

Взаимосвязь между психосоциальными показателями и показателями госпитализаций в психиатрический стационар больных параноидной шизофренией

Пашковский В.Э.¹, Софронов А.Г.¹, Федоровский И.Д.¹, Серазетдинова Л.Г.²,
Лемешев И.В.¹, Добровольская А.Е.¹

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,

² СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №5», Санкт-Петербург

Резюме. С целью выявления взаимосвязей между психосоциальными показателями больных параноидной шизофренией, находящихся под наблюдением амбулаторной службы, и показателями их госпитализаций в психиатрический стационар изучено 80 пациентов, 50 мужчин и 30 женщин, в возрасте $42,8 \pm 10,9$ лет. Результаты исследования показали, что психосоциальные характеристики, такие как возраст, достигнутый уровень образования, занятость, трудовой стаж, материальный достаток, семейное положение, широта круга общения, находятся в значимой отрицательной корреляционной взаимосвязи с показателем количества госпитализаций. Множественный регрессионный анализ показал, что длительность болезни и широта круга общения являются наиболее важными предикторами для предсказания частоты госпитализаций. Полученные результаты указывают на то, что снижение госпитализаций обеспечивается сочетанием лекарственной, психосоциальной и семейной терапии, поддержкой занятости и восстановлением коммуникативных навыков.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, амбулаторная помощь, госпитализация, психосоциальные показатели.

The correlation between psychosocial characteristics and psychiatric hospital admission rates of patients with paranoid schizophrenia

Pashkovskiy V.E.¹, Sofronov A.G.¹, Fedorovskiy I.D.¹, Serasetdinova L.G.², Lemeshev I.V.¹, Dobrovolskaya A.E.¹

¹ Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation,

² Neuropsychiatric outpatient department № 5, St. Petersburg

Summary. To identify the correlation between psychosocial characteristics of patients with paranoid schizophrenia placed under medical supervision and rates of their admissions to psychiatric hospitals, 80 patients (50 men and 30 women) aged $42,8 \pm 10,9$ years have been studied. The results showed that psychosocial characteristics such as age, level of education attained, having a job and work experience, financial and marital statuses and social circle latitude were in inversely proportional relationship with the rate of hospital admissions. Multiple regression analysis showed the duration of disease and social circle latitude to be the most important predictors of the frequency of hospital admissions. The obtained results indicate that reduction in hospital admission numbers can be achieved by providing the patient with the combination of medical, psychosocial and family therapies, as well as employment assistance and rehabilitation of communication skills.

Key words: paranoid schizophrenia, outpatient care, hospital admission, psychosocial characteristics.

Медицинская помощь для пациентов, страдающих шизофренией, состоит из психиатрического лечения, психосоциального вмешательства и лечения сопутствующих соматических заболеваний. Целью этой помощи является ликвидация и смягчение психопатологической симптоматики, повышение качества жизни и социального функционирования и предотвращение рецидива психоза [11]. Реализация этой цели диктует необходимость терапевтических воздействий, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных. Сказанное явилось важным обоснованием для изменения, как за рубежом, так и в нашей стране идеологии организации психиатрической службы с переносом акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия [3, 5, 6].

Существующие в настоящее время технологии, при надлежащем применении и доступности, должны способствовать значительному уменьшению психотических симптомов и улучшению возможностей вести более полноценную жизнь в обществе. Тем не менее, основные проблемы остаются, в том числе необходимость повышения уровня знаний о лежащих в основе болезни нейрокогнитивных нарушениях и симптомах дефицита, которые в значительной степени определяют инвалидность [9, 13, 14, 15, 17, 18]. Значительные пробелы существуют также между научными знаниями об эффективности лечения психических расстройств и данными о применении этих методов лечения в повседневной практике. Исследования в области психического здоровья могут помочь восполнить этот пробел между фундаментальными исследованиями и исследованиями технологий, предостав-

ляемых пациентам с психическими расстройствами в медицинских учреждениях по месту жительства [12].

Опыт реформирования психиатрической службы в нашей стране показал, что эффективность оказания психиатрической помощи не достигается простым перераспределением ресурсов между стационарным и амбулаторным звеньями. Анализ выявил, что в ходе реформирования обнаружены недостатки, приведшие к снижению числа первично выявляемых психически больных, ухудшению доступности помощи в сельских районах, уменьшению числа врачей-психиатров, несоответствию между сокращением психиатрических стационаров и отстающим от него развитием внебольничных подразделений [4].

В западных странах последствия деинституализации зачастую приводили к прекращению получения лечебных воздействий у ряда больных. Было сообщено, что до 50% пациентов, получавших услуги по охране психического здоровья, при смене форм оказания помощи отказались от лечения. Особенно высок этот риск у молодых людей после первого эпизода шизофрении [10,16].

Отечественная модель организации психиатрической помощи предлагает использование системного подхода, ориентированного на преимущественное получение психиатрического лечения во внебольничных условиях, развитие внебольничных форм помощи, выделение целевых групп пациентов, страдающих шизофренией, и перераспределение имеющихся психиатрических ресурсов с целью максимального удовлетворения потребностей больных шизофренией в лечебно-реабилитационных программах и лекарственном обеспечении [1]. Таким образом, стационарная и амбулаторная помощь являются единой системой, представляющей собой совокупность элементов, находящихся в определённых отношениях друг с другом. Для повышения эффективности этой системы необходимо изучение клинических и социальных показателей больных, получающих стационарную и амбулаторную помощь.

Цель исследования. Изучить характер взаимосвязей между психосоциальными показателями больных параноидной шизофренией, находящихся под наблюдением амбулаторной службы, и показателями их госпитализаций в психиатрический стационар.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты 1327 больных с психическими расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся у психиатров психоневрологического диспансера №5 Красногвардейского района Санкт-Петербурга. Из них была сформирована фокус-группа из 80 пациентов, 50 мужчин и 30 женщин, в возрасте $42,8 \pm 10,9$ лет. Для верификации диагноза шизофрении в исследовании включались пациенты с длительностью заболевания не менее 5 лет. Критериями исключения из исследования являлись псевдоорганический дефект с выраженными проявлениями атактического мышления и шизо-

фазии и острые или хронические заболевания в стадии декомпенсации. В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-архивный и статистический методы. Применялись формализованная карта исследования пациентов, состоящая из 5 модулей и опросник И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера [3].

С помощью статистического пакета STATISTICA 6.0 проводилось вычисление показателей описательной статистики [7]. Для установления корреляционных связей применялся коэффициент ранговой корреляции по Кендаллу (τ). Анализ вида зависимости одного признака от одного или нескольких проводился методом линейного регрессионного анализа. В настоящем исследовании достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

В обследованной группе наиболее высокой была доля больных с диагнозом F20.006. Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии (47,5%), затем следовали: F20.004. Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения (31,25%), F20.014. Параноидная шизофрения, эпизодический тип с нарастающим дефектом (16,25%), F20.019. Параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом, ремиссия без дополнительных указаний (3,75%) и F20.018. Параноидная шизофрения, эпизодический тип с нарастающим дефектом, другой тип ремиссии (1,25%).

Таблица 1. Сопутствующие заболевания у больных параноидной шизофренией

Название	Абс.	%
Инфекционные и паразитарные заболевания, в т.ч. ВИЧ, гепатит	14	17,50
Психические расстройства в связи с употреблением алкоголя	13	16,25
Психические расстройства в связи с употреблением ПАВ	8	10,00
Эндокринные, метаболические заболевания и расстройства питания	3	3,75
Заболевания сердечно-сосудистой системы:	5	6,25
Заболевания дыхательной системы	1	1,25
Заболевания пищеварительной системы	1	1,25
Прочие	7	8,75
Заболеваний не выявлено	28	35,00
Всего	80	100

У обследованных больных сопутствующие заболевания выявлялись в 52 (65%) случаях. Наиболее часто встречались хронический гепатит и психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (табл. 1).

КОЛИЧЕСТВО ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

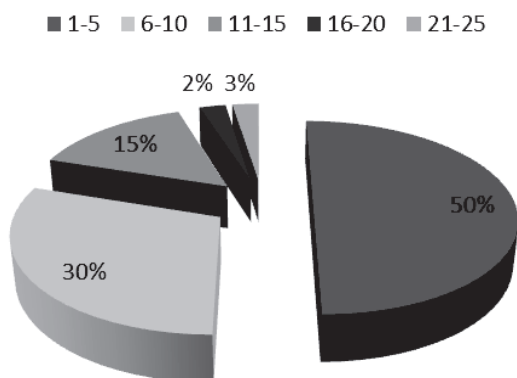


Рис. 1. Количество госпитализаций больных параноидной шизофренией в течение заболевания.

В период последней госпитализации в психиатрическую больницу обращал на себя внимание высокий показатель больных с психопатоподобным синдромом (32,5%). Эти пациенты направлялись в стационар врачами психиатрических бригад скорой помощи в связи с нарушениями поведения в ходе семейных конфликтов. Это согласуется с данными о том, что среди состоящих под диспансерным наблюдением больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра существует значительная категория пациентов с частой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями. Данный контингент нуждается, помимо психофармакотерапии, в широком спектре психосоциальных вмешательств [2].

Возраст

■ 19-30 ■ 31-40 ■ 41-50 ■ 51-60

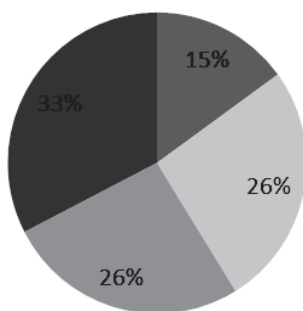


Рис. 2. Распределение больных параноидной шизофренией по возрасту.

Направления врачей диспансера были обусловлены обострениями в рамках ведущих галлюцинаторно-параноидного (32,50%), аффективно-бредового (20,00%), парафренного (8,75%), параноидного (3,75%) и паранойяльного (2,50%) синдромов. Важным показателем, характеризующим лечебный процесс, является количество госпитализаций в течение заболевания. Этот показатель отражен на рисунке 1, где показано количество больных, имевших 1-5, 6-10, 11-15, 16-20 и 21-25 госпитализаций в психиатрическую больницу.

Как видно из рисунка 1, в обследуемой группе наибольший удельный вес составили больные, имевшие до 5 госпитализаций. Корреляционная связь показателя госпитализаций с некоторыми психосоциальными показателями отражена в табл. 2.

Таблица 2. Корреляционная связь показателя госпитализаций с другими психосоциальными показателями

Показатель	Коэффициент корреляции (r)	P
Возраст	- 0,278	.0002*
Длительность заболевания	-0,360	.0000*
Инвалидность	0,372	.0000*
Длительность наблюдения в ПНД	0,141	.0634
Достигнутый уровень образования	-0,165	.0297*
Занятость в настоящее время	-0,236	.0019*
Трудовой стаж	-0,289	.0001*
Общение с друзьями и знакомыми	-0,318	.0000*
Материальное положение	-0,380	.0000*
Семейное положение	-0,240	.0016*
Широта круга общения	-0,273	.0003*
Конфликтность	-0,047	.5401

* коэффициент корреляции статистически значим.

Распределение больных по возрастным группам показано на рисунке 2.

В обследуемой группе наиболее высокими были доли больных молодого и среднего возраста по классификации ВОЗ.

Клинические данные. Длительность заболевания до 10 лет наблюдалась у 28,75%, от 10 до 14 у 15,00%, от 15 до 19 у 5,00%, от 20 до 25 у 13,75%, от 26 до 29 у 22,50% и свыше 30 лет у 15,00% пациентов. Инвалидов 1 группы было 3,75%, 2-ой — 56,25%, 3-ей — 3,75%. У 36,25% инвалидность отсутствовала. Показатель количества госпитализаций был отрицательно коррелирован как с возрастом, так и с длительностью болезни и

положительно с показателем инвалидности (табл. 2). Можно думать, что наибольшая частота госпитализаций приходится на активную фазу шизофренического процесса, которая длится 10-29 лет, а в ½ случаев 10-19 лет [8]. Связь между количеством госпитализаций и длительностью наблюдения в психоневрологическом диспансере не выявлена.

Социально-демографические данные. Наиболее значительной была доля пациентов со средним профессиональным (техникум, колледж) образованием — 28,75%. Затем следовали доли больных с высшим — 27,50%, средним (10-11 классов средней школы) — 17,50%, незаконченным высшим — 16,25% и неполным средним (5-9 классов средней школы) образованием.

На период обследования 57,50% пациентов не работали, 16,25% постоянно работали в должности ниже полученного образования и квалификации, 11,25% постоянно работали в соответствии с полученным образованием и квалификацией. Такую же долю — 11,25% составили больные, которые временно работали в должности ниже полученного образования и квалификации и, лишь 3,75% человек временно работали в соответствии с полученным образованием и квалификацией.

Как видно из диаграммы (рис. 3) наиболее значительную долю составили больные с отсутствием трудового стажа и имеющие трудовой стаж с длительными перерывами. На оценку больными своего материального положения с одной стороны влияло снижение материально-бытовых потребностей, с другой — помощь родственников. Ни один пациент не оценил свое материальное положение как бедственное, а 2,50% считали свой материальный достаток очень высоким. 46,25% указали, что им хватает средств на разнообразное полноценное питание, приобретение, хорошей одежды, отдых. 42,50% отметили, что располагают достаточными средствами для удовлетворительного питания, оплаты жилья, приобретения недорогой одежды. И лишь 8,75% указали, что они с трудом «сводят концы с концами», материальных средств хватает только на питание и оплату жилья, другие расходы недоступны.

Как показал корреляционный анализ (таблица 2), чем выше уровни образования, занятости, трудового стажа и материального достатка, тем ниже показатели госпитализаций в психиатрическую больницу.

По своему семейному положению 65,00% больных никогда не вступали в брак, 12,50% были женаты (замужем), 13,75% находились в разводе, 7,50% в гражданском браке и 1,25% были вдовыми. Коммуникативные показатели были следующими: полностью перестали общаться с друзьями и знакомыми 31,25%, продолжали ежедневно общаться 21,25%, еженедельно — 35,00%, 1 раз в месяц — 6,25%, 1 раз в 3 месяца — 5,00%, 1 раз в 6 мес. — 1,25%. За время болезни изменялась и характеристика круга общения. Разнообразный круг общения, в значительной степени по иници-

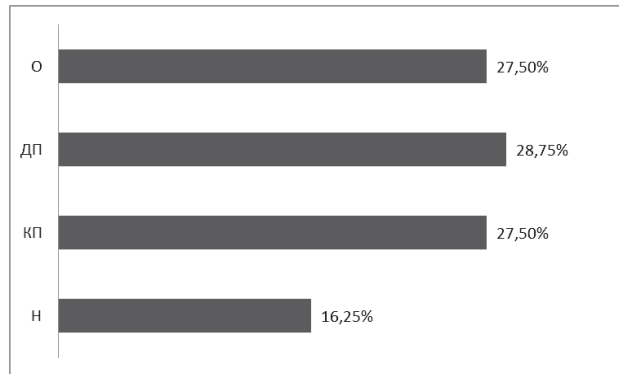


Рис. 3. Показатели трудового стажа у больных параноидной шизофренией.

Примечания: О — отсутствие трудового стажа, ДП — трудовой стаж с длительными перерывами (свыше 5 лет), КП — трудовой стаж с короткими перерывами (до 1 года), Н — непрерывный трудовой стаж с начала трудовой деятельности.

ативе больного, сохранялся лишь у 8,75% обследуемых. Общение с домашними и с небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного, сохранялось у 41,25%, ограничение общения только семейным окружением, в том числе и по инициативе больного, — у 6,25%, общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе, носящее эпизодический характер, — у 22,50% и полное отсутствие потребности в общении выявлялось у 21,25% пациентов. Показатели семейного положения и коммуникативные показатели имели отрицательную корреляционную связь с числом госпитализаций, т.е. чем хуже было семейное положение и чем более были утрачены навыки коммуникации, тем чаще больные госпитализировались в психиатрическую больницу. По характеру отношений с окружающими 76,25% больных вели себя спокойно, 1,25% проявляли легкую раздражительность, у 12,50% отмечался общий фон недовольства, но сохранялась способность сдерживать себя, 2,50% в общении проявляли раздражительность и с трудом сдерживали себя, у 7,50% взаимоотношения с окружающими носили крайне конфликтный характер. Корреляционная связь между показателями конфликтности и частотой госпитализаций оказалась статистически незначимой.

При проведении множественного регрессионного анализа зависимой переменной являлся показатель госпитализации, независимыми — длительность болезни, занятость, широта круга общения и лечение в дневном стационаре.

Как видно из таблицы 3, значение $p < 0,00001$ для уравнения регрессии свидетельствует о том, что полученная модель достаточно адекватно описывает взаимосвязь признаков. Два статистически значимых регрессионных коэффициента «длительность болезни» и «широта круга общения» являются наиболее важными предикторами для предсказания частоты госпитализаций.

Таблица 3. Итоги регрессии для зависимой переменной «госпитализация»

Множественная Регрессия N = 80	R= 0,56650021 R2= 0,32092248 Скорректир. R2= 0,28470502 F(4,75)=8,8610 p<0,00001 Станд. ошибка оценки: 0,81827					
	B	Стд. ош.	β	Стд. ош.	t(74)	p-уров.
Св.член			5,353496	0,496845	10,77499	0,000000*
длительность болезни	-0,363367	0,099570	-0,184388	0,050526	-3,64936	0,000483*
Занятость в настоящее время	-0,076081	0,105033	-0,048664	0,067182	-0,72435	0,471103
Широта круга общения	-0,263370	0,105017	-0,186999	0,074565	-2,50788	0,014308*
Лечение в дневном стационаре	0,144562	0,112238	0,071895	0,055819	1,28800	0,201705

Примечание: В-стандартизованный регрессионный коэффициент, β — обычный регрессионный коэффициент, *регрессионный коэффициент статистически значим.

Заключение

Количество госпитализаций является важным фактором качества оказания психиатрической помощи. Настоящее исследование показало, что на него влияют не только морбидные характеристики, но и разнообразные психосоциальные показатели. Выявлено, что наиболее высокими были доли больных параноидной шизофренией, которые не работали или работали на должностях, ниже полученных образования и квалификации, никогда не вступали в брак и имели узкий круг общения, преимущественно с членами семьи и немногочисленными знакомыми. Такие психосоциальные характеристики как возраст, достигну-

тый уровень образования, занятость, трудовой стаж, материальный достаток, семейное положение, широта круга общения находились в значимой отрицательной корреляционной взаимосвязи с количеством госпитализаций, т.е. чем лучше эти показатели, тем ниже показатель госпитализаций. Множественный регрессионный анализ показал, что длительность болезни и широта круга общения являются наиболее важными предикторами для предсказания частоты госпитализаций. Полученные результаты указывают на то, что снижение госпитализаций обеспечивается сочетанием лекарственной, психосоциальной и семейной терапии, поддержкой занятости и восстановлением коммуникативных навыков.

Литература

1. Букреева Н.Д., Сорокина В.А., Ракитянская Е.А. и др. Оптимизация оказания психиатрической помощи больным шизофренией (организационные и клиничко-экономические аспекты) // Психическое здоровье. — 2016. — № 4. — С. 3-14.
2. Васильева Е.А. Больные шизофренией с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями. Сообщение 1//Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — т. 16. — в. 2. — С. 15-21.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных//Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — № 2. — С. 35-40.
4. Гурович И.Я., Краснов В.Н., Шмуклер А.Б Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи//Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25. — В. 3. — С. 5-9.
5. Казаковцев Б.А. О реформе психиатрической помощи//Независимый психиатрический журнал. — 2004. — № 4. — С. 28-31.
6. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом//Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2013. — № 1. — С. 6-15.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера. — 2002. — 312 с.
8. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте//под ред. Э.Я. Штернберга. — М.: Медицина. — 1981. — 192 с.
9. Drake R., Goldman H., Leff H. et.al. Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings//Psychiatr. Serv. — 2001. — 52. — P. 179-182.
10. Lal S., Malla A. Service Engagement in First-Episode Psychosis: Current Issues and Future Directions // Can. J. Psychiatry. — 2015. — Vol. 60. — № 8. — P. 341-345.
11. van der Lee A, de Haan L, Beekman A. Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs//PLoS One. — 2016. — Jun 8. — Vol. 11. — № 6. — e0157150.
12. Lehman A.F. The role of mental health service research in promoting effective treatment for adults with schizophrenia//J. Ment. Health Policy Econ. — 1998. — N 4. — P.199-204.

13. Lehman A., Steinwachs D. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey//Schizophrenia Bull. — 1998. — Vol. 24. — P. 11-20. (discussion — P. 20-32).
14. Lehman A.F., Kreyenbuhl J., Buchanan R.W., et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003//Schizophrenia Bull. — 2004. — Vol.30. — N2. — P.193-217.
15. Mojtabai R Trends in Contacts With Mental Health Professionals and Cost Barriers to Mental Health Care Among Adults With Significant Psychological Distress in the United States: 1997-2002//American Journal of Public Health. — 2005. — Vol. 95. — P. 2009-2014.
16. Mojtabai R., Olfson M., Sampson N.A. et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication//Psychol. Med. — 2011. — Vol.41. — P.1751-1761.
17. Sareen J., Jagdeo A., Cox B. et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands//Psychiatric Services. — 2007. — Vol. 58. — P. 357-364.
18. Wang P., Lane M., Olfson M. et al. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication//Arch. Gen. Psychiat. — 2005. — Vol. 62. — P. 629-640.

References

1. Bukreeva N.D., Sorokina W.A., Rakitjanckaja E.A. i dr. Optimizacija okazanija psichiatritscheskoj pomoschi bol'nym schizofreniej (organizacionnye i kliniko-jekonomitsheckie aspekty) [Optimization of psychiatric care to patients with schizophrenia (organizational, clinical and economic aspects)]. — Psichitscheckoe sdorow'e [Mental Health]. — 2016. — № 4. — P. 3-14.
2. Vasil'eva E.A. Bol'nye schizofreniej s vysokoj obrastchaemost'ju za psichiatritscheskoj pomostch'ju, ne obuslowlennoj klinitscheckimi pokazanijami. Soobshenie 1 [Patients with schizophrenia with high uptake of mental health care, is not due to clinical indications. Message 1]. — Social'naja i klinitscheckaja psichiatrija [Social and clinical psychiatry]. — 2006. — № 2. — P. 15-21.
3. Gurowitsch I.Ja., Schmukler A.B. Oprocnik dlja ocenki social'nogo funkcionirovanija i katschestva zhisni psichitschecki bol'nych [The questionnaire for the assessment of social functioning and quality of life of patients with mental disorders]. — Social'naja i klinitscheckaja psichiatrija [Social and clinical psychiatry]. — 1994. — № 2. — P. 35-40.
4. Gurowitsch I.Ja., Kracnow W.N., Schmukler A.B. Sovremennoe soctojanie psichiatritscheskoj pomostch'i: neotlozhnye i dolgovremennye zadatschi [The current state of mental health care: immediate and long-term objectives]. — Social'naja i klinitscheckaja psichiatrija [Social and clinical psychiatry]. — 2015. — № 3. — P. 5-9.
5. Kazakovcev B.A. O reforme psichiatritscheskoj pomostch'i [On the reform of mental health care]. — Nezavisimyj psichiatritscheckij zhurnal [Independent Psychiatric Journal]. — 2004. — № 4. — P. 28-31.
6. Kozjubinckij A.P., Butoma B.G., Eritshev A.N. Tendencii razvitija vnebol'nitschnych form obcluzhivanija psichitschecki bol'nych v nashej strane i za rubezhom [Tendencies of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad] // Obosrenie psichiatritscheskoj i medizinskoj psichologii imeni W.M. Bechterewa [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. — 2013. — № 1. — P. 6-15.
7. Rebrowa O.Ju. Statistitscheckij analiz medicinskich dannych. Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA. — Moscow. Publ. Mediasfera. — 2002. — 312 p.
8. Tetschenie i ishody schizofrenii v pozdnem vozraste /pod red. Je.Ja. Schternberga. — Moscow. Publ. Medicina. — 1981. — 192 p.

Сведения об авторах

Пашковский Владимир Эдуардович — д.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: pashvladimir@yandex.ru

Софронов Александр Генрихович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Федоровский Игорь Дмитриевич — аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: fedorovskij@bk.ru

Серазетдинова Лариса Григорьевна — главный врач ПНД Красногвардейского района. E-mail: pnd5@zdrav.spb.ru

Лемешев Илья Владимирович — аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: ilya.lemeshev@gmail.com

Добровольская Алла Евгеньевна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: alla.dobrovolskaya@szgmu.ru