

Оценка качества психиатрической помощи молодыми пациентами с шизофренией и их родственниками

Е.А. Мальцева*, М.В. Злоказова*, В.И. Багаев*, Ю.Л. Петухов**, А.Г. Соловьев***

*Кировская государственная медицинская академия.

** Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева.

*** Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск.

Резюме. Проанализированы показатели удовлетворенности качеством психиатрической помощи 92 пациентов с шизофренией молодого возраста (18 лет — 44 года) и 54 родственников. Удовлетворены работой психиатрической службы 46,7 % пациентов и 25,9 % родственников. Около половины пациентов и их родственников считают систему оказания психиатрической помощи стигматизирующей. Выявлена низкая информированность молодых пациентов с шизофренией и их родственников по вопросам психопатологии и недостаточно адекватное отношение к наличию психического заболевания. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования психосоциальных реабилитационных программ для данного контингента.

Ключевые слова: шизофрения, молодой возраст, качество психиатрической помощи.

Assessment of quality of mental health care by young patients with schizophrenia and their relatives

E.A. Malceva*, M.V. Zlokazova*, V.I. Bagaev*, Y.L. Petuchov**, A.G.S oloviev***

*Kirov State Medical Academy.

** Kirov Regional Clinical Psychiatric Hospital named V.M. Bechterev.

***Northern State Medical University.

Summary. 92 young patients with schizophrenia (18-44 years old) and 54 relatives were interviewed in order to analyze their satisfaction with the quality of mental health care. 46.7% of patients and 25.9% of their relatives are satisfied with the mental health service. About half of the patients and their relatives consider the system of psychiatric care to be stigmatizing. Low awareness on issues of psychopathology and not an adequate attitude to mental illness were identified. The findings suggest the necessity of improvement the psychosocial rehabilitation programs for such contingent.

Key words: schizophrenia, young patients, quality of mental health care

В последние десятилетия в области реабилитации пациентов с шизофренией достигнуты значительные успехи. В практику активно внедряется интегративный полипрофессиональный бригадный принцип оказания психиатрической помощи (ПП). Более высокая эффективность такого подхода не вызывает в настоящее время никаких сомнений [16, 19]. На основе бригадного мультипрофессионального подхода стали активно разрабатываться новые формы оказания ПП: открыты отделения первого психотического эпизода, отделения внебольничной реабилитации, отделения интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе, различные формы жилья с поддержкой [2, 3, 4, 11, 12, 13]. Постепенно расширяется взаимодействие социальной и психиатрической служб [8].

Акцент оказания ПП все в большей степени смещается в сторону партнерства с пациентом; больной выступает в роли полноправного участника терапевтического процесса [7, 17]. К реабилитационным мероприятиям активно привлекаются родственники пациентов. Вовлечение родственников в процесс реабилитации с формированием и поддержанием у них правильной внутренней картины болезни, адекватных паттернов взаимодействия с пациентом, благоприятного

климата семейных взаимоотношений обеспечивает достижение более успешного социального приспособления и эффективного функционирования больного [9, 15].

Однако несмотря на видимые успехи, удовлетворенность как пациентов, так и общества качеством ПП остается достаточно низкой. Это привело к тому, что в начале XXI века проблема повышения качества ПП сформировалась в самостоятельное лечебно-организационное направление [14]. Несомненно, дальнейшее совершенствование и развитие психиатрической службы возможно только при условии учета потребностей и пожеланий пациентов, их родственников и общества в целом. Показатель удовлетворенности качеством ПП может служить одним из индикаторов эффективности реабилитационных мероприятий.

Целью исследования явилось изучение оценки качества психиатрической помощи молодыми пациентами с шизофренией и их родственниками.

Материал и методы

На базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева было обследовано 92 пациента с шизофренией молодого возраста (от 18 до 44 лет включитель-

но) и 54 родственника, проживающих в г. Кирове и Кировской области. Возрастные ограничения приведены согласно существующей в настоящее время классификации ВОЗ и классификации возраста, используемой экспертами ФГУ «Федерального бюро медико-социальной экспертизы» [6, 10]. В исследование включались лица обоего пола, находившиеся на стационарном лечении в 2011–2012 гг.

Критерии включения пациентов в исследование:

- верифицированный диагноз параноидной формы шизофрении согласно МКБ-10;
- молодой трудоспособный возраст (18 лет — 44 года);
- стабилизация психического состояния (этап становления ремиссии);
- психологическая и интеллектуальная сохранность пациента, достаточная для выполнения экспериментально-психологического исследования, расстройства мышления, не превышающие умеренной степени выраженности по PANSS (1–4 балла) [18];

— согласие пациента на исследование.

Критерии не включения в исследование:

- злокачественное течение шизофрении;
- пропфшизофрения;
- выраженная органическая патология головного мозга (последствия черепно-мозговых травм (ЧМТ) или нейроинфекций, сосудистые заболевания головного мозга, энцефалопатия различной этиологии);
- верифицированный диагноз алкогольной / наркотической зависимости;
- тяжелые инвалидизирующие соматические заболевания;
- отказ пациента от исследования.

Критерии исключения из исследования:

- низкий интеллектуальный уровень — 1-3 стена по фактору В «интеллект» 16-ти факторного личностного опросника Кеттелла (форма С) [5];
- выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы (неспособность заполнить опросник ВОЗ КЖ-100) [1];
- расстройства мышления по шкале PANSS — 5–7 баллов;
- отказ пациента от исследования в процессе работы;
- наличие противоречивых ответов или не полностью заполненных бланков.

Среди обследованных 92 пациентов — 35 (38,0%) мужчин, 57 (62,0%) женщин, из 54 родственников — 15 (27,8%) мужчин, 39 (72,2%) женщин.

Средний возраст пациентов — 31,8±6,0; родственников — 51,9±11,7.

Никогда не состояли в браке — 58,7% больных, были разведены — 22,8%, жили с мужем (женой) — 18,5%. Имели детей — 42,4% пациентов. Находились на инвалидности по шизофрении — 58,7%, не работали, не являясь при этом инвалидами, — 22,8%, работали либо учились — 15,2%, имели 3 группу инвалидности и работали — 3,3%.

Из обследованных больных 92,4% обратились за ПП повторно, 7,6% — впервые.

Уровень образования среди родственников был достоверно выше ($p < 0,05$), чем среди пациентов: лиц с высшим образованием среди родственников было 31,5%, среди пациентов — 16,3%, со средним образованием — 9,3% и 22,8% — соответственно, неполное среднее — 1,8% и 14,1%. Не было выявлено достоверных различий по количеству человек со средним специальным (48,1% и 42,4%) и неоконченным высшим образованием (9,3% и 4,4%).

Среди родственников: родители (отец/мать) пациентов составили 68,5%, супруги — 7,4%, дети — 1,8%, братья/сестры — 9,3%, прочие (дядя/тетя, бабушка/дедушка) — 13,0%.

Для достижения поставленной цели нами были использованы специально разработанные:

Анкета пациента — для изучения удовлетворенности молодых пациентов с шизофренией качеством ПП (Мальцева Е.А. и др., 2012);

Анкета родственника пациента — для оценки качества ПП родственниками пациентов (Мальцева Е.А. и др., 2012).

Анкеты заполнялись анонимно. На каждый вопрос давалось несколько вариантов ответов. Правильный, по мнению обследуемого, ответ необходимо было отметить галочкой либо крестиком. Последний пункт обеих анкет — пожелания, касающиеся улучшения ПП, заполнялся по желанию.

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета Statistica 12.0, Statsoft, Inc. При статистическом анализе применялись методы описательной статистики, для сравнения групп по качественным признакам применялся критерий Хи-квадрат Пирсона, для оценки взаимосвязи порядковых признаков применялся метод ранговой корреляции по Кендаллу, для изучения меры связи между качественными признаками использовался коэффициент ассоциации Крамера V. Для всех использованных статистических критериев принят критический уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди опрошенных пациентов обратились за стационарной ПП добровольно, приняв решение о госпитализации самостоятельно, — 73,9%, были госпитализированы недобровольно — 26,1%.

Пациенты достоверно чаще родственников были полностью удовлетворены работой психиатрической службы в целом (46,7% и 25,9% — соответственно) и результатами лечения (40,2%, 22,2%); родственники достоверно чаще выбирали ответы «в целом удовлетворен, однако некоторые аспекты ПП хотелось бы улучшить» (27,2% — пациентов и 44,4% — родственников) и «в целом удовлетворен, однако хотелось бы достичь более высоких результатов лечения» (34,8%, 55,5%) ($p < 0,05$). Группы достоверно не различались по количеству лиц, скорее не удовлетворенных ПП (14,1% — пациентов, 24,1% — родственников) и

Исследования

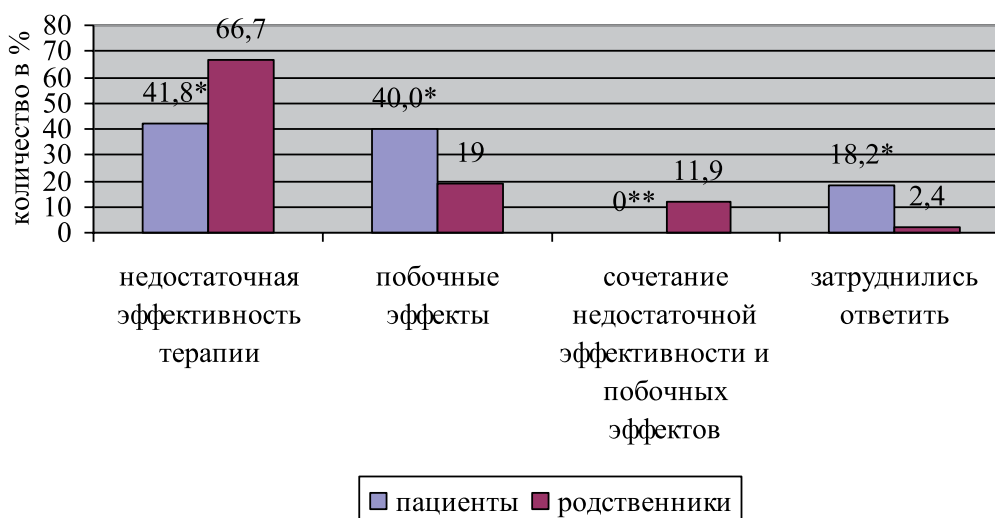


Рис. 1. Причины недостаточной удовлетворенности пациентов и родственников результатами лечения, %

Примечание. Здесь и далее на рисунках и в таблицах межгрупповые различия достоверны при * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Таблица 1. Удовлетворенность отдельными аспектами ПП пациентов и их родственников

Аспекты ПП	Удовлетворен		Недостаточно удовлетворен		Не удовлетворен	
	Пациенты, %	Родственники, %	Пациенты, %	Родственники, %	Пациенты, %	Родственники, %
Бытовые условия	43,5*	25,9	47,8	50,0	8,7*	24,1
Расстояние до психиатрического учреждения	40,2***	7,4	38,1	50,0	21,7**	42,6
Возможности диагностики	43,5**	18,5	44,5**	70,4	12,0	11,1
Лекарственное обеспечение	60,9*	42,6	32,6	48,1	6,5	9,3
Эффективность лечения	47,8***	11,1	48,9**	72,2	3,3**	16,7
Безопасность лечения	35,9**	14,8	51,1**	74,1	13,0	11,1
Достаточность необходимых специалистов	60,9***	22,2	32,6***	75,9	6,5	1,9
Квалификация специалистов, оказывающих ПП	59,8***	29,6	38,0***	68,5	2,2	1,9
Достаточность времени у медперсонала для оказания качественной ПП	65,2***	11,1	28,3***	87,0	6,5	1,9
Работа с психотерапевтом, психологом	55,4***	16,7	35,9***	72,2	8,7	11,1
Осуществление социальной помощи	50,0***	14,8	43,5***	75,9	6,5	9,3
Внимание персонала	57,6**	33,3	30,4***	61,1	12,0	5,6
Предоставление информации о формах помощи	42,4***	11,1	46,7**	74,1	10,9	14,8
Соблюдение моих прав и прав моего родственника	48,9***	14,8	41,3***	83,3	9,8	1,9

результатами лечения (21,7%, 20,4% — соответственно) и совершенно не удовлетворенных работой психиатрической службы (12,0%, 5,6%) и результатами лечения (3,3%, 1,9%).

Причины недостаточной удовлетворенности пациентов и их родственников результатами терапии представлены на рис. 1.

Родственников достоверно чаще беспокоила недостаточная эффективность лечения, пациентов — побочные эффекты терапии. Несмотря на неудовлетворенность результатами лечения, каждый пятый пациент не смог назвать причину своего недовольства. Вероятно, это связано с особенностями мышления пациентов с шизофренией.

Удовлетворенность отдельными аспектами ПП представлена в табл. 1.

В целом удовлетворенность пациентов и их родственников исследованными аспектами ПП была достаточно низкой — практически каждый второй пациент недостаточно удовлетворен либо полностью не удовлетворен оказанной ПП. Наиболее низкими показатели удовлетворенности среди пациентов были по пунктам: безопасность и эффективность лечения, расстояние до психиатрического учреждения, возможности диагностики, бытовые условия, предоставление информации о формах помощи, соблюдение прав пациента. Количество родственников, недовольных качеством ПП, было достоверно больше. Вероятно, это связано как с более высокими требованиями у родственников к оказываемой ПП, так и с ограниченными возможностями включения родственников в психообразовательные мероприятия в условиях стационара. Это подтверждается тем, что при выборе одного или нескольких ответов на вопрос: «Что вы ожидаете от ПП?» пациенты достоверно реже, чем их родственники надеялись на полное выздоровление (32,6% и 53,7% соответственно) ($p < 0,05$), либо на снижение выраженности симптомов заболевания — 20,7% и 44,4% соответственно ($p < 0,01$), т.е. родственники имели более оптимистический настрой в плане значительного улучшения психического состояния. По количеству лиц, ожидающих от ПП улучшения взаимоотношений в семье, группы достоверно не различались (9,8% пациентов и 16,7% родственников). Хотели бы решить личностные проблемы 8,7% пациентов. Не нуждались в ПП и ничего не ждали от нее вследствие наличия анозогнозии 32,6% пациентов (из них 9,7% считали, что им необходимо лечиться у специалиста общесоматической сети, 22,9% вообще не нуждались ни в каком лечении). Среди родственников 5,6% также считали, что необходимо лечиться не у психиатра, а у специалиста общесоматической сети. При этом среди пациентов с анозогнозией, только 43,3% лечились в недобровольном порядке, а 56,7% — добровольно. Это свидетельствует о том, что в процессе терапии более половины пациентов, поступающих в психиатрический стационар недобровольно, соглашались с необходимостью проводимого лечения, и наоборот часть паци-

ентов, несмотря на добровольный порядок лечения, были уверены в том, что не нуждаются в терапии, пассивно соглашаясь с проводимым лечением.

Большинство родственников считали, что пациенты недостаточно обследованы в условиях психиатрической больницы и эффективных и безопасных методов лечения шизофрении не существует (см. табл. 1). Среди родственников достаточно широко распространено мнение о том, что нейрорептики «зомбируют психику», оказывают негативное влияние на организм пациента, поэтому принимать их длительно нельзя.

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости проведения психообразовательных программ, как с пациентами, так и с родственниками для коррекции представлений о болезни, определения целей и возможностей терапии, получения сведений о нежелательных побочных явлениях при приеме нейрорептиков и путях их преодоления.

Обращает на себя внимание неудовлетворенность дефицитом необходимых специалистов (психиатров, психологов, психотерапевтов), их квалификацией, связанная с тем, что до сих пор, в большинстве психиатрических отделений врачи работают более чем на одну ставку, в отделениях нет психотерапевтов, либо психотерапевтом работает врач-психиатр по совместительству. Психологи в связи со значительной нагрузкой по проведению диагностики вынуждены ограничивать участие в психосоциальной реабилитации. Низкую удовлетворенность работой социальной службы стационара, по нашему мнению, можно объяснить как недостаточной критичностью к состоянию здоровья пациентов, так и попыткой родственников «снять с себя ответственность» за решение социальных вопросов и переложить ее на социальную службу.

Удовлетворенность пациентов ПП и результатами лечения не зависела от возраста больных, пола, уровня образования, семейного положения и длительности заболевания.

Достоверно более низкие оценки эффективности терапии давали пациенты, имеющие группу инвалидности по психическому заболеванию (коэффициент ассоциации признаков Крамера $V = 0,29$): полностью удовлетворены результатами лечения были 29,6% пациентов, имеющих группу инвалидности, и 55,3% без группы инвалидности ($p < 0,05$), «в целом удовлетворен, однако хотелось бы достичь более высоких результатов» — 37,0% и 31,6% — соответственно, «скорее не удовлетворен, т.к. отмечается лишь небольшое улучшение» — 29,6% и 10,5% — соответственно ($p < 0,05$), «совершенно не удовлетворен» — 3,7% и 2,6%. Данное явление, вероятно, связано с тем, что наличие группы инвалидности приводит к социальной изоляции пациентов и созданию пессимистического настроения в отношении будущего. Для преодоления неудовлетворенности необходимо активное вовлечение пациентов в амбулаторные реабилитационные программы.

Среди недостаточно удовлетворенных, либо абсолютно неудовлетворенных результатами терапии пациентов достоверно чаще встречались те, кто ждал от ПП решения семейных проблем (20,8% — среди пациентов, неудовлетворенных терапией, и 5,9% — среди пациентов, удовлетворенных результатами лечения) ($p < 0,05$, коэффициент Крамера $V = 0,38$). Это является следствием отсутствия семейной психотерапии в рамках психосоциальных реабилитационных мероприятий.

Обсудили с лечащим врачом все вопросы, связанные с лечением — 39,1% пациентов и 42,6% родственников; обсудили только некоторые вопросы — 35,9% и 38,9% соответственно; не заинтересованы в этом — 13,0% и 11,1%; отметили, что врач отказался обсуждать данные вопросы — 12,0 и 7,4%. Возможно, данные цифры связаны не только с личностными особенностями опрошенных, но и с недостаточным уровнем комплаентности взаимоотношений.

Удовлетворенность родственников ПП и результатами лечения не зависела от возраста, пола, уровня образования и ожиданий родственников от ПП.

У родственников пациентов с шизофренией с длительностью заболевания более 5 лет удовлетворенность результатами лечения достоверно снижалась: «скорее не удовлетворены либо не удовлетворены результатами лечения» родственники пациентов с длительностью заболевания до 5 лет — 0%, с длительностью заболевания от 5 лет и более — 33,3% ($p < 0,01$, коэффициент ранговой корреляции Кендалла = $0,38 \pm 0,13$). Скорее всего, это связано с одной стороны с недостаточной эффективностью терапии, пессимизмом в отношении возможности выздоровления, с другой — с меньшим вниманием врачей стационара к длительно болеющим пациентам и их родственникам.

Было выявлено, что удовлетворенность результатами терапии среди родственников зависела от того, нуждались ли они сами в психологической помощи. О потребности в помощи психолога написали 20,4% опрошенных, среди них были «скорее не удовлетворены» либо «не удовлетворены результатами лечения» — 54,6%, в то время как среди родственников, не нуждавшихся в помощи психолога — только 14,0% ($p < 0,01$, коэффициент Крамера $V = 0,37$).

Среди недовольных работой психиатрической службы 62,5% пациентов и 43,8% родственников отметили, что не имеют «Пожелания», касающихся улучшения помощи. Графу пожелания заполнили только 22,8% обследованных пациентов и 35,2% родственников. Чаще всего пациенты желали более свободного режима пребывания в стационаре (самостоятельные прогулки, домашние отпуска и т.д.) — 28,6%; большего внимания со стороны медперсонала — 23,8%; более уважительного отношения — 19,1%; улучшения питания и бытовых условий — 19,1%. Родственники пациентов хотели бы: получения от специалистов более полной информации о диагнозе, терапии, побочных эффектах и способах их коррекции — 26,3%; дополнения ме-

дикаментозного лечения постоянной работой психотерапевта, психолога — 21,1%; введения платных услуг (платные палаты, кабинеты анонимного лечения и т.д.) — 15,8%; большего внимания со стороны медперсонала — 15,8%; улучшения диагностической базы — 10,5%; улучшения питания — 10,5%.

Исследование выявило высокий уровень стигматизации как среди пациентов, так и среди родственников. Обследуемым лицам предлагалось выбрать один или несколько наиболее правильных ответов на вопрос: «Для чего нужна система учета в психиатрии?» Считают, что система учета в психоневрологических учреждениях ущемляет права пациента, навешивает «ярлык», а значит, препятствует раннему обращению за помощью — 52,2% пациентов и 51,9% родственников.

Группы достоверно не различались по выбору способов лечения, которые смогут помочь пациентам. Большинство пациентов и родственников отдали предпочтение лекарственной терапии — 40,2% пациентов и 55,5% родственников; более эффективными считали нелекарственные методы (в т.ч. психотерапию) — 8,7% и 11,1% соответственно; хотели бы лечиться нетрадиционными средствами (биологически активные добавки, иглорефлексотерапия и т.д.) — 5,4% и 5,6% соответственно; считали, что им (их родственникам) может помочь сочетание лекарственной терапии и психосоциальных мероприятий — 14,1% и 13,0%; затруднились ответить — 8,7% и 14,8%. Среди пациентов 22,9% были уверены, что не нуждаются вообще ни в каком лечении; лиц, отметивших, что их родственник вообще не нуждается в лечении, не было. Выявлен достаточно низкий уровень осведомленности пациентов и родственников по возможностям комплексного психосоциального подхода к реабилитации больных с шизофренией, лишь каждый десятый обследуемый настроен на реабилитацию в рамках бригадного подхода.

Выводы

Таким образом, удовлетворены работой психиатрической службы 46,7% пациентов и 25,9% родственников. Невысокие показатели удовлетворенности были по пунктам: безопасность и эффективность лечения, возможности диагностики, бытовые условия, предоставление информации о формах помощи, соблюдение прав пациента. Родственники предъявляли более высокие требования к результатам лечения и часто были не удовлетворены возможностями диагностики и лечения в психиатрической больнице, в том числе дефицитом необходимых специалистов (психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе).

Около половины пациентов и их родственников считают систему оказания ПП стигматизирующей.

Выявлена низкая информированность молодых пациентов с шизофренией и их родственников по вопросам клиники, течения шизофрении, возможностей терапии, прогноза, также обращает на себя внимание факт недостаточно адекватного от-

ношения как самих пациентов, так и их родственников к наличию психического заболевания, что свидетельствует о необходимости более активного проведения реабилитационных мероприятий, в том числе с применением психотерапевтических и психологических методов и совершенствование психообразовательных программ не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях.

Кроме того, требуется улучшение диагностических возможностей психиатрических стационаров, питания и бытовых условий.

Необходимо также проведение психолого-психотерапевтической работы с врачами и медперсоналом по профилактике стигматизации, формированию комплаенса с пациентами и их родственниками.

Литература

1. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни /версия ВОЗ/ в психиатрической практике / Под ред. М.М. Кабанова – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 1998. – 66 с.
2. Былим И.А. Первый приступ шизофрении: проблемы и решения //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 2009. — №3. – С. 9–14
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г., Белокурова Е.А. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении). Методические рекомендации. – М. — 2003. – 23 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД Медпрактика. — 2007. – 492 с.
5. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. — СПб. — 2001. – 97 с.
6. Кардаков Н.Л. Особенности первичной инвалидности молодого возраста с учетом группы инвалидности в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. — № 2. – С. 35–37.
7. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи //Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 73–75.
8. Папсуев О.О., Висневская Л.Я., Шевченко В.А. Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. — С. 69–72.
9. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. /Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова и соавт. – М.: ИД Медпрактика. — 2007. – 260 с.
10. Пугиев Л.И. Потребность инвалидов молодого возраста в профессиональной реабилитации и особенности трудового устройства инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. — № 2. – С. 19–21.
11. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи /Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД Медпрактика. — 2007. – 356 с.
12. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М. — 2009 – 22 с.
13. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М. — 2009 – 22 с.
14. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е. Лечебно-реабилитационная помощь – приоритетное направление в повышении качества психиатрической помощи: оценка специалистов и пути развития // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. — № 9. – С. 5–8.
15. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е. Социальные аспекты состояния семей больных шизофренией и шизотипическими расстройствами // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. — № 9. – С. 9–12.
16. Archie S., Hamilton Wiison J., Woodwardet K. et al. Psychotic Disorders Clinic and First-Episode Psychosis: A Program Evaluation. Can J Psychiat. – 2005. – V. 50. – P. 46–51.
17. Glynn S.M., Cohen A.N., Dixon L.B., Niv N. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles // Schizophr. Bull. — 2006. — Vol. 32, N 3. — P. 451–463.
18. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia //Schizophr. Bull. – 1987. — N 13. — P. 251–275.
19. Petersen L., Jeppesen P., Thorup A. et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ. – 2005. – V. 331 (7517). – P. 586–587.

Сведения об авторах

Екатерина Александровна Мальцева — аспирантка кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии. E-mail: 1-2-3-4-83@mail.ru

Марина Владимировна Злоказова — доктор мед. наук, профессор кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии. E-mail: marinavz@mail.ru

Владимир Иванович Багаев — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Кировской государственной медицинской академии. E-mail: kgma_psi@mail.ru

Юрий Леонидович Петухов — к.м.н, главный врач Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева. E-mail: kgma_psi@mail.ru

Андрей Горгоньевич Соловьев — доктор мед. наук, профессор, зам. директора Института ментальной медицины Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск. E-mail: asoloviev1@yandex.ru