической диагностики. Росло и количество повторных консультаций, ранее осмотренных больных (рост на 231%). Этот показатель отражает повышение активности психотерапевта и психиатров отделения психотерапии по инициативному повторному или многократному консультированию больных в динамике.

Таблица 1

Распределение 6 040 соматических больных ГКБ № 36 с психическими расстройствами, которым была оказана консультативно-лечебная помощь сотрудниками отделения (кабинета) психотерапии в 1998–2002 годах

А	1998 год 960 (1 367)	1999 год 1 064 (1 625)	2000 год 1 120 (1 693)	2001 год 1 229 (1 978)	2002 год 1 667 (2 605)
Б	Женщин 2 923 (48,4 %)			Мужчин 3 117 (51,6%)	
В	18–19 лет 96 (1,6%)	20–39 лет 1 220 (20,2%)	40–59 лет 1 982 (32,8%)	60 и более лет 2 742 (45,4%)	
Г	Срочные заявки – 649 (7%)			Плановые заявки – 5 391 (93%)	
Д	В СПО др. общих больниц 45 (0,7%)			в психиатрические больницы 81 (1,3%)	
Е	В дома-интернаты общего типа 47 (0,8%)			В психоневрологические интернаты 3 (0,05%)	

Примечание: А – по количеству первично осмотренных больных (в скобках: всего консультаций); Б – по полу; В – возрасту; Г – срочным и плановым вызовам; Д – количеству переводов в СПО др. общих больниц и в психиатрические стационары; Е – по количеству консультативно-экспертных заключений при оформлении больных в дома-интернаты общего типа и в психоневрологические интернаты.

Таблица 2

Распределение 6 040 стационарных соматических больных с психотическими расстройствами по психиатрическим диагнозам МКБ-10

Диагноз	Количество: абс. (%)	Диагноз	Количество: абс. (%)
Органические психозы и (или) слабоумие	1 547 (25,6%)	Органические непсихотические расстройства	2 078 (34,4%)
Резидуальная шизофрения	290 (4,8%)	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	1 023 (16,9%)
Состояние отмены алкоголя с делирием	181 (3%)	Аффективные непсихотические расстройства	536 (8,9%)
Умственная отсталость с неадекватным поведением	60 (1%)	Неврозоподобные и поведенческие расстройства, связанные с синдромом алкогольной зависимости	181 (3%)
		Расстройства личности	107 (1,8%)
Острые преходящие неорганические психозы	54 (0,9%)	Неврозоподобные и поведенческие расстройства, связанные с синдромом наркотической зависимости	90 (1,5%)
Всего психотических расстройств	2 132 (35,3%)	Всего непсихотических расстройств	3 908 (64,7%)

Распределение больных по полу: женщин – 2 923 (48,4%); мужчин – 3 117 (51,6%).

Представляет интерес распределение больных по возрасту: 18–19 лет – 96 (1,6%), 20–39 лет – 1 220 (20,2%), 40–59 лет – 1 982 (32,8%), свыше 60 лет – 2 742 (45,4%). Обращает на себя внимание, что почти половина соматических больных (45,4%), которым потребовалась консультация психиатра или психотерапевта, была старше 60 лет. Это существенный факт, подчеркивающий особую подверженность пожилых соматических больных коморбидным психическим расстройствам (от невротических и психопатоподобных, до эпизодов спутанности в ночное время на фоне мнестико-интеллектуального снижения, вплоть до деменции) (табл. 2).

Выраженные психические расстройства (психозы и/или слабоумие) были отмечены у 2 132 (35,3%) проконсультированных соматических больных: органические психозы и(или) слабоумие – у 1 547 (25,4%), шизофрения в стадии ремиссии – у 290 (4,8%), алкогольные делирии абстинентного типа – у 181 (3%), олигофрении с неадекватным поведением – у 60 (1%), острые преходящие неорганические психозы – у 54 (0,9%) пациентов. Именно с острыми психотическими расстройствами были связаны срочные вызовы психиатров (7%) в клинические отделения больницы.

Непсихотические коморбидные расстройства были обнаружены у 3 908 (64,7%) проконсультированных соматических больных: органические непсихотические расстройства – у 2 078 (34,4%), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – у 1 523 (25,2%), невротоподобные и поведенческие расстройства в связи с алкоголизмом – у 181 (3%), невротоподобные и поведенческие расстройства в связи с наркоманиями – у 90 (1,5%), аффективные непсихотические расстройства – у 36 (0,6%) пациентов. С этой подгруппой соматических больных в наибольшей степени проводился весь комплекс психотерапевтической работы в сочетании с назначением небольших доз психотропных препаратов.

Наиболее часто требовалась именно психотерапевтическая (а не психиатрическая) помощь подобным соматическим больным с разнообразны-

ми невротическими и невротоподобными, а также психопатическими и психопатоподобными расстройствами на фоне или вследствие различной терапевтической (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, бронхиальная астма, различные виды стенокардии, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз), неврологической (посттравматическая энцефалопатия, резидуальные явления перенесенных нарушений мозгового кровообращения с дисциркуляторной энцефалопатией, начальные степени церебрального атеросклероза) или какой-либо другой соматической (хирургической, акушерско-гинекологической) патологии.

Следующая по массовости группа соматических больных с коморбидными психическими расстройствами – это 2 742 пациента пожилого возраста (старше 60 лет). У 1 950 (32,3%) больных обнаружены психопатологические расстройства, связанные с церебральным атеросклерозом, причем у 1 320 (2/3 части из этой подгруппы пациентов или у 21,8% от общего количества исследованных больных) они ограничивались невротическими и психопатоподобной симптоматикой на фоне легкого мнестико-интеллектуального снижения (именно этим пациентам пожилого возраста требовалась психотерапевтическая помощь). У остальных 630 (1/3 часть или 10,43%) больных церебральным атеросклерозом расстройства психики достигали уровня психотических (обычно это были кратковременные эпизоды спутанного сознания, чаще всего в ночное время) (табл. 3).

В деятельности отделения (кабинета) психотерапии соматической больницы использовалась модель «взаимодействия-прикрепления» (8, 10). Согласно этой модифицированной модели психотерапевт и психиатры (оказывающие консультативно-лечебную помощь стационарным соматическим больным с сопутствующими психическими расстройствами) обсуждают с интернистами тактику лечения психических расстройств, для того, чтобы в последующем лечение мог продолжить сам врач-интернист. При этом психиатры отделения психотерапии способствовали повышению квалификации медицинского персонала в области диагностики и терапии

Таблица 3

Распределение 6 040 стационарных соматических больных с психическими расстройствами по соматической патологии

Соматическая патология	Количество: абс. (%)	Соматическая патология	Количество: абс. (%)
Скелетные травмы	978 (16,2%)	Черепно-мозговые травмы	852 (14,1%)
ИБС	833 (13,8%)	Ожоги	735 (12%)
Гипертония	574 (9,5%)	Церебро-васкулярная патология	447 (7,4%)
Отравление-интоксикация	199 (3,3%)	Челюстно-лицевая патология	145 (2,4%)
Болезни печени	121 (2%)	Органическое поражение ЦНС	109 (1,8%)
Глазная патология	103 (1,7%)	Инфаркт миокарда	97 (1,6%)
Болезнь ЖКТ	84 (1,4%)	Акушерская патология	66 (1,1%)
Гинекологическая патология	54 (0,9%)	Тиреотоксикоз	54 (0,9%)
Онкологическая патология	42 (0,7%)	Вегето-сосудистая дистония	24 (0,4%)

психической патологии, поддерживая постоянное сотрудничество со специалистами, работающими в общемедицинской сети.

Такая модель позволяет преодолеть недостаточную осведомленность врачей-интернистов в области психиатрии, а также существенно снизить потребности здравоохранения в узких специалистах психиатрического профиля.

Для этого психиатрам и психотерапевту отделения психотерапии пришлось постоянно проводить с врачами-интернистами соматического стационара семинарские занятия по психиатрии и психотерапии, по профилактике суицидов среди соматических больных, по наиболее частым коморбидным психическим расстройствам, которые могут встречаться у соматических больных, обучить интернистов пониманию необходимости сразу же проконсультировать такого пациента с психотерапевтом или психиатром (не откладывать такую консультацию на предвыписной период), обучить их методике совместного ведения (совместного лечения) подобных больных.

Сотрудникам отделения психотерапии путем постоянной разъяснительной работы с врачами-интернистами и заведующими клинических отделений удалось добиться следующего неперемного условия: все соматические больные с малейшими признаками коморбидности в плане психического нездоровья должны в первый же день выявления лечащим врачом этих признаков направляться на консультацию психиатра, психотерапевта или медицинского психолога.

Гораздо проще обстоит дело с назначениями врачами-интернистами консультаций психиатра в случаях выявления у соматического больного коморбидной психотической симптоматики (с психомоторным возбуждением, спутанностью сознания, галлюцинациями и бредовыми высказываниями). Тогда срочные заявки поступают от лечащих врачей немедленно.

Заявки на консультацию психиатров, психотерапевта или медицинского психолога выполнялись в течение ближайших 30 мин., а срочные заявки – немедленно.

Кроме консультирования больных по заявкам от лечащих врачей и заведующих клинических отделений, психиатры и психотерапевт отделения психотерапии инициативно осуществляли повторные консультации (нередко многократные, иногда ежедневные) ранее осмотренных больных в динамике терапии.

Психиатрам отделения часто приходилось контактировать (по телефону) с участковыми психиатрами психоневрологических диспансеров, лечащими врачами тех психиатрических больниц, где ранее лечились больные.

За 5 лет психиатры отделения психотерапии проконсультировали и составили заключения на оформление 46 больных (0,8%) в дома интернаты общего типа, а 3 больных (0,05%) – в психоневрологические интернаты.

Консультации психиатра, психотерапевта и медицинского психолога должны проводиться наедине с больным, например, в свободном кабинете. Однако, в случае тяжести соматического состояния, строгого постельного режима (например, из-за скелетного вытяжения), когда приходится консультировать больного прямо в палате, беседа врача-психиатра, психотерапевта или медицинского психолога проводится с максимальным учетом врачебной этики и деонтологии.

Особенность работе психиатров, психотерапевта и медицинского психолога отделения (кабинета) психотерапии соматической больницы придает также кратковременность пребывания основного контингента соматических больных в стационаре (особенно в больницах скорой помощи: в среднем 15–20 дней) (8–10).

Необходимо отметить еще один существенный факт. Больные дают согласие на консультацию психиатра или психотерапевта, предложенную им лечащим врачом-интернистом, или сами высказывают желание побеседовать с психотерапевтом. Большинство из них говорят о том, что никогда бы не решились обратиться в районный психоневрологический диспансер из-за опасений получить «ярлык психически больного человека». Ситуация, когда в многопрофильной соматической больнице у пациента с коморбидными психическими расстройствами возникает реальная возможность обсудить свои расстройства с медицинским психологом, психотерапевтом или психиатром, расценивается такими пациентами как наиболее удобная, не вызывающая тревожных опасений перед приклеиванием ярлыка душевнобольного.

Необходимо остановиться на процедуре перевода соматических больных с коморбидными психическими расстройствами; речь может идти либо о больных с одинаково представленной соматической и психической патологией – эти больные (45 чел., 0,7%) были переведены в соматопсихиатрические отделения (СПО) тех крупных больниц, где такие отделения развернуты, либо – о больных, у которых соматическая патология перестала определять их состояние – эти больные (91 чел., 1,5%) были переведены в психиатрические больницы.

Руководящими здесь являются положения Закона о психиатрической помощи и инструкции «О порядке осуществления психиатрических консультаций и освидетельствования больных в общесоматических учреждениях и переводов их в психиатрические больницы».

Если у психиатров психотерапевтического кабинета (отделения) есть аргументированная Законом о психиатрической помощи и вышеупомянутой инструкцией убежденность в отсутствии оснований для перевода конкретного больного, они должны объяснить это коллегам-интернистам. Речь может идти, например, об остром соматогенном психозе с тяжелой соматической патологией или интоксикацией, или о впервые возникшем эпизоде спутанности со-

знания у престарелого больного – в большинстве подобных случаев необходимость в переводе на фоне адекватной терапии отпадает сама собой.

Наличие в многопрофильной соматической больницы штатных психиатра, психотерапевта и медицинского психолога, дают возможность в течение 15–30 минут после подачи заявки на консультацию осуществить ее этими специалистами. Это создает исключительно благоприятные условия (и для врачей-интернистов, и для соматических больных с коморбидными психическими расстройствами) для осуществления специализированной психиатрической, психотерапевтической или медико-психологической помощи в наиболее щадящих, не травмирующих пациентов условиях.

В плане психопрофилактической работы все специалисты отделения психотерапии постоянно про-

водили разъяснительную работу с врачами клинических отделений базовой больницы по уточнению показаний к консультациям медицинского психолога, психотерапевта и психиатра, проводились семинары с сотрудниками больницы по психопрофилактической тематике. Медицинскому психологу и психотерапевту иногда приходится участвовать в разрешении конфликтов между сотрудниками больницы.

Таким образом, пятилетний опыт оказания психотерапевтической, психиатрической и наркологической помощи больным соматического стационара с коморбидными психическими расстройствами показал, что деятельность отделения (кабинета) психотерапии в соматической больнице является адекватной и эффективной организационной формой помощи этим больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник (перевод с нем. 5-го издания). – 1999. – 376 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Богомолова Е.Д. и соавт. О работе соматопсихиатрических отделений в структуре многопрофильных больниц // Журн. невропатол. и психиатр. – 1990. – № 11. – С. 82–86.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2001 год. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – Издание Всемирной организации здравоохранения, 2001. – 215 с.
4. Казаковцев Б.А. Актуальные проблемы психиатрической помощи в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 1. – С. 82–84.
5. Казаковцев Б.А., Сидоркова Л.Ф., Мурашова Е.И. и соавт. Организация и проектирование внебольничных учреждений и подразделений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь в регионах России. Реконструкция крупных психиатрических стационаров. – М., 1999. – 304 с.
6. Каткова И.П., Бойко Ю.П., Аппенянский А.И. и соавт. Задачи психотерапевтов, терапевтов и неврологов по психотерапевтическому лечению на этапах первичной медико-санитарной помощи в территориальной поликлинике для взрослого населения. Методические рекомендации. – 2000. – 22 с.
7. Краснов В.Н. Этические проблемы современной психиатрии // Независимый психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 12–17.
8. Прокудин В.Н. Психотерапевтическая служба в многопрофильной соматической больнице // Журн. невропатол. и психиатр. – 2001. – № 5. – С. 49–51.
9. Прокудин В.Н. Психиатрическая служба в многопрофильной соматической больнице // Журн. невропатол. и психиатр. – 2002. – № 2. – С. 63–67.
10. Прокудин В.Н., Музыченко А.П., Хунданов Л.Л. Наркологические расстройства у больных многопрофильной соматической больницы (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 68–72.
11. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и соавт. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. невропатол. и психиатр. – 1999. – № 4. – С. 4–15.
12. Холмогорова А.Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г. и соавт. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 4. – С. 61–65.
13. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М., 1951. – 497 с.