

О РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л. Г. Мовина, О. О. Папсуев, Э. В. Голланд, О. Г. Кузнецова, Б. Б. Фурсов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Современная концепция психиатрической помощи предполагает целостный подход к больному, учитывающий в каждом конкретном случае взаимодействие нейробиологических, клиничко-психопатологических, психологических и социально-средовых факторов. В рамках этого подхода активно развивается система психосоциальной терапии и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами [1, 3, 10]. Последние годы отмечены также созданием специализированных реабилитационных отделений, возрастающей ролью самих пациентов и их родственников в совершенствовании психиатрической помощи.

Наряду со множеством исследований эффективности различных методов психосоциальной терапии и реабилитации, соответствующих требованиям доказательной медицины [8, 12, 18], в последнее время стали появляться публикации, анализирующие результаты комплексных реабилитационных мероприятий в условиях повседневной практики, продемонстрирована эффективность их применения [9, 14, 16].

В Московском НИИ психиатрии впервые создано отделение внебольничной психосоциальной реабилитации, работа которого построена на тесном взаимодействии профессионалов и ООИ «Новые возможности». Таким образом, новое требование – включение общественных организаций в дизайн психиатрической помощи – здесь реализовано на практике.

Отделение психосоциальной реабилитации с режимом дневного стационара и амбулаторной помощи функционирует с 2009 года и оказывает помощь пациентам с 15 лет и старше со всеми нозологическими формами психических расстройств в стабилизированном состоянии (ремиссия, становление ремиссии), имеющим проблемы адаптации в обществе.

Работа отделения строится на основании принципов полипрофессионального ведения случая [1, 6, 11]. Бригада состоит из профессионалов, представителей Общероссийской общественной организации инвалидов «Новые возможности» и волон-

теров, объединяя таким образом усилия специалистов, пациентов, их родственников и других людей, оказывающих помощь и поддержку лицам с психическими расстройствами, что способствует реализации концепции общественно-ориентированной психиатрии [3, 13, 15, 17, 19]. Также большое внимание уделяется взаимодействию с ПНД, психиатрическими больницами, городским центром занятости инвалидов департамента труда и занятости, департаментом социальной защиты города Москвы.

Программа психосоциальной реабилитации, осуществляемая в отделении, представляет собой поэтапный процесс, нацеленный на достижение «recovery» [2]. Программа базируется на следующих положениях:

- целостный взгляд на пациентов с учетом системы ценностей, значимых социальных ролей, имеющихся ресурсов;
- возможность выбора для пациента своих долгосрочных целей и способов их достижения;
- понимание процесса выздоровления как долгого пути со многими отступлениями и плато;
- поддержание надежды на будущее и поощрение постоянного движения к цели;
- партнерские взаимоотношения с пациентами и их родственниками;
- вовлечение пациентов и их родственников в разработку дизайна и оказание психиатрической помощи.

На первом этапе осуществляется диагностика имеющихся расстройств и проблем социальной адаптации, определяются «мишени» психосоциальной терапии, оцениваются ресурсы пациента. Далее пациенты включаются в реабилитационную программу, состоящую из нескольких модулей, направленных на:

1. Активизацию эмоционально-волевой сферы – повышение вовлеченности больных в социальные взаимодействия, структурирование времени, обеспечение полезной занятости путем включения в открытые группы, функционирующие еженедельно. Содержанием работы таких групп является развитие навыков творчества, владения иностранным

языком, типографского дела и пр., что обязательно соотносится с интересами пациентов при направлении их в ту или иную группу.

2. Мотивацию к изменениям – формирование потребности и готовности к изменениям, развитие чувства компетентности и самооэффективности, выявление значимых жизненных целей и разработка плана действий (по сути – плана реабилитации). Работа проводится в виде структурированного модуля групповой психосоциальной терапии [5].

3. Освоение социальных навыков – самостоятельного проживания, эффективного общения, трудоустройства и сохранения работы, навыков управления болезнью (распознавание ранних признаков обострения, формирование и поддержание комплаенса, совладание с остаточной психопатологической симптоматикой) [4, 6, 7]. Социальные навыки, полученные пациентами по завершении этого этапа, являются одним из необходимых условий дальнейшего движения к намеченной реабилитационной цели.

4. Реализацию намеченных действий за пределами системы психиатрической помощи и достижение выбранных пациентами целей. Работа здесь строится по принципу индивидуального ведения случая, основная задача профессионалов – предоставление своевременной, адекватной конкретной ситуации, эмоциональной (фиксация внимания на достижениях и их позитивное подкрепление, развитие чувства самооэффективности, принятие ограниченности своих возможностей и риска неудачи) и инструментальной поддержки (анализ причин неуспеха и выработка способов совладания с трудностями, профессиональная ориентация, помощь в выборе учебного заведения либо места работы, направление в центр занятости). Большое значение для пациентов имеет возможность проверки на практике степени реалистичности своих планов и достижимости целей, поскольку это позволяет вносить в них коррективы, повышает устойчивость целенаправленной активности [5]. В конечном итоге важно добиться интеграции нового опыта в привычную жизнь пациента, сохранить приобретенные достижения и стимулировать дальнейшее продвижение к социально-личностному восстановлению.

Цель исследования – определение эффективности программы реабилитационных мероприятий, реализуемой в отделении внебольничной психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы

Изучена группа больных – 107 человек, прошедших не менее одного модуля психосоциальной терапии, с длительностью катамнестического наблюдения не менее 12 месяцев. Средняя длительность катамнестического наблюдения составила $20,5 \pm 7,1$ месяцев.

Это были лица трудоспособного, наиболее продуктивного возраста (средний возраст – $33,3 \pm 10,1$ лет), среди которых мужчин было 54,2%, женщин – 45,8%.

Более половины пациентов (61,6%) страдали шизофренией. В 15,9% случаев было диагностировано шизотипическое расстройство, в 9,3% – шизоаффективное расстройство, в 6,5% – аффективные расстройства. Прочие диагностические группы (другие расстройства шизофренического спектра, умственная отсталость, расстройства личности) встречались в единичных случаях (рис. 1).

В группе больных шизофренией чаще всего выявлялась параноидная форма – 69,7%, далее следовала недифференцированная шизофрения – 24,2%. Доля больных с другими формами (гебефренная, кататоническая, детский тип, резидуальная шизофрения) была незначительной и составляла 6,0%. Почти в 2/3 наблюдений (64,7%) определялся эпизодический со стабильным дефектом тип течения, в 1/5 части случаев (19,3%) – эпизодический с нарастающим дефектом, примерно в 1/6 части случаев (16,0%) – непрерывный тип течения (табл. 1).

Таблица 1

Формы и типы течения шизофрении

Шизофрения	Количество пациентов (%)
Формы:	
- параноидная	69,7
- недифференцированная	24,2
- прочие	6,0
Типы течения:	
- эпизодический со стабильным дефектом	64,7
- эпизодический с нарастающим дефектом	19,3
- непрерывный	16,0

Длительность заболевания варьировала в широких пределах – от нескольких месяцев до 44 лет. При этом 24,3% пациентов были больны менее 5 лет, 29,9% – от 5 до 10 лет и 45,8% – более 10 лет.

Во многих случаях отмечалось постепенное затухание активности патологического процесса, уменьшение охваченности личности пациента болезненными переживаниями и, соответственно, появление возможности от них дистанцироваться, выработать навыки совладания, переосмыслить опыт болезни, принять ограничения, осознать собственную роль в восстановлении.

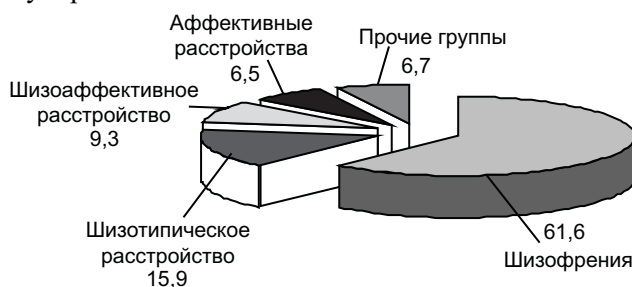


Рис. 1. Диагностические группы больных

На момент обращения в отделение большинство пациентов (71,4%) находились в стабильном психическом состоянии и получали поддерживающее лечение в ПНД. Тем не менее, в 48,6% случаев в ходе психосоциальной реабилитации возникала необходимость в коррекции фармакотерапии, поскольку особенности психического состояния (депрессия, нарушения мышления, редуцированные бредовые идеи либо обманы восприятия) и/или побочные действия лекарств становились препятствием для эффективной работы. Между тем, более тщательный подбор фармакотерапии способствовал формированию «терапевтического альянса», позволяя удерживать пациентов в реабилитационной программе и получать результаты.

Образовательный статус пациентов характеризовался высоким уровнем: более половины пациентов имели высшее или незаконченное высшее образование (52,7% и 11,4% соответственно), более 1/3 (35,9%) – средне-специальное. На момент обращения в отделение 56,1% являлись инвалидами по психическому заболеванию (50,4% случаев – II группа, 5,7% – III группа), 20,6% находились на иждивении родственников, не имея инвалидности. Подавляющее большинство пациентов не работали, не учились и не имели какой-либо другой занятости, в части случаев (23,4%) пациенты работали со снижением квалификации (рис. 2). В целом обращает внимание низкий уровень занятости больных при изначально высоком образовательном статусе, стабильности психического состояния и наличии потенциальных реабилитационных ресурсов.

Более 2/3 пациентов (77,1%) проживали в родительских семьях или с другими родственниками (в некоторых случаях), имели собственную семью 14,3% пациентов, проживали самостоятельно 8,6%. Эмоциональная атмосфера семьи, стиль семейной коммуникации, как правило, отличались дисгармоничностью, отсутствием эмпатии, высоким уровнем критики. Пациенты занимали в семьях подчиненное положение, с их мнением редко считались и, вместе с тем, излишне опекали. Типичной была ситуация, когда забота о больном являлась уделом только его матери, что сопровождалось нередко отказом от работы или снижением квалификации, сужением круга общения вплоть до изоляции. Реаги-

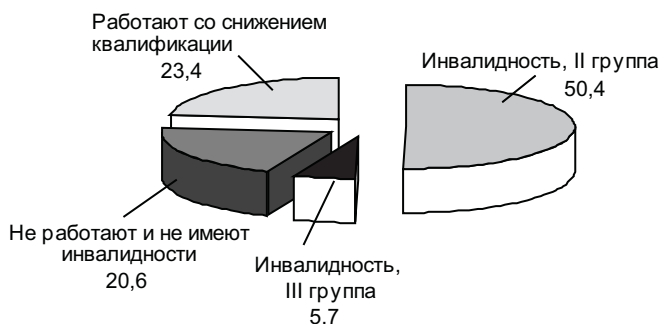


Рис. 2. Наличие инвалидности и занятость пациентов на момент обращения в отделение психосоциальной реабилитации

рование членов семьи на проявления болезни во многом определялось защитными механизмами (рационализация, вытеснение, проекция и т.д.) и далеко не всегда было конструктивным. В то же время считается доказанным, что семьи являются источником поддержки для больных, выполняют роль буфера и смягчают дезадаптацию. Таким образом, семья – это один из основных ресурсов в процессе психосоциальной реабилитации, который требует особого внимания и коррекции дисфункций. С этих позиций наличие семьи у большинства пациентов можно расценивать как благоприятный фактор.

Социальные контакты пациентов в большинстве случаев были ограничены и сводились к общению в кругу семьи, в ряде наблюдений они дополнялись редким и довольно поверхностным общением с 2–3 приятелями.

Участие пациентов в жизни семьи было минимальным и заключалось обычно в выполнении элементарных бытовых поручений (помыть посуду, убрать в своей комнате, вынести мусор и пр.). В части случаев это были фиксированные обязанности с регулярным их исполнением, а в части – задания, которые родители давали эпизодически.

Жизненный уклад, в основном, характеризовался стереотипностью с преимущественно праздным времяпрепровождением, отсутствием режима дня, а проявляемая пациентами социальная активность (посещение каких-либо кружков, курсов, культурных мероприятий) стимулировалась и регламентировалась членами семьи. В большинстве тех случаев, когда пациенты работали или учились, это тоже, во многом, являлось заслугой семьи.

Представления пациентов о болезни, методах лечения, течении и прогнозе в 2/3 наблюдений были существенно искажены, что приводило к формированию либо пассивной жизненной позиции с примиренностью с ролью психически больного-инвалида, либо к недооценке своего состояния с психологизацией проявлений болезни. Это находило отражение в нарушениях комплаенса (формальное следование рекомендациям врача, просьбам родственников без субъективной оценки эффективности и безопасности лечения; самостоятельное корректирование доз и принимаемых препаратов; эпизодический прием лекарств; отказ от фармакотерапии) и степени активности пациентов в реабилитационном процессе. Так, были выделены пациенты с низкой активностью (пассивно подчинялись требованиям родителей, лечащих врачей и т.д., формально участвовали в группах, нередко пропускали занятия) – 31,4%; средней активностью (пациенты проявляли заинтересованность в рамках какого-либо модуля, регулярно посещали занятия, осваивали определенные навыки, но не стремились к дальнейшему продвижению) – 37,2%; с высокой активностью (пациенты были нацелены на социально-личностное восстановление, охотно посещали занятия, стремились

к получению разных навыков, проявляли инициативу) – 31,4%. Примечательно, что пациенты с высокой активностью как раз и обнаруживали наиболее адаптивные варианты представлений о природе своего заболевания, а также имели некоторые навыки совладания с остаточной психопатологической симптоматикой. Для пациентов с низкой и средней активностью, напротив, было характерно отсутствие либо дефицит таких навыков.

Таким образом, в результате комплексной оценки психосоциального статуса пациентов выявлялись «мишени» психосоциальной реабилитации, прояснялись лично значимые цели. С учетом полученной информации пациенты последовательно включались в различные модули психосоциальной терапии (табл. 2). При этом реализовывались следующие принципы работы: включение в определенный модуль с учетом когнитивных возможностей, толерантности к нагрузкам; возможность сочетания различных модулей; регулярное подкрепление приобретенных навыков; стимулирование большей автономии пациентов; вовлечение семьи и ближайшего микросоциального окружения.

Таблица 2

Количество пациентов, участвовавших в различных модулях психосоциальной терапии

Модули психосоциальной терапии	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (%)
Формирование навыков активизации эмоционально-волевой сферы, структурирования времени и полезной занятости	47	43,9%
Формирование мотивации к психосоциальной реабилитации	10	9,3%
Тренинг навыков раннего распознавания обострений	46	43,0%
Тренинг навыков комплаентности к терапии	23	21,5%
Тренинг коммуникативных навыков	36	33,6%
Тренинг навыков трудоустройства	14	13,1%
Тренинг навыков самостоятельного проживания	6	5,6%
Индивидуальная психосоциальная терапия	30	28,0%

Треть пациентов получали индивидуальную психосоциальную терапию, направленную на мотивацию к психосоциальной реабилитации, формулирование реалистичных целей, поиск и активизацию ресурсов. Основаниями для выбора индивидуального формата работы являлись: особенности психического состояния (выраженность «вторичных» эмоционально-волевых нарушений, большой удельный вес психопатоподобных расстройств), значительный когнитивный дефицит, низкая толерантность к нагрузкам, своеобразие предъявляемого пациентом запроса (например, решение проблем партнерских взаимоотношений). Как правило, индивидуальная работа предвляла или дополняла групповую психосоциальную терапию.

Оценка эффективности проведенных мероприятий проводилась с применением клинко-организационных и социально-психологических параметров. Количество госпитализаций, помещений в дневной стационар за 3 года до обращения в отделение психосоциальной реабилитации сопоставлялось с аналогичными характеристиками в катамнезе. Занятость пациентов (наличие работы либо учебы) оценивалась на момент обращения в отделение психосоциальной реабилитации, за период катамнеза, а также ретроспективно за 3 года до обращения. Прочие изменения в социальном статусе пациентов, уровень удовлетворенности помощью и жизнью в целом, комплаенс анализировались на основании данных разработанного для этого опросника.

Результаты

После участия в комплексной программе психосоциальной реабилитации в анализируемой группе больных в 2,4 раза снижается среднее количество госпитализаций и в 1,8 раз доля госпитализированных больных ($p < 0,0001$). При этом среднее количество помещений в дневной стационар и доля больных, получавших лечение в дневном стационаре, остаются практически неизменными (табл. 3).

Включение пациентов в комплексную программу реабилитации приводит к увеличению количества работающих пациентов в 1,8 раза ($p < 0,01$), при этом 21 человек (19,5%) был трудоустроен вновь (табл. 4).

Таблица 3

Госпитализации и помещения в дневной стационар

Оцениваемые параметры	Госпитализации	
	За 3 года до обращения в отделение	За период катамнеза
Количество на одного пациента (абс.)	1,7±2,1*	0,7±1,2*
Доля пациентов (%)	64,5*	36,4*
	Помещения в дневной стационар	
	За 3 года до обращения в отделение	За период катамнеза
Количество на одного пациента (абс.)	0,3±0,7	0,3±0,7
Доля пациентов (%)	18,7	19,6

Примечания: * – $p < 0,0001$.

Таблица 4

Характеристика динамики занятости пациентов

Оцениваемые параметры	Наличие работы	
	на момент обращения в отделение	за период катamnеза
Количество пациентов (абс.)	25	46
Доля пациентов (%)	23,4*	42,9*

Примечания: * – $p < 0,01$.

По самоотчетам пациентов участие в реабилитационных мероприятиях способствовало расширению круга общения (39,3%), улучшению взаимоотношений с родственниками (48,6%), повышению чувства удовлетворенности помощью (77,6%) и жизнью в целом (65,4%). Более 2/3 пациентов (73,8%) стали четко соблюдать режим приема ле-

карств, 63,6% отмечали, что степень доверительности взаимоотношений с врачом стала больше.

Таким образом, использование комплексной программы реабилитационных мероприятий в отделении психосоциальной реабилитации Московского НИИ психиатрии снижает число повторных госпитализаций, улучшает комплаенс, положительно влияет на социальную адаптацию, способствует достижению более высокого уровня социального функционирования и качества жизни, обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими. Важным результатом участия в программе является последующее трудоустройство больных.

Полученные результаты обосновывают целесообразность дальнейшего развития и совершенствования подобных подразделений в структуре психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
- Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–12.
- Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (Ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. М.: Медпрактика-М, 2007. 355 с.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (Ред.). Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медпрактика-М, 2007. 179 с.
- Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–62.
- Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: ООО «ИПУЗ», 2009. 512 с.
- Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–77.
- Bond G., Drake R.E., McHugo G.J. et al. Strategies for improving fidelity in the National Evidence-Based Practices Project // Research on social work practice. 2009. Vol. 19. P. 569–581.
- Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R., Mueser K.T. Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness // J. Disabil. Policy Stud. 1999. N 10. P. 18–52.
- Bustillo J., Lauriello J., Horan W., Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158. P. 163–175.
- Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S. et al. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36, N 1. P. 48–70. Drake R.E., Essock S.M., Bond G.R. Implementing evidence based practices for people with schizophrenia // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35. P. 704–713. Essock S.M., Mueser K.T., Drake R.E. et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders // Psychiatr. Serv. 2006. Vol. 57. P. 185–196.
- Hasson-Ohayon I., Roe D., Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program // Psychiatr. Serv. 2007. Vol. 58. P. 1461–1466.
- Herinck H.A., Kinney R.F., Clarke G.N., Paulson R.I. Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness // Psychiatr. Serv. 1997. Vol. 48. P. 1297–1306.
- Jerrell J.M. Skill, symptom, and satisfaction changes in three service models for people with psychiatric disability // Psychiatr. Rehabil. J. 1999. Vol. 2. P. 342–348.
- Mancini A.D., Moser L.L., Whitley R. et al. Assertive community treatment: facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings // Psychiatr. Serv. 2009. Vol. 60. P. 189–195.
- Marty D., Rapp C., McHugo G., Whitley R. Factors influencing consumer outcome monitoring in implementation of evidence based practices: results from the National EBP Implementation Project // Adm. Policy Ment. Health. 2008. Vol. 35. P. 204–211.
- Scott J.E., Dixon L.B. Assertive community treatment and case management for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1995. Vol. 21. P. 657–668.

О РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л. Г. Мовина, О. О. Папсуев, Э. В. Голланд, О. Г. Кузнецова, Б. Б. Фурсов

В статье представлен опыт организации отделения внебольничной психосоциальной реабилитации, работа которого построена на тесном взаимодействии профессионалов и ОООИ «Новые возможности», что способствует участию общественной организации в разработке дизайна психиатрической помощи. Описаны принципы программы психосоциальной реабилитации, проанализирована эффективность проведенных мероприятий в группе больных (107 чел.), прошедших не менее одного модуля психосоциальной терапии, с длительностью катamnестического наблюдения не менее 12 месяцев. Включение пациентов в комплексную программу реабилитации приводит к увеличению количества работающих пациентов в 1,8 раза

($p < 0,01$), к снижению в 2,4 раза среднего количества госпитализаций и в 1,8 раз доли госпитализированных больных ($p < 0,0001$). По самоотчетам пациентов участие в реабилитационных мероприятиях способствовало расширению круга общения (39,3%), улучшению взаимоотношений с родственниками (48,6%), повышению чувства удовлетворенности помощью (77,6%) и жизнью в целом (65,4%). Полученные результаты обосновывают целесообразность дальнейшего развития и совершенствования подобных подразделений в структуре психиатрической помощи.

Ключевые слова: внебольничная психосоциальная реабилитация, отделение, общественные организации, эффективность.

ON THE WORK OF OUTPATIENT PSYCHOSOCIAL REHABILITATION CENTRE

L. G. Movina, O. O. Papsouev, E. V. Golland, O. G. Kouznetsova, B. B. Foursov

The authors share their experience of setting up an outpatient psychosocial rehabilitation centre. The Centre functions on the basis of close cooperation between the staff of the facility and the patients' and family members' organization 'New Choices', also in the development of design of psychiatric care. The article describes the principles of the psychosocial rehabilitation program and presents the data concerning the effect of these activities in a group of patients (N=107) that have completed at least one module of psychosocial therapy, with a follow-up of at least 12 months. The patients' involvement into a complex rehabilitation program results in increasing (1.8 times) number of patients having a job ($p<0.01$), a de-

crease (2.4 times) of average number of hospital admissions as well as a decrease (1.8 times) of the proportion of hospitalized patients ($p<0.0001$). According to patients' reports, their participation in rehabilitation activities have contributed to development of their social net (39.3%), improved relations in the family (48.6%), feeling more satisfied about care (77.6%) and about one's life in general (65.4%). The data obtained testify in favor of further development and improvement of similar units in the structure of psychiatric care.

Key words: outpatient psychosocial rehabilitation, centre, public organization, effectiveness.

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: movina_larisa@bk.ru

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: oleg.papsouev@gmail.com

Голланд Этель Викторовна – младший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: ethe1-h@yandex.ru

Кузнецова Ольга Геннадьевна – клинический психолог отделения психосоциальной реабилитации ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: kog2004olga@gmail.com

Фурсов Борис Борисович – врач-психиатр отделения психосоциальной реабилитации ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: fursovbb@gmail.com